

Il nous reste à mentionner quelques indications particulières tirées de la cause de l'épanchement et de sa localisation.

Tout ce qui précède concerne la pleurésie dite *a frigore*, c'est-à-dire la pleurésie tuberculeuse. La notion de cause peut intervenir pour retarder ou avancer le moment de la thoracentèse. Ainsi la pleurésie chez un cardiaque doit être ponctionnée de bonne heure, alors même que l'épanchement est d'abondance moyenne; car les cardiaques sont particulièrement exposés à la thrombose cardiaque ou aux embolies. De plus l'épanchement met obstacle à l'action de la digitale. Dans la pleurésie rhumatismale, il ne faut pas se laisser déconcerter par la rapidité avec laquelle se forme l'épanchement, ni trop se presser de l'évacuer, car il peut disparaître avec une rapidité égale à celle de sa formation. Dans le cas de pleurésie séreuse méta-pneumonique, on peut évacuer le liquide de bonne heure, pour hâter le rétablissement complet du malade, de même dans les pleurésies séreuses consécutives à la grippe, la fièvre typhoïde. La pleurésie syphilitique est constituée par un épanchement très peu abondant qui se résorbe facilement dès que le traitement est institué; nous en avons observé un remarquable exemple à l'Hôtel-Dieu. Il s'agissait d'un homme d'une trentaine d'années, qui avait contracté la syphilis par l'amygdale, et présentait au moment de son entrée une syphilide papuleuse intense et une adénopathie sous-maxillaire unilatérale, dernier témoin du chancre amygdalien. Ce malade avait de la fièvre (58°,5 à 59°,5) et se plaignait de gêne respiratoire. On trouvait à l'auscultation des frottements dans la majeure partie du poumon droit; à gauche, au contraire, on constatait le silence respiratoire dans l'étendue de la paume de la main, en arrière et à la base, de la matité dans la même zone, ainsi que l'abolition des vibrations. Ce petit épanchement se résorba dès que le traitement hydrargyrique fut institué et la fièvre syphilitique secondaire céda brusquement.

Dans le cas de cancer pleuro-pulmonaire, la thoracentèse ne peut être considérée que comme une opération palliative, destinée à procurer un soulagement momentané au malade; car l'épanchement se produit le plus souvent après la ponction. Cependant on a cité quelques cas où la thoracentèse a permis d'évacuer définitivement le liquide.

Lorsque le liquide est enkysté dans le cul-de-sac diaphragmatique, dans un interlobe, la thoracentèse présente des difficultés que l'on ne rencontre pas dans les cas ordinaires. Dans la pleurésie diaphragmatique, la thoracentèse s'impose dès que le diagnostic est établi, la dyspnée commandant l'intervention précoce.

La pleurésie interlobaire n'est le plus souvent reconnue qu'après la vomique; aussi a-t-on bien rarement eu l'occasion de pratiquer la thoracentèse dans cette variété de pleurésie.

On a beaucoup discuté sur l'opportunité de la thoracentèse dans la pleurésie cloisonnée. M. le professeur Jaccoud, dans une communication à l'Académie de médecine (22 avril 1897), a conclu contre les ponctions. Elles seraient inutiles, car, souvent répétées, elles détermineraient l'extension du cloisonnement, et, par suite du rétrécissement des loges, deviendraient de moins en moins efficaces. Ici ce n'est pas l'abondance de l'épanchement qui fait recourir à la thoracentèse; ce n'est pas non plus le déplacement des organes, car le cœur peut

être déplacé par des brides fibreuses qui le maintiennent dans une position vicieuse.

**Manuel opératoire.** — Une fois l'intervention décidée, on doit pratiquer une *ponction exploratrice* qui renseigne sur la présence réelle du liquide; faite aseptiquement, elle est absolument inoffensive et ne détermine qu'une douleur insignifiante. La ponction exploratrice permettra d'éviter de faire la thoracentèse au niveau d'une cloison.

Deux *appareils aspirateurs*, celui de M. Dieulafoy et celui de Potain, sont universellement employés. Celui de Potain comporte l'emploi de trocars mousses, alors que l'on doit se servir uniquement d'aiguilles quand on a recours à l'aspirateur de M. Dieulafoy. Nous ne décrivons pas ces appareils qui doivent être entre les mains de tous les médecins.

M. Duguet utilise le procédé du *siphon* pour la thoracentèse; son appareil se compose d'un trocart et d'un tube d'écoulement terminé ou non par un entonnoir. Le trocart est formé d'une canule munie d'un robinet à clef et d'une lame à laquelle est adapté un obturateur de la canule appelé boîte à cuirs. Cette lame est plus volumineuse à son extrémité perforante de façon qu'en la retirant, après la ponction faite, elle ne peut sortir de son obturateur. Une fois cette lame retirée et arrêtée dans la boîte à cuirs, on peut alors tourner la clef de la canule sans crainte d'émousser la pointe de la lame; le robinet étant fermé, on retire simultanément la lame et son obturateur sans que l'air pénètre dans la poitrine (Thèse de Decourt, 1892). Le trocart adopté par M. Duguet est le n° 5 de l'appareil Potain. Une des extrémités du tube d'écoulement porte un robinet métallique muni d'une clef qui sert à l'amorçage du tube. Ce robinet est destiné à pénétrer dans l'extrémité de la canule demeurée béante après l'ablation de la lame du trocart, ce qui met, les deux clefs (celle du tube et celle de la canule) étant ouvertes, la canule et le tube d'écoulement en communication directe. A l'autre extrémité du tube est adapté un petit entonnoir.

Pour amorcer le tube on le remplit d'eau bouillie à l'aide de cet entonnoir; le robinet de l'autre extrémité est fermé dès que le tube est plein d'eau. On pratique alors la ponction et l'on adapte le tube, resté amorcé, à la canule par son robinet. On n'a plus ensuite qu'à ouvrir les deux clefs et le liquide se met à couler comme le montre un index de verre, placé sur le trajet du tube. Le liquide tombe de l'entonnoir dans un vase quelconque placé sur le sol au pied du lit. Ce procédé a l'avantage d'assurer l'écoulement du liquide pleural par une sorte d'aspiration modérée et régulière et d'éviter la présence de l'aide qui doit faire le vide quand on se sert de l'un des deux appareils aspirateurs habituels.

Les *mesures antiseptiques* concernant l'instrument, l'opérateur et le malade, doivent être prises avec le plus grand soin. Après s'être lavé les mains dans une solution de sublimé au millième, l'opérateur place le trocart ou l'aiguille dans un tube à expérience rempli d'eau phéniquée qu'il porte à l'ébullition pendant quelques minutes; puis il les rejette dans un récipient contenant également de l'eau phéniquée. La peau de la région est savonnée et lavée au sublimé, lavée à l'éther ou à l'alcool.

On fait alors le vide dans l'appareil et l'on s'occupe de donner au malade une position convenable. Il doit être à demi assis dans son lit, le corps soutenu par