

tel médecin comme étant de nature purulente, et par tel autre comme étant de nature séreuse; on pourrait aussi se demander dans ces cas si l'exsudat ne serait pas susceptible de résorption. Certainement, au point de vue pratique, on ne commet aucune faute en faisant rentrer ces cas douteux parmi les épanchements séreux, et en ne parlant d'épanchement purulent que lorsqu'on se trouve en présence d'un liquide épais, jaunâtre, homogène (*pus bonum et laudabile*), ou d'un liquide moins épais, également d'un blanc jaunâtre, floconneux, ressemblant au pus des abcès froids.

Le diagnostic de la présence du pus est loin d'être toujours facile, et ce sont les cas aigus qui s'y prêtent le mieux. Un symptôme important mais qui n'est pas toujours sûr, c'est la *persistance de la fièvre hectique après que l'épanchement est arrivé à l'état stationnaire*. Un signe encore plus certain est l'*œdème simple, ou même l'œdème inflammatoire des parois thoraciques*¹. Un fait qui n'est pas non plus sans importance, c'est qu'à la suite de processus infectieux, comme la fièvre puerpérale, la pyémie, les traumatismes avec ouverture de la cavité thoracique (voir § 28, 29), les épanchements pleurétiques sont presque toujours purulents. Dans les cas douteux la preuve la plus sûre de la présence du pus est une ponction exploratrice, qui est dépourvue de toute espèce de danger si l'on se sert d'une seringue de Pravaz bien désinfectée. L'indication la plus positive de l'opération est fournie par l'**empyème putride** tel qu'on peut l'observer à la suite de lésions traumatiques ou de la perforation d'un foyer putride du poumon. Dans le pyo-pneumothorax putride l'opération n'est peut-être contre-indiquée que lorsqu'il s'est développé dans le cours d'une phthisie très avancée, et qui doit conduire à la mort dans un bref délai. Dans toutes autres conditions elle peut sauver directement la vie du malade, car l'évacuation du pus sanieux met fin à la fièvre et aux symptômes d'infection générale. Dans les épanchements simplement purulents l'opération produit le même effet que l'oncotomie dans le traitement d'un abcès.

§ 43. — Tandis que nous avons pu baser la nécessité de l'évacuation des épanchements purulents sur leur incurabilité par voie de résorption, il n'en est plus ainsi, sous ce rapport, des exsudats séreux ou séro-fibrineux. Tout le monde est d'accord que la grande majorité des pleurésies séreuses guérissent spontanément, et que, lorsqu'elles ne guérissent pas et restent à l'état stationnaire, c'est qu'en général dans ces cas elles sont

1. D'après BOUVERET l'œdème de la paroi thoracique est un signe d'une valeur très relative et sur lequel il ne faut pas beaucoup compter pour établir le diagnostic de la pleurésie purulente. Un épanchement séreux, même récent, s'il est très abondant et rapidement développé, peut produire l'infiltration œdémateuse de la paroi thoracique du côté malade. On a même observé des œdèmes généralisés, qui disparaissaient à la suite de la thoracocentèse (*Traité de l'empyème*, 1888).

(Note du traducteur).

consécutives à une maladie incurable, c'est-à-dire à une tuberculose généralisée ou à une carcinose de la cavité thoracique. Néanmoins nous ne devons pas oublier que les épanchements séreux peuvent, comme nous l'avons vu plus haut, donner lieu à tout instant à des phénomènes graves d'oppression, et, d'autre part, que les exsudats séreux qui remplissent une moitié de la cavité thoracique, jusqu'à produire une forte tension des parois, n'ont parfois aucune tendance à diminuer, et restent pendant des semaines et des mois à l'état stationnaire. On ne peut dans ces cas absolument pas affirmer que de nouvelles conditions ne finiront pas par amener la résorption, mais les semaines succèdent aux semaines, et plus on attend, plus on voit s'évanouir l'espoir d'un rétablissement complet des fonctions du poumon. La cause de ce défaut de résorption nous paraît devoir être cherchée dans la forte pression qu'exerce sur la plèvre le liquide qui distend le thorax. Nous savons, il est vrai, qu'un certain degré de pression est avantageux pour la résorption des exsudats inflammatoires, mais il arrive un moment où cette pression devient trop forte et ferme peut-être les vaisseaux résorbants. C'est ce que nous voyons dans les épanchements analogues des articulations. Si dans ces cas nous faisons l'évacuation partielle du liquide suivie d'un pansement légèrement compressif, nous voyons bientôt se résorber rapidement le reste de l'épanchement.

