

inquiétante. On ne leur accordera de valeur grave qu'autant qu'ils s'accompagnent d'un très mauvais état général. L'état névropathique du sujet suffit souvent pour créer un appareil alarmant à la manifestation de troubles qui se passeront fort bien en quelques jours. Les anciens qui voyaient juste, avaient sans doute affaire à des constitutions médicales différentes des nôtres. Les pleurésies diaphragmatiques graves avec hoquet étaient peut-être plus répandues que de nos jours.

Quoi qu'il en soit, on peut renverser le sens des aphorismes hippocratiques. Au lieu d'être grave, comme il le redoute, le hoquet est au contraire et dans la majorité des cas un trouble, gênant toujours, mais en général d'une bénignité assurée.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DE QUELQUES MALADIES SPÉCIALES. — PLEÛRE. —
SYSTÈME NERVEUX. — ESTOMAC. — REIN ET VESSIE. —
MALADIES INFECTIEUSES

I

Traitement des pleurésies purulentes.

On se trouve souvent embarrassé en face d'une pleurésie purulente. Faut-il, ou ne faut-il pas pratiquer la pleurotomie? Certains la pratiquent dans toutes les circonstances; d'autres émettent des restrictions; quelques-uns la rejettent. Il est difficile de se munir d'avance de formules impératives et invariables.

Deux cas cliniques se présentent, le traitement varie suivant que la pleurésie est récente ou non. Dans les formes récentes, la nécessité de la pleurotomie est assez rarement discutée: la plupart l'acceptent. Est-elle ancienne? On se montrera beaucoup plus réservé.

Supposons ce fait très fréquemment rencontré: un malade rentrant à l'hôpital pour une pleurésie purulente, à début aigu, avec point de côté. Ce début violent fait songer à une atteinte primitive du poumon, qui aurait été compliquée de pleurésie; mais la toux est sèche, le malade n'a pas craché, la pleurésie semble primitive,

une première ponction permet de retirer une certaine quantité de liquide purulent. Renouvelée plus tard, la ponction peut ramener un pus très fluide qui s'écoule sans obstacle; une goutte de ce liquide est examinée au microscope après coloration au violet de gentiane; on y découvre de nombreux pneumocoques. L'état général du malade est bon, son facies reposé n'est pas celui d'un malade qui porte un gros épanchement purulent. La température qui oscille entre 39° et 40°, descend après la première ponction. Le liquide se reproduit assez vite; crainte d'une vomique, on pratique une nouvelle ponction deux jours après. Vaut-il mieux pratiquer un empyème? L'état général n'est pas mauvais. L'infection s'est produite si rapidement que l'on peut peut-être espérer une guérison par des ponctions successives. Ajoutons que la pleurésie est à pneumocoques; en pareil cas Netter a montré que la guérison peut être obtenue par la ponction simple; la pleurotomie n'était pas nécessaire. Mais bientôt la fièvre s'élève; l'on est acculé à l'opération de l'empyème; après quoi la chute thermique reste définitive. Ce traitement ne doit pas surprendre. Même dans la pleurésie à pneumocoques, il est rare que la thoracentèse suffise à guérir. Sur 34 cas recueillis par Netter, on a dû recourir à l'opération de l'empyème 22 fois. Dans deux exemples seulement, les thoracentèses furent employées seules.

Les indications thérapeutiques sont commandées, en effet, par des facteurs multiples; c'est d'abord la rapidité de la reproduction du liquide et la déchéance de l'état général. C'est encore la bactériologie et l'ancienneté de la lésion. Les pleurésies purulentes sont diverses, au hasard des micro-organismes qui les produisent; c'est ainsi que l'on distingue dans un premier groupe la

pleurésie à pneumocoques, à staphylocoques et à streptocoques; ces espèces représentent les types les plus fréquents. Dans un second groupe prend place la pleurésie à bacille de Koch.

