

ayant pour but la guérison définitive. Mais il n'en sera pas forcément ainsi dans tous les cas, et pour plus de clarté, admettons que l'empyème ne constitue pas un danger de mort immédiat, et que nous ayons alors à décider de l'opportunité d'une opération.

Pour résoudre ce problème il s'agit avant tout de prouver qu'un certain nombre de pleurésies ne peuvent être guéries par des moyens médicaux, et que dans ces cas la guérison peut être obtenue par une opération.

Ici également nous établirons une distinction entre les exsudats purulents et les exsudats séreux. Actuellement tout le monde est d'accord sans doute pour admettre qu'un épanchement pleurétique véritablement purulent ne peut, dans la règle, disparaître par résorption. Les altérations de nature régressive que subit le pus dans la plèvre dans les cas favorables, consistent en une diminution de la quantité du pus par résorption des parties liquides. Le reste s'épaissit, et, abstraction faite du danger de la tuberculose par ces masses caséuses, il suffit de constater que la guérison de l'empyème dans ces cas ne va pas jusqu'à rendre au poumon toute sa liberté fonctionnelle. Presque tous les malades finissent, après une existence misérable, par succomber aux conséquences de leur empyème.

Un autre mode de guérison des exsudats purulents consiste dans la perforation spontanée de l'empyème par voie d'inflammation des parois; le pus se fraye un passage entre deux côtes, puis à travers la peau, soit directement, soit à une distance plus ou moins grande de la perforation des muscles intercostaux.

Nous voulons qualifier de **perforants**¹ ces empyèmes, dont la marche n'est pas toujours aussi favorable qu'on l'a admis bien souvent. La décomposition putride du pus, la suppuration interminable, les fusées purulentes amènent aussi assez souvent la mort de bonne heure, ou conduisent à un état de cachexie dû à une affection rénale incurable. D'autre part on ne peut savoir où se fera la perforation de l'empyème, car il peut s'ouvrir à travers le diaphragme dans la cavité péritonéale, ou dans une autre direction tout à fait défavorable à la guérison. Les cas les plus heureux sont ceux dans lesquels la perforation s'est opérée dans les bronches, et l'on possède des observations de malades guéris de cette manière après qu'ils avaient expectoré du pus pendant longtemps. Mais, d'une part, on ne peut pas toujours compter sur une telle perforation, et d'autre part, lorsqu'elle se produit, des phénomènes graves peuvent en être la conséquence, car le mélange d'air avec le pus peut donner lieu à un pyo-pneumothorax putride, et par suite des conditions défavorables d'évacuation du pus, la guérison ne se fait pas, ou en tout cas le

1. Je ne vois rien qui m'oblige à continuer l'emploi du nom d'empyème de nécessité. La seule chose qui me paraisse nécessaire dans cet empyème, c'est qu'on laisse de côté cette dénomination.

(Note de l'auteur).

malade est en proie à de grandes souffrances jusqu'à ce qu'il ait expectoré le dernier reste de l'exsudat.

Mais avant tout on ne peut absolument pas compter sur ces perforations spontanées; elles ne constituent pas la règle, et à supposer que nous désirions une telle perforation, nous n'avons aucun moyen de la provoquer. Pour que le pus puisse pénétrer les tissus, il faut qu'il soit soumis à une certaine pression, et que ses éléments aient la faculté de provoquer une inflammation et en quelque sorte une infection de la région qui doit être le siège de la perforation. C'est principalement dans la forme aiguë de l'empyème que le pus possède cette propriété phlogogène, et c'est aussi dans ces cas que l'on peut espérer davantage de la tension de l'exsudat. Dès que l'inflammation subit un certain temps d'arrêt, la tension diminue ou même cesse complètement (voir plus loin), et la plèvre pariétale s'est tapissée de fausses membranes denses présentant une certaine résistance à la propagation des processus inflammatoires et à l'infection; d'autre part le pus dans ces cas a perdu beaucoup de ses propriétés phlogogènes.

Si donc, pour les motifs que nous venons d'indiquer, nous ne devons pas compter sur la guérison, même dans un petit nombre de cas, par voie de perforation spontanée, et si nous n'avons pas le pouvoir de provoquer cette perforation, d'autre part lorsqu'elle se produit, elle **fournit la preuve de la possibilité de la guérison par l'évacuation du pus**. La nature montre pour ainsi dire dans certains cas comment l'art doit intervenir dans le traitement des épanchements purulents.

Après avoir ainsi constaté le fait de la guérison assez fréquente, avec retour des fonctions du poumon, dans les **empyèmes perforants**, nous pouvons considérer comme résolue affirmativement la seconde partie de notre question, à savoir « si les exsudats purulents peuvent être guéris par une opération ». Nous nous réservons toutefois de revenir sur le mécanisme de cette guérison et sur les limites qui lui sont imposées.

Comme résultat de toute cette discussion il est donc évident que **l'on est autorisé à opérer les exsudats purulents dans le but d'en obtenir la guérison définitive**.

Pouvons-nous dans tous les cas reconnaître que l'exsudat est purulent?

Nous ferons en premier lieu remarquer que la notion de présence ou d'absence du pus peut varier dans de certaines limites. Les exsudats séreux contiennent déjà une certaine quantité de corpuscules purulents, et il est évident que c'est la quantité plus ou moins grande de ces corpuscules qui donne au liquide sa couleur et sa consistance, et forme la base du diagnostic différentiel entre l'exsudat séreux et l'exsudat purulent. Or il existe toujours un certain nombre de formes intermédiaires, qui avant la ponction ne présentent pas les symptômes sûrs de la présence du pus, et qui, même après l'évacuation du liquide, pourront être considérés par