Peut-être aussi faut-il chercher dans une certaine constitution chimique du liquide l'obstacle apporté à sa résorption; en outre, dans beaucoup de cas, c'est certainement la plèvre fortement épaissie qui n'est plus apte à fonctionner comme membrane résorbante.

Ces cas se prêtent certainement à une opération, et on la fera d'autant plus volontiers que la ponction elle-même n'offre aucun danger, pourvu qu'elle soit pratiquée avec les précautions nécessaires. Cependant il ne convient pas, semble-t-il, de faire la ponction à la période inflammatoire proprement dite, parce qu'à cette période l'épanchement se reproduit facilement après son évacuation. On attendra donc la fin des phénomènes inflammatoires, de la fièvre, du point de côté, de l'augmentation d'étendue de la matité, et si, au bout de quelques semaines, on ne voit pas diminuer les symptômes d'un épanchement remplissant un côté du thorax, on se décidera alors à faire une ponction. Par conséquent, dans la plupart des cas, abstraction faite de ceux où l'on est en présence d'une indication vitale, on ne fera pas la ponction avant la quatrième semaine (EWALD).

§ 44. — Nous conseillons donc, pour les épanchements séreux aussi considérables, de ne pas différer trop longtemps l'opération, et pour les exsudats purulents, d'opérer dès que l'on a constaté la présence du pus.

La longue durée de la maladie fait courir d'ailleurs un autre danger; le poumon, en effet, peut perdre à jamais ses fonctions, soit qu'il s'atro-

phie de façon que l'air ne puisse plus y pénétrer, soit que les masses de tissu conjonctif dense qui donnent à la plèvre une grande épaisseur, ne permettent pas au poumon de se dilater. D'ailleurs, même dans le cas où ces obstacles n'existent pas à un si haut degré, certaines altérations des os et des cartilages du thorax peuvent rendre impossible le retour à l'état normal.

Voyons ce qui se passe lorsque l'exsudat séreux se résorbe avant que les altérations en question aient eu le temps de se produire. A mesure que l'épanchement diminue, la plèvre pulmonaire arrive de nouveau en contact avec la plèvre thoracique, tandis que le poumon est dilaté par la pression atmosphérique. Les organes déplacés reprennent peu à peu leur position normale, et, en général, la plèvre costale et la plèvre viscérale contractent d'abord entre elles des adhérences. Mais si, après l'évacuation de la cavité pleurale, il existe des obstacles à la libre expansion du poumon, si ce dernier ne peut venir prendre la place laissée libre par la résorption de l'exsudat, cet espace est alors occupé par les parois thoraciques qui subissent une rétraction sous l'influence de la pression atmosphérique. Cette rétraction s'observe soit au niveau du diaphragme qui s'élève, soit au niveau du médiastin qui se déplace latéralement, soit enfin au niveau des côtes qui se dépriment et se rapprochent l'une de l'autre de façon à diminuer l'étendue de la paroi osseuse du thorax. Ce qui rend possible une telle diminution de la cage thoracique, c'est l'élasticité des parties qui la constituent; cette propriété surtout développée dans la jeunesse, l'est beaucoup moins dans l'âge adulte; en effet, chez l'adulte, les cartilages costaux commencent à s'ossifier, et, d'autre part, la partie osseuse des côtes a perdu de son élasticité. Les processus pathologiques affectant le squelette thoracique, l'épaississement du périoste des côtes et l'ossification prématurée des cartilages costaux dans le cours de la pleurésie, diminuent rapidement cette élasticité d'une façon très notable. Ce sont là des faits de la plus haute importance, et qui permettent de comprendre le mécanisme de la guérison à la suite d'opérations dans les cas d'épanchement purulent. Pour que le poumon, après l'incision de l'empyème, revienne à son état normal d'expansion, il faut qu'il n'ait perdu en rien de sa dilatabilité, et que la guérison s'opère d'une façon complètement aseptique. Lorsque ces conditions ne se trouvent pas réalisées, la guérison n'est possible que par le rapprochement des parois thoraciques. Le retour du poumon à son état d'expansion normale ne peut se faire que lorsque les parties voisines, c'est-à-dire le diaphragme, le médiastin et la paroi osseuse du thorax, sont venues occuper la place laissée par l'évacuation du pus, et sont arrivées en contact avec le poumon rétracté, avec lequel elles ont contracté des adhérences. Si l'un de ces facteurs ne peut concourir d'une façon suffisante, si particulièrement la paroi osseuse ne cède pas à la pression atmosphérique, il reste dans la cavité thoracique un espace qui sera rempli alternativement d'air ou de