Chacun de ces agents pathogènes possède une virulence propre, variable d'ailleurs suivant les cas. L'infection par le pneumocoque est bruyante, à début dramatique: les ponctions soulagent, mais guérissent rarement; comme nous venons de le voir, l'empyème est le plus souvent nécessaire. Le streptocoque, lui, n'est pas accommodant; sa virulence se prolonge, la suppuration est toujours abondante, les ponctions demeurent sans résultat; il faut en venir rapidement à la thoracotomie.

La pleurésie à staphylocoques purs est rare, elle évolue lentement et d'une façon souvent apyrétique. M. Widal¹ en a eu plusieurs dans son service; dans un cas il s'agissait d'un homme de 44 ans. Pendant plusieurs mois, l'état resta satisfaisant; on pratiqua plusieurs ponctions. Le liquide se reproduisait. Une injection d'air et d'azote dans la plèvre resta sans résultat. Le malade refusant l'opération de l'empyème, quitta le service. Au bout de quelques mois seulement, la fièvre s'éleva. On pratiqua l'empyème. Il était trop tard. Le malade succomba.

Les pleurésies anciennes, ou parfois appelées pleurésies graisseuses, sont souvent de nature tuberculeuse; mais tous les germes y peuvent être rencontrés. M. Widal a eu à traiter une pleurésie à pneumocoques vieille de deux mois, et une autre à staphylocoques qui se prolongea près d'un an. En pareil cas, le poumon est refoulé contre la paroi vertébrale, en état d'altération complète;

¹ *Leçons cliniques, Hôp. Cochin, 1904.*

la plèvre forme une véritable coque fibreuse, en sorte que la réunion des deux feuillets pleuraux devenus rigides se heurte à de grosses difficultés. La rétraction de la paroi thoracique n'arrive à s'opérer que très lentement, ou même plus du tout, surtout quand le sujet est âgé, et c'est la mort inévitable. Au surplus, les agents pathogènes dans les vieilles suppurations n'ont qu'une faible virulence ; une thoracotomie risquerait d'introduire des germes secondaires et virulents dans la cavité ouverte. En dernier lieu une thoracotomie impose toujours au malade les frais d'une suppuration longue ; avec cette inextensibilité de la cavité, il n'en saurait être autrement. On voit donc les dangers ou tout au moins l'inefficacité ordinaire de l'opération dans les pleurésies vieilles de plusieurs mois (6 à 15 mois).

Nous avons parlé plus haut de cette pleurésie à staphylocoques opérée au bout de 10 mois. La mort survint rapide, en dépit des larges résections costales et d'une double tentative opératoire pratiquée dans le but d'empêcher l'infection du sujet. On se contentera en pareil cas plutôt de ponctions répétées, une ponction tous les 15 jours ou tous les mois, suivie d'une injection antiseptique dans la plèvre (1/2 à 5 cc. de naphthol camphré, ou 2 à 3 cc. de liqueur de Van Swieten abandonnés dans la cavité). Cette médication si simple a conduit à des guérisons définitives. Des vieilles pleurésies d'un an et d'avantage peuvent guérir. Les pleurésies tuberculeuses se trouvent également bien de cette médication.

La jeunesse du sujet fournit naturellement un appoint avantageux au succès.

M. le D^r Merklen¹ a parlé dans une leçon clinique d'un

¹ Journ. des Pratic., 1902, n° 48.

jeune homme de 22 ans, tuberculeux et atteint d'une très vieille pleurésie purulente. Deux ponctions pratiquées à une dizaine de jours d'intervalle et suivies d'une injection de 1/2 centimètre de naphthol camphré la première fois, et de 2 cc. la seconde fois amenèrent la guérison. Les quantités de pus retirées [avaient été de 70 grammes et de 320 grammes dans les deux ponctions successives.

