

n'hésitera pas à pratiquer de bonne heure la thoracentèse pour supprimer une cause de dyspnée due à l'affection primitive. On n'oubliera pas que les accidents dus à la thoracentèse s'observent surtout chez les cardiaques et les brightiques; aussi aura-t-on soin de ne retirer le liquide que très lentement et d'avoir plutôt recours à des ponctions successives qu'à une ponction unique susceptible de déterminer un œdème aigu du poumon.

#### B. — Thoracentèse.

La thoracentèse est le meilleur moyen de favoriser la résorption d'un exsudat, nous ne disons pas de le supprimer; car d'une part la pratique de l'épuisement total du liquide est aujourd'hui condamnée comme dangereuse, et d'autre part, alors que l'épanchement a été soustrait presque entièrement, il n'en est pas moins susceptible de se reproduire plus ou moins rapidement. La thoracentèse n'est donc, pas plus que les moyens médicaux, un procédé radical de traitement, mais c'est une ressource précieuse, car elle permet de préserver de la mort subite ou de l'asphyxie les malades qui se présentent avec un épanchement considérable, remplissant toute la cavité pleurale et entravant les fonctions du cœur.

La thoracentèse ne doit pas être appliquée au traitement de toutes les pleurésies; en dehors des cas d'urgence que nous envisageons plus loin, l'emploi de la thoracentèse repose sur certaines indications qu'il importe de fixer.

**Indications.** — L'indication d'opérer, a dit Potain (*Académie de médecine*, 31 mai 1892), doit se tirer de quatre ordres de considérations distinctes :

- 1° Les troubles fonctionnels;
- 2° L'abondance de l'épanchement;
- 3° L'âge de l'épanchement;
- 4° La nature de l'épanchement.

Parmi les troubles fonctionnels, la dyspnée est un guide des plus trompeurs. M. Dieulafoy a rappelé la fameuse observation rapportée par Trousseau, d'une nourrice venue à pied, sans grande fatigue, de Saint-Eustache à l'hôpital Necker, en portant son enfant, et chez qui l'épanchement était si considérable que la thoracentèse aussitôt appliquée donna issue à 2500 grammes de liquide; tous les médecins ont observé des cas analogues, c'est-à-dire des cas de pleurésie avec épanchement très abondant, où la dyspnée faisait défaut. Il existe, inversement, des cas de pleurésie qui s'accompagnent d'une dyspnée intense, bien que l'épanchement soit très faible. La dyspnée, en effet, n'est pas proportionnelle à la quantité du liquide contenu dans la plèvre; elle est la résultante de plusieurs facteurs; elle dépend d'abord de la rapidité avec laquelle s'est produit l'épanchement; plus celui-ci s'est produit rapidement, plus la dyspnée est prononcée. D'autre part, il peut exister une dyspnée intense avec un petit épanchement enkysté (Potain); enfin et surtout, le degré de la dyspnée est subordonné à l'état du poumon sous-jacent. Si celui-ci est sain ou à peu près, la dyspnée est nulle ou modérée; est-il au contraire congestionné, la dyspnée peut être très

vive, et cependant, dans ce dernier cas, la thoracentèse est contre-indiquée, l'aspiration peut augmenter la congestion. La dyspnée n'est donc pas toujours une indication formelle à la thoracentèse; elle peut même contre-indiquer parfois cette opération.

La tendance syncopale est au contraire un signe qui doit commander l'urgence de la thoracentèse; temporiser chez un malade qui vient d'avoir une syncope serait l'exposer aux dangers de l'embolie ou de la thrombose pulmonaire, à la mort subite.

L'insomnie persistante est un signe qu'il faut prendre en considération, ainsi que nous l'a souvent répété notre maître, M. Duguet; elle coïncide en effet habituellement avec un épanchement abondant. Nous avons eu l'occasion de vérifier la justesse de cette observation.

Bien que les troubles fonctionnels puissent avertir parfois du danger qui menace les malades, on ne peut s'appuyer sur eux seuls pour décider de l'urgence de la thoracentèse, puisque, d'une part, ils peuvent faire défaut, alors qu'il y a épanchement abondant, et que, d'autre part, ils peuvent exister pour des raisons tout autres que celles qui nécessitent la thoracentèse (congestion pulmonaire, granulie, etc.).

L'abondance de l'épanchement est le critérium par excellence. Mais si l'on est d'accord sur ce point, il est plus difficile de définir ce que l'on entend par épanchement abondant. Pour les épanchements qui remplissent la cavité pleurale, qui se traduisent par une matité complète en avant comme en arrière, par le silence respiratoire, par un déplacement considérable des organes, la difficulté n'existe pas; mais lorsque la plèvre n'est pas entièrement remplie, l'appréciation de l'abondance de l'épanchement est plus délicate. M. Dieulafoy évacue tous les épanchements qui atteignent 1800 à 2000 centimètres cubes. Pour reconnaître que la plèvre contient cette quantité de liquide, on ne peut s'appuyer sur le souffle, l'égophonie ou la pectoriloquie. Dans la majorité des cas, dit M. Dieulafoy, ce diagnostic doit être basé sur l'étendue de la matité, sur la disparition des vibrations thoraciques et sur le déplacement des organes. « Prenons, par exemple, une pleurésie gauche: lorsque la matité et l'absence de vibrations remontent en arrière, jusqu'à l'épine de l'omoplate; lorsque la submatité remplace en avant, à la région sous-claviculaire, la tonalité normale ou la tonalité élevée du son skodique; lorsque, enfin, le maximum du bruit systolique cardiaque siège au bord droit du sternum ou entre le sternum et le sein droit, bien qu'à ce moment la cavité pleurale ne soit pas remplie au maximum, de tels signes chez un adulte dénotent que l'épanchement atteint ou avoisine deux litres. Dès lors la thoracentèse est urgente, elle s'impose.

« Quand la pleurésie siège à droite, on reconnaîtra également la quantité de liquide épanché en s'appuyant sur les caractères de la matité, sur l'abolition des vibrations thoraciques et sur le déplacement du foie. Cet organe ne commence à déborder les fausses côtes que si l'épanchement atteint au moins 1800 grammes. La thoracentèse sera donc de toute nécessité quand on constatera cet abaissement de la glande hépatique. »

Les épanchements faibles, ceux pour lesquels l'indication de la thoracentèse ne se pose pas (à moins qu'ils ne soient stationnaires depuis très longtemps), sont ceux dont la matité ne remonte pas en arrière, au delà de la moitié ou des