

opposé, maladie du cœur et surtout symphyse péricardique, notamment tuberculeuse (Hayem et Tissier), maladies du rein, et chez des malades à qui l'on avait retiré rapidement une trop grande quantité de liquide.

Dès que se manifestent la toux et l'expectoration albumineuse, il faut pratiquer une injection de morphine.

On a signalé des *hémorragies pleurales* à la suite de la thoracentèse; à la fin de l'évacuation, le liquide se colore par le mélange du sang que les vaisseaux fragiles des néomembranes laissent exsuder; généralement le suintement est peu abondant, mais il peut parfois devenir mortel. Lorain a cité le cas d'un tuberculeux qui mourut ainsi quelques heures après la ponction; on reconnut que les vaisseaux intercostaux n'avaient pas été atteints par le trocart, et que par suite on ne pouvait mettre l'hémorragie sur le compte d'un traumatisme des artères.

Citons enfin, parmi les complications les plus rares, l'*hémoptysie* et le *pneumothorax*; on a même signalé la production d'hématémèse chez un malade qui était atteint d'ulcère de l'estomac.

Quant à la transformation purulente de l'épanchement, elle ne peut être considérée comme un accident imputable à la thoracentèse elle-même, mais bien aux fautes opératoires, c'est-à-dire à l'absence de précautions antiseptiques. D'ailleurs, elle est le plus souvent le fait de l'évolution normale de la pleurésie.

C. — *Traitement des épanchements pleuraux à répétition par les injections gazeuses.*

Nous croyons devoir accorder une mention à un moyen de traitement des pleurésies, applicable exclusivement aux pleurésies chroniques, dans lesquelles l'épanchement tend sans cesse à se reproduire et a nécessité de nombreuses ponctions. Ce moyen a été proposé par MM. Vaquez et Quiserne (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 mai 1902) et employé, à leur exemple, par M. Achard (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 avril 1905), il s'inspire du traitement appliqué par Potain au pneumothorax. Potain injectait de l'air stérilisé dans la cavité pleurale et cherchait ainsi à obtenir, par une action mécanique, la réouverture d'une fistule oblitérée et secondairement la reproduction du liquide. La méthode de Vaquez et Quiserne consiste à provoquer un pneumothorax artificiel capable de s'opposer à la reproduction incessante du liquide. Après ponction, on injecte dans la plèvre une certaine quantité d'air stérilisé. On se sert, à cet effet, d'un trocart relié à un tube en caoutchouc en Y, dont l'une des branches est mise en communication avec un siphon de Potain, tandis que l'autre, restant libre, est seulement munie, vers son milieu, d'une ampoule de verre garnie d'ouate qui a été préalablement stérilisée à l'autoclave. Au moment de faire la ponction, les tubes en caoutchouc ont été soigneusement bouillis; on adapte la boule de verre, et une pince à forceps ferme le tube de caoutchouc qui y accède, tandis qu'on pratique la ponction. Celle-ci une fois faite, on injecte de l'air tandis que l'on reporte la pince du deuxième tube en caoutchouc sur le premier (côté de l'aspiration), on adapte la pompe foulante à l'extrémité du tube libre. L'air aspiré au dehors est injecté très doucement dans la plèvre et se stérilise en passant à travers l'ampoule de verre munie de son bouchon d'ouate. La

quantité de gaz à injecter doit être environ d'un demi-litre; il est facile de calculer, d'après la capacité de la pompe foulante, la quantité injectée à chaque course du piston. Dans les quelques cas traités de cette façon, le pneumothorax artificiel a persisté pendant quelques semaines et le liquide ne s'est plus reproduit.

PLEURÉSIES PURULENTES

Actuellement, deux traitements sont en vigueur : la thoracentèse et la pleurotomie : encore la thoracentèse n'est-elle qu'un procédé le plus souvent palliatif, bien rarement curatif. Nous exposerons d'abord leur manuel opératoire, et formulerons ensuite les indications particulières tirées de la nature bactériologique de l'épanchement et de sa localisation.

A. — *Thoracentèse.*

La thoracentèse est parfois une opération d'urgence : lorsque l'épanchement est assez abondant pour déterminer une dyspnée notable, de la cyanose, un refoulement très prononcé des organes, il faut intervenir tout de suite, prévenir l'imminence de la mort subite.

En dehors de ce cas, où l'abondance de l'épanchement nécessite l'évacuation immédiate du liquide, la thoracentèse est indiquée comme traitement de choix dans les circonstances suivantes :

1° Lorsqu'il s'agit d'une pleurésie, que l'examen bactériologique a démontrée comme étant due au pneumocoque, surtout si l'on a affaire à un enfant. L'expérience a prouvé, en effet, qu'une ou plusieurs ponctions peuvent suffire à amener la guérison définitive des pleurésies pneumococciques. Toutefois cette guérison n'est pas la règle absolue; même chez l'enfant, l'empyème peut devenir nécessaire.

2° Lorsqu'il s'agit d'une pleurésie chronique, datant de plusieurs mois, et telle que l'on soit autorisé à admettre l'inutilité de l'empyème, en raison de l'épaisseur de la coque pleurale et de l'impossibilité, pour la paroi, de se rétracter.

Les règles à suivre dans la thoracentèse ne diffèrent pas de celles qui ont été indiquées à l'occasion du traitement de la pleurésie séro-fibrineuse, mais elles peuvent présenter dans leur application certaines difficultés inhérentes à la nature du liquide contenu dans la plèvre. Tout d'abord, s'il s'agit d'une pleurésie ancienne, surtout s'il y a eu évacuation d'une partie du liquide par une fistule, le thorax est affaissé, les côtes sont abaissées et les espaces intercostaux sont très rétrécis, de telle sorte que l'introduction du trocart peut être difficile. Enfin, la paroi pleurale pouvant être très épaisse, il ne faut pas craindre d'enfoncer profondément le trocart. Il peut arriver, lorsque la ponction a été faite, que l'écoulement se fasse mal, ou s'interrompe, par suite de la présence d'une fausse membrane ou de grumeaux de pus assez volumineux pour obstruer la lumière du trocart. Il suffit pour rétablir le cours du liquide, d'enfoncer l'écouvillon.