En avril 1900, un jeune homme de 21 ans vint nous consulter. Il toussait depuis le mois de juillet précédent et était traité comme tuberculeux. En effet des râles humides occupaient le sommet gauche et en avant, mais toute la base était mate ; état d'amaigrissement extrême ; pas de fièvre. La maladie avait fait suite à une grippe. Une ponction exploratrice ramenant du pus, on pratiqua l'aspiration. Un litre de pus fut retiré dont les dernières cuillerées se montrèrent teintées de sang, 2 cc. de liqueur de Van Swieten furent injectés et abandonnés dans la plèvre. L'examen bactériologique montra des chaînettes de microbes qui semblaient être des streptocoques ? Quinze jours plus tard, nouvelle ponction. 3/4 de litre de pus furent évacués. Nouvelle injection de 2 cc. de liqueur de Van Swieten. Trois nouvelles opérations de même ordre furent entreprises à des distances de trois semaines environ ; à la dernière il ne coula plus qu'un verre de liquide coloré par le sang. La guérison était complète, les forces et l'embonpoint reparurent avec l'appétit, le malade put reprendre ses études et est aujourd'hui instituteur public dans le département de l'Ain.

Lorsque la pleurésie est interlobaire, le praticien aura le droit d'hésiter ; certains auteurs recommandent la thoracotomie. Celle-ci sera pratiquée dans l'espace inter-

costal où une ponction exploratrice aura révélé la présence du pus.

Après la vomique, l'opération est encore possible ; on pourra la tenter si le malade présente des exacerbations fébriles liées à l'évacuation insuffisante du pus ; mais en pareil cas, on ne se pressera pas ; il faut se souvenir que souvent la vomique peut conduire à la guérison, au bout de plusieurs semaines de suppuration, et alors que la gravité de l'état général avait fait désespérer de la possibilité d'une issue favorable. Quant à la pleurésie tuberculeuse, l'opération de l'empyème, sauf exceptions très rares, est rejetée.

Technique. — Nombre de praticiens redoutent d'entreprendre une thoracotomie ; ils n'ont qu'à ne pas avoir peur. L'opération les étonnera d'ordinaire par l'aisance du manuel opératoire. L'asepsie doit être rigoureuse comme pour la thoracentèse.

Pas d'anesthésie générale, c'est dangereux, mais seulement une ou deux injections de cocaïne ou plutôt de stovaine (2 ou 3 centigr.) dans la région opératoire.

La présence du pus ayant été démontrée par une ponction exploratrice préalable, l'incision sera faite de préférence vers le 7^e ou 8^e espace intercostal, dans la ligne axillaire postérieure, le long du bord antérieur du muscle grand dorsal. Le malade est dans le décubitus latéral complet, deux oreillers repliés sous le côté sain permettant au thorax de se présenter en convexité forcée du côté malade. Le bras du côté malade est porté contre la tête et tiré légèrement.

L'opérateur, le doigt sur l'espace intercostal, incise les tissus superficiels jusqu'à l'aponévrose intercostale externe. Puis il ponctionne directement au bistouri l'espace inter-

costal en suivant de très près le bord supérieur de la côte inférieure, de manière à éviter les vaisseaux et nerfs intercostaux placés en haut. Le pus se montre. On abandonne le bistouri droit et c'est à l'aide du bistouri boutonné que l'on élargit l'incision ; recommandée par les chirurgiens, cette précaution met en garde contre les blessures du péricarde et du diaphragme. Disons toutefois que nombre de praticiens s'abstiennent du bistouri boutonné : il ne semble pas que des accidents aient fait suite à l'usage exclusif du bistouri simple manié avec prudence. L'incision aura 8 à 10 centimètres de longueur. On pourra, comme le recommande Marion, attendre un peu avant d'élargir l'incision dans sa totalité, de manière à ouvrir au pus une porte d'évacuation moins large. On évite de cette façon les syncopes et l'asphyxie toujours possibles quand une évacuation pleurale s'opère trop brusquement. Aussitôt la cavité largement ouverte, le pus jaillit, la respiration et les quintes de toux du malade le projettent à distance. Au praticien de faire attention et d'éviter les souillures. Il introduit ensuite l'index dans la plaie, explore la cavité pleurale du voisinage, fait pencher un instant l'opéré du côté malade de façon à faciliter l'évacuation. L'opération est terminée. Convient-il de la faire suivre d'un lavage ? Les uns disent oui, les autres non. Quand le pus est fétide, un lavage à l'eau stérilisée ou à l'eau boriquée tiède à 40/0 rendra des services. Ce lavage sera pratiqué très doucement.

