

phyxie. C'est là sans conteste une indication de l'opération, et l'on doit faire ici abstraction complète des conséquences que peut avoir une pareille intervention chirurgicale. Du moment que le chirurgien peut arracher à une mort certaine par asphyxie le malade atteint de pleurésie, l'opération est indiquée tout aussi bien que la trachéotomie dans l'asphyxie laryngo-trachéale, ou que la ligature de l'artère dans une hémorragie grave. Or la **thoracocentèse** peut éloigner le danger d'asphyxie dans les conditions signalées plus haut.

L'indication que nous venons de poser est si évidente qu'il semble que l'on peut arriver à reconnaître dans chaque cas particulier si l'opération doit être ou non pratiquée. Il n'en est rien cependant. Lorsqu'en présence d'un exsudat pleurétique il s'agit de décider si le moment est venu d'opérer, on se trouve dans la même hésitation, dans la même alternative qu'à propos de la trachéotomie. La difficulté toutefois n'est pas aussi grande lorsque l'épanchement est purulent que lorsqu'il est séreux ou séro-fibrineux. Lorsqu'on a posé d'une façon indubitable le diagnostic d'épanchement purulent, on ne doit plus s'attendre à une diminution des phénomènes d'asphyxie, qui s'aggravent, au contraire, d'une manière inquiétante. Ici on ne devra donc pas hésiter longtemps, même dans le cas où l'asphyxie n'a pas atteint son plus haut degré.

Il en est autrement avec un épanchement séreux. Ici nous savons que l'asphyxie peut diminuer rapidement et la guérison survenir même alors que les phénomènes de compression des organes respiratoires paraissent être arrivés à leur maximum. Il y a même des cliniciens qui nient absolument que la mort subite par asphyxie ou syncope puisse être due à l'augmentation rapide d'un exsudat séreux. Cependant la possibilité d'une mort subite dans ces cas a été affirmée par des médecins d'une grande autorité, et principalement TROUSSEAU, un des auteurs qui ont soutenu avec le plus de succès la cause de la thoracocentèse et ont le plus contribué à la répandre, a rapporté un certain nombre de faits qui ne laissent subsister aucun doute à ce sujet. D'après lui au danger d'asphyxie qui menace le malade atteint de pleurésie, s'en ajoute un autre, celui de la *mort par arrêt de la circulation*. Par conséquent si le malade court un grand danger, nous ne devons pas tarder à opérer, même dans le cas d'un épanchement séreux, lorsqu'il remplit tout un côté de la poitrine, et qu'il a produit un déplacement notable du cœur et du diaphragme ; il ne faut pas attendre que le malade soit arrivé à un degré extrême d'asphyxie.

Pour expliquer la syncope et la mort avec le tableau symptomatique d'une nutrition insuffisante du cerveau, TROUSSEAU admet que, par suite du déplacement du cœur de sa position normale, les gros vaisseaux et principalement l'aorte subissent une forte torsion. Dans ces conditions, dit-il, il suffit que le malade fasse un mouvement brusque pour que l'on voie survenir un arrêt momentané de la circulation ou même la coagulation rapide du sang et la forma-

tion de thrombus dans le système vasculaire, et par conséquent une anémie complète momentanée des organes nerveux centraux.

BARTELS a démontré d'une façon convaincante que les phénomènes décrits par TROUSSEAU ne sont probablement pas produits par la torsion de l'aorte, car la pression sanguine suffit sans doute toujours pour maintenir la perméabilité de ce tube élastique enveloppé dans une couche de tissu conjonctif lâche. D'après cet auteur ces phénomènes s'observent principalement dans les épanchements du côté gauche, et ils sont dus à la flexion presque à angle droit que subit, par le fait du déplacement du cœur, la veine cave inférieure à son passage par l'orifice rectangulaire du diaphragme, auquel elle est solidement fixée sur toute sa circonférence. Or, le cœur reçoit déjà par lui-même une quantité moindre de sang parce que la totalité de la masse sanguine subit une diminution grâce à l'augmentation rapide de l'exsudat ; en outre, en vertu des nouvelles conditions anormales de pression intrathoracique et de la cessation des mouvements vitaux du poumon, la circulation du sang du cœur droit vers le cœur gauche se fait avec moins d'énergie. Si dans ces conditions la veine cave inférieure s'infléchit, et si alors le malade fait un mouvement brusque, s'il est pris d'un violent accès de toux avec contraction spasmodique du diaphragme, le cœur peut se trouver tout à coup dépourvu de sang au point que la pression artérielle ne suffit plus pour assurer la nutrition du cerveau, et selon que cet état dure plus ou moins longtemps, on voit survenir soit une syncope, soit la mort par anémie cérébrale.

Les signes qui doivent faire craindre la mort par anémie cérébrale, sont ceux d'une gêne de la circulation veineuse dans le domaine de la veine cave inférieure ; tels sont les symptômes d'une stase dans le foie et les origines de la veine-porte, et l'œdème des extrémités inférieures, qui est assez fréquent précisément dans les empyèmes du côté gauche (ROSER), et est l'indice d'une compression de la veine cave.

Si nous avons cru devoir insister avec tant de détails sur cette question, c'est que nous y trouvons la confirmation de la thèse émise par TROUSSEAU, que, **même dans les cas d'exsudats aigus séreux, l'opération ne doit pas être différée trop longtemps**, et nous ajouterons que principalement dans les épanchements du côté gauche avec phénomènes de stase on devra en vertu de la règle du « *principiis obsta* », opérer avant que le malade soit arrivé à un degré extrême d'asphyxie. Toutefois nous ne prétendons pas par là que les mêmes indications ne puissent se présenter aussi dans les épanchements du côté droit avec forte pression.

§ 42. — Dans le paragraphe précédent notre tâche a été de prouver l'indication de la thoracocentèse comme opération destinée à obvier au danger de mort immédiat, sans que nous eussions à nous occuper du mode de terminaison de la maladie. Or il existe une autre indication de l'opération ; ce qu'on cherche en effet à obtenir en ouvrant le thorax, c'est une *guérison définitive avec restitution aussi complète que possible des fonctions du poumon*. D'ailleurs les deux indications peuvent être remplies en même temps ; par l'opération on peut à la fois écarter le danger qui menace momentanément le malade, et commencer le traitement