pus. D'autre part il peut arriver que le poumon soit si fortement ratatiné, que le rapprochement des parois thoraciques ne soit pas suffisant pour mettre en contact les plèvres costale et pulmonaire; dans ce cas encore il restera un espace vide, et, par conséquent, une **fistule thoracique permanente**.

Lorsque la guérison a été obtenue par la rétraction des parois thoraciques, le poumon peut revenir peu à peu à son expansion normale, et alors même que l'épanchement a été de longue durée, on peut voir s'effacer la déformation du thorax et disparaître la **scoliose pleurétique**. Nous ne pouvons déterminer jusqu'à quel moment ce retour à l'état normal est encore possible.

§ 45. — Si l'on songe que la **thoracocentèse** est une des opérations les plus anciennes que l'on connaisse, puisque déjà HIPPOCRATE et ses élèves l'ont pratiquée souvent avec succès, on a droit d'être surpris de la grande divergence des opinions émises jusque dans ces derniers temps sur l'opportunité de cette opération; DUPUYTREN lui-même, sur son lit de mort, lorsqu'on lui proposa l'opération de l'empyème dont il était atteint, déclara qu'il préférerait mourir de la main de Dieu que de la main de l'homme (STROMEYER). Il avait raison, il est vrai, de prendre une pareille détermination, puisque, sur 50 opérés il en avait vu guérir 4 seulement. La thoracocentèse a été d'ailleurs aussi combattue par d'autres médecins, tels que BOYER et A. COOPER.

Ces faits n'ont rien d'étonnant si nous prenons en considération qu'à cette époque la méthode de diagnostic de la pleurésie était encore très imparfaite et que l'on comprenait mal le mécanisme et la possibilité de la guérison des différentes formes d'exsudat. Les auteurs qui ont le plus contribué à nous éclairer sur ce sujet sont, en France, TROUSSEAU, et en Allemagne KRAUSE, et dans les dernières périodes décennales, ROSER, KUSSMAUL, BARTELS, etc.

Le progrès le plus important qui ait été accompli dans le traitement des exsudats pleurétiques, c'est qu'on s'est mis d'accord sur la question de savoir dans quels cas on doit faire la **ponction** avec un trocart, et dans quels autres on est autorisé à pratiquer une **large incision du thorax** et à établir une fistule permanente. On **apprend bientôt à réserver la ponction pour les exsudats séreux dont la résorption est encore possible, tandis que l'empyème de la plèvre doit être traité comme un abcès par une large incision permettant le libre écoulement du pus.**

Si le traitement opératoire a donné de bien meilleurs résultats dans ces dernières années, la cause doit en être cherchée dans la distinction bien nette qui a été établie entre les deux méthodes que nous venons d'indiquer, et dans les *améliorations apportées au traitement consécutif*, améliorations qui permettent de *donner au pus un libre écoulement et d'en prévenir la décomposition putride.*