Deux gros drains en chien de fusil d'une longueur de 9 centimètres ont été introduits dans la cavité et arrêtés contre la paroi thoracique par une épingle anglaise qui les traverse perpendiculairement. L'espace intercostal est-il trop étroit, comme il arrive chez les enfants ? On usera de drains moins larges ; parfois une résection costale

sera nécessaire. La plaie est recouverte de gaze stérilisée, par-dessus une couche d'ouate formant véritable matelas du côté malade. Le tout fixé par un bandage de corps.

Dans son lit le malade restera couché du côté opéré.

Durant les premiers jours le pansement sera changé matin et soir. Faut-il continuer des lavages? Encore ici il y a divergence. Les uns ne font jamais passer de liquide dans la plèvre, ils se contentent de laver les drains tous les 3 ou 4 jours après les avoir extraits, pour les réintroduire ensuite. D'autres conseillent les lavages antiseptiques (1/2 litre à 1 litre ou davantage jusqu'à ce que le liquide ressorte clair) avec du sublimé à 1/2000 ou 1/3000, ou encore solution d'acide salicylique à 2/1000 ; solution au chlorure de zinc de 1/1000 à 2/100 ; solution à la créoline à 3/100 (M. Labbé), eau oxygénée, titre variant de moitié au 1/20 (Schwartz). Chacun de ces lavages sera suivi d'un lavage à l'eau bouillie. Il est bon de procéder doucement, lentement, car on a signalé des accidents graves, des syncopes mortelles qui peuvent faire suite à une injection pratiquée trop vivement. Pareils accidents sont exceptionnels ; leur crainte ne doit pas paralyser le praticien. Il usera des lavages, s'ils sont nécessaires. Peut-il s'en passer? Il s'en abstiendra ; au début, un lavage sera fait en moyenne tous les deux ou trois jours. Si la fièvre est absente, on espacera davantage ou l'on supprimera complètement. Peu à peu aussi on diminuera la quantité de liquide injecté, à mesure que la suppuration tarira. Les drains seront raccourcis, le second drain sera enlevé. Quant au drain restant, on ne se pressera pas de le retirer. Il demeurera en place plusieurs mois d'ordinaire ; une fois enlevé, la cicatrisation se fera rapidement.

Durant cette période d'évacuation de l'empyème, on suivra avec soin le tracé de la température. Le thermomètre monte-t-il d'une façon anormale? On procédera à un lavage pleural ; les drains seront nettoyés : on enlèvera les bouchons purulents qui les obstruent. Et ici se place une recommandation de premier ordre : le retour fébrile du soir fait habituellement suite à de légères élévations thermiques du matin. A savoir : si la température du soir doit dépasser 38° ou 38 1/2, dans la matinée déjà le thermomètre s'élève légèrement, atteint 37°6, 37°8. *C'est à ce moment qu'il convient de faire le lavage.* Si on attend le soir pour intervenir, il faudra souvent 2, 3, 4 lavages pour abaisser la température qui s'est élevée à ce moment ; tandis qu'en opérant le matin, on évite le plus souvent l'ascension vespérale.

Le nombre des lavages n'est soumis à aucune règle fixe. Si un lavage n'amène pas d'amélioration, on recourra à un second lavage, même à un troisième. Il est exceptionnel qu'on soit obligé de pratiquer le troisième lavage. En se rappelant la précaution que nous venons de recommander : prévenir la fièvre par un lavage dès que la température menace de monter, on viendra à l'aide de deux lavages à bout des empyèmes les plus graves.

