

deux tiers inférieurs de la plèvre, où les organes (cœur ou foie) ne sont que peu ou pas déplacés.

Il est une cause d'erreur dans l'évaluation de l'abondance d'un épanchement, qu'il importe de bien connaître, car l'on pourrait croire, dans certains cas, à la suite d'un examen superficiel, que la plèvre contient une grande quantité de liquide, alors qu'en réalité elle n'en renferme que quelques centaines de grammes. Cette cause d'erreur dépend de l'état du poumon sous-jacent. Lorsqu'un épanchement se forme dans la cavité pleurale, ce poumon, s'il n'est pas congestionné, se rétracte en moignon et reste accolé le long de la colonne vertébrale; mais, s'il est congestionné, il reste volumineux et, comme il ne contient plus d'air, il plonge dans le liquide et l'oblige à s'élever autour de lui, de sorte que l'épanchement, quoique paraissant remonter très haut, ne forme en réalité qu'une très mince lame de liquide interposée entre le poumon et la plèvre pariétale. Il est de la plus haute importance de tenir compte de l'état du poumon, car « s'il y a beaucoup de liquide, on fera la thoracentèse. S'il y a beaucoup de poumon, on ne la fera pas... Les signes qui peuvent indiquer que derrière le liquide il y a un poumon congestionné plongeant dans l'épanchement consistent dans la propagation au-dessous de la ligne de matité, du bruit de souffle, du retentissement vocal et des vibrations thoraciques ». (Potain.)

Les vibrations se perçoivent donc jusqu'à la base et on entend le retentissement vocal, de plus, le souffle perçu a un caractère différent du souffle pleurétique; il est doux au lieu d'avoir le timbre aigu caractéristique d'un épanchement de moyenne abondance.

En résumé, lorsqu'un épanchement paraît atteindre au minimum deux litres, il ne faut pas hésiter à pratiquer la thoracentèse, surtout s'il s'agit d'une pleurésie gauche; il ne faut pas croire d'ailleurs que la mort subite soit l'apanage exclusif des pleurésies gauches; on l'a signalée également dans la pleurésie droite (Weill, *Revue de médecine*, 1887).

Lorsqu'un épanchement n'est pas assez abondant pour justifier une intervention immédiate, il faut se garder de l'évacuer hâtivement, car cet épanchement est susceptible de se résorber spontanément. Nous avons déjà dit que la durée des épanchements séreux variait entre des limites peu étendues; après avoir présenté la tendance à l'accroissement jusqu'à une époque comprise habituellement entre le quinzième et le vingtième jour après le début, les épanchements restent stationnaires pendant quelques jours, puis finissent par se résorber dans l'immense majorité des cas. On devra donc s'abstenir de toute intervention précoce, faite pendant les quinze premiers jours (hormis les cas d'urgence), car si l'on a vu quelquefois la pleurésie guérir à la suite d'une thoracentèse faite de bonne heure, le plus souvent l'épanchement se reproduit dès le lendemain.

Par contre, du vingtième au vingt-cinquième jour (ce sont les dates indiquées par la majorité des auteurs), il faudra pratiquer la ponction; il n'est pas indifférent, en effet, d'abandonner à lui-même un épanchement pleurétique; sans doute il peut finir par se résorber, mais, s'il est ancien, il est remplacé par la formation d'adhérences plus ou moins étendues; on sait combien il est fréquent d'être consulté par des malades qui, depuis leur pleurésie, ressentent une gêne permanente de la respiration s'accroissant au moindre effort, et éprouvent des

douleurs fort pénibles à la base du thorax. La thoracentèse permet le plus souvent de prévenir la formation de ces adhérences, puisqu'en même temps que la sérosité, est évacuée la fibrine qui s'y trouve dissoute. Or cette fibrine abandonnée dans la plèvre s'organise et c'est à sa transformation fibreuse qu'est due la formation des adhérences. Il y a donc un intérêt majeur, de ce chef, à pratiquer la thoracentèse; de plus, on prévient encore, par l'intervention, la formation de pleurésies enkystées.

A défaut même de ces indications, il y aurait encore intérêt à débarrasser le malade de son épanchement, pour lui éviter un séjour au lit ou à la chambre, toujours préjudiciable à la santé.

Il est enfin une dernière raison qui justifie l'emploi de la thoracentèse, c'est la nécessité de rendre au poumon son volume primitif, sa faculté d'ampliation, sinon on favorise la production de cette pneumonie interstitielle qu'a bien décrite M. le professeur Brouardel et qui réduit définitivement le poumon à l'état de moignon inerte, perdu pour l'hématose; d'ailleurs cette sclérose pulmonaire ne se produirait-elle pas, que le poumon pourrait être fixé contre la colonne vertébrale par des brides fibreuses et sa déchéance fonctionnelle serait également prononcée.

Quelques médecins conseillent cependant de respecter l'épanchement, lorsque son abondance ne justifie pas une intervention d'urgence, jusqu'à ce que la tuberculose pleurale soit guérie. Le Damany (*Presse médicale*, 2 novembre 1898) fait observer que l'épanchement empêche les deux feuillets pleuraux de frotter l'un contre l'autre et met la séreuse dans un état de repos complet; que d'autre part il supprime aussi le fonctionnement du poumon. Or, dans les poumons atelectasiés, la tuberculose se développe moins facilement que dans le poumon normal, et c'est à ce titre que l'épanchement mériterait l'épithète de « providentiel ». L'ampliation du poumon a pour effet de rompre une néomembrane peu résistante; il en résulte des solutions de continuité très nombreuses qui peuvent constituer autant de portes ouvertes à desensemencements nouveaux, si la tuberculose pleurale n'est pas guérie. Effectivement, Litten a publié des cas de granulie après des fonctions évacuatrices totales.

Récemment M. Mollard (de Lyon) a publié un cas de granulie survenue immédiatement après la thoracentèse et provoquée manifestement par elle. Théoriquement, pour certains médecins, la thoracentèse serait toujours contre-indiquée, à moins d'asphyxie menaçante, car ces médecins regardent l'épanchement comme un moyen de défense contre l'envahissement du parenchyme pulmonaire par le bacille tuberculeux.

En ce qui nous concerne, nous restons convaincus que la thoracentèse, faite en temps opportun, est le traitement palliatif de choix; mais il faut savoir attendre ce moment opportun.

Il est certain que la thoracentèse précoce est inutile et même nuisible; on voit, en effet, l'épanchement se reproduire presque aussitôt après la ponction, et la fièvre subir même une recrudescence marquée. La disparition de la fièvre constitue pour nous une indication de premier ordre: c'est l'indice de l'arrêt du processus tuberculeux, et c'est quand la température est redevenue normale que la thoracentèse est exempte de danger et devient utile pour les raisons précédemment indiquées.