Un jeune homme de 23 ans, opéré au bout de plusieurs mois d'un empyème à streptocoques, suite de grippe, par M. Schwartz qui pratiqua avec l'opération de l'empyème une résection costale, ce jeune homme était soigné aux Frères Saint-Jean-de-Dieu de la rue Oudinot. Après un mieux passager la fièvre remonta. L'amaigrissement fit des progrès rapides, les urines étaient albumineuses, l'état général très mauvais. Nous prescrivîmes avec M. Huchard des lavages au chlorure de zinc à 1/100. Le

premier lavage fut douloureux, mais la fièvre tomba dès le deuxième lavage. Les lavages durent être souvent repris les jours suivants, mais le titre de 1/100 de la solution étant douloureux, fut peu à peu abaissé à 1/1000. Plusieurs retours fébriles se produisirent, nous n'en vîmes à bout qu'à la condition de pratiquer le lavage avant la montée fébrile du soir, alors que dès le midi le thermomètre dépassait 37°5.

Encore une fois, ce sont là des principes qui ne peuvent être érigés en règle générale. Le lavage n'est pas un traitement habituel, c'est une *médication d'urgence*. On n'y recourt que forcé par les circonstances.

La thoracotomie assure souvent la guérison complète; parfois une fistule persiste; dans d'autres cas, des accidents graves se montrent, le pouls devient faible et rapide. Le malade peut succomber en quelques jours ou bien plus lentement à la septicémie aiguë ou chronique.

Dans la tuberculose, la mort suite de thoracotomie est habituelle, aussi n'aura-t-on jamais recours à l'opération dans les formes chroniques. Pour les formes aiguës même il faut rester en défiance. L'un de nous a vu entrer dans le service de M. Chauffard (Hôpital Cochin), un jeune homme atteint d'une pleurésie apyrétique datant de 18 jours. Bien qu'aucun symptôme ne fit présager la suppuration, une ponction aspiratrice amena un litre de pus et ce pus contenait du bacille de Koch en abondance. M. Chauffard, comme traitement, ordonna des ponctions répétées suivies chacune d'une injection de 5 centimètres cubes de naphthol camphré. L'empyème serait pratiqué si malgré ces ponctions suivies d'une injection modificatrice, le liquide continuait de se produire. Il sembla d'abord inutile de recourir à cette intervention. Le liquide dimi-

nua rapidement; une seconde ponction pratiquée 8 jours plus tard, fut suivie de l'injection nouvelle de 5 centimètres cubes de naphthol camphré. Le mieux malheureusement ne persista pas, le liquide se reproduisit et M. Chauffard a fait pratiquer l'opération de l'empyème. Le malade succomba à l'épuisement bien qu'il semblât dans de bonnes conditions opératoires.

Dans les autres pleurésies suppurées, la guérison, surtout si l'opération est hâtive, se produira assez fréquemment; néanmoins le praticien en intervenant agira sagement en prévenant la famille. Des semaines et des mois sont nécessaires. Il faut que le malade et son entourage soient renseignés sur la longueur du traitement. C'est pourquoi une ou deux ponctions suivies de l'abandon dans la cavité thoracique de naphthol camphré ou de liqueur de Van Swieten constitueront une manière de prélude. Les classiques n'insistent pas assez sur cette médication. C'est un tort.

Si la tentative a échoué, il sera toujours temps d'ouvrir largement. Seulement si la pleurésie est ancienne ou qu'elle soit d'origine tuberculeuse, on ne se risquera pas à l'opération sans avoir pesé tous les dangers qu'elle comporte.

II

Le traitement moral des neurasthéniques.

La neurasthénie n'est pas une maladie. C'est un symptôme qui trahit un état de fatigue du système nerveux. Cette fatigue nerveuse se caractérise par les signes coutumiers : 1° les douleurs; 2° l'asthénie neuro-musculaire; 3° les troubles digestifs; le tout accompagné d'un senti-