

VI

DIAGNOSTIC

Avant l'apparition des signes physiques, le diagnostic de la pleurésie est impossible; aussi les anciens, qui ne connaissaient que les signes fonctionnels, confondirent-ils la pleurésie, la pneumonie et les autres affections pulmonaires aiguës. Par contre, ce diagnostic est facile lorsqu'on entend le bruit de frottement, indice de l'exsudat pseudo-membraneux, et bientôt tous les signes d'un épanchement liquide.

La *pleurodynie* présente des signes fonctionnels analogues à ceux de la pleurésie, mais manque complètement de signes physiques.

Dans la *congestion pulmonaire*, les signes fonctionnels sont aussi ceux de la pleurésie, mais il existe une expectoration gommeuse assez abondante; on trouve une submatité plutôt qu'une vraie matité, et encore est-elle mal délimitée; l'égophonie et la broncho-égophonie se rencontrent parfois, mais moins nettes que dans la pleurésie; la respiration faible et le souffle bronchique sont rares. D'ailleurs tous ces signes sont mobiles, variables du jour au lendemain, et ne survivent que peu de temps à la chute de la température, qui se fait brusquement vers le cinquième ou le sixième jour, quelquefois plus tôt.

Dans la *pneumonie*, le début est ordinairement plus brusque que dans la pleurésie, le frisson violent et unique, la douleur intense, la fièvre vive; la matité, limitée à une étendue variable, n'a pas la forme de celle de la pleurésie, les vibrations sont exagérées, le murmure vésiculaire est, au début, couvert par les râles crépitants, puis remplacé par le souffle tubaire au centre du bloc de pneumonie, à la périphérie duquel persistent souvent les râles crépitants; il n'y a pas d'égophonie, mais de la bronchophonie; pas de pectoriloquie aphone; enfin les crachats sont caractéristiques. Il semble impossible de confondre cette affection avec la pleurésie; mais les vibrations peuvent être conservées dans la pleurésie, les râles crépitants manquer dans la pneumonie ainsi que les crachats; le souffle tubaire, la broncho-égophonie s'observent dans les épanchements abondants, la broncho-égophonie, la pectoriloquie aphone (Jaccoud) dans certaines pneumonies; le mode de début n'a lui-même rien de caractéristique; il n'est guère que la matité qui ne varie pas: elle est absolument hydrique, *tanquam percussus femoris*, dans la pleurésie et s'accompagne de perte d'élasticité, caractères qui la distinguent de la matité pneumonique. Ce signe, malgré sa valeur, a besoin d'être corroboré par d'autres, et c'est dans les cas de ce genre surtout qu'il faut attacher plus d'importance au groupement des signes physiques qu'à chaque signe en particulier.

S'il existe une *pleuro-pneumonie*, l'existence d'une couche de liquide et de fausses membranes dans la plèvre vient encore modifier les signes physiques et les caractères de la matité elle-même; le diagnostic est possible toutefois, parce que les symptômes de la pneumonie dominant, en général, ceux de la pleurésie, ou leur sont associés d'une façon suffisamment nette: autour de l'égophonie, par exemple, il existe une zone de râles crépitants, etc.

La *pneumonie massive* décrite par M. Grancher présente tous les signes d'une pleurésie à grand épanchement: matité absolue, absence de vibrations, de

souffle, d'égophonie, de pectoriloquie aphone, de râles crépitants, en un mot matité et silence absolus, et ordinairement pas d'expectoration. Mais le début est violent et la marche rapide; on est seulement au second ou au troisième jour de la maladie et l'on trouve déjà de tels signes, ce n'est pas le fait d'une pleurésie; il se peut d'ailleurs que le malade rejette un moule fibrineux comme ceux de la bronchite pseudo-membraneuse et aussitôt au silence absolu succèdent l'exagération des vibrations, le souffle tubaire, la bronchophonie, tous les signes de la pneumonie.

« Entre la congestion pulmonaire et la pneumonie lobaire franche, à côté de la broncho-pneumonie, il existe, dit M. Grancher⁽¹⁾, un état morbide du poumon, sorte de pneumonie subaiguë qui simule une pleurésie avec épanchement moyen et qui mérite une description et une dénomination propres », et il appelle *spléno-pneumonie* cette affection qu'il croit être une « pneumonie subaiguë avec splénisation »; mais nous manquons encore de connaissances anatomiques exactes sur ce sujet, et les termes de « congestion pulmonaire à type pleurétique, congestion pseudo-pleurétique » qu'on a proposés rappellent simplement l'erreur qu'on peut commettre, compliquent « l'histoire des congestions déjà si obscure » et dénaturent l'idée qu'on doit se faire de la « maladie de Grancher⁽²⁾ ». Le début est brusque, marqué par des frissons répétés, un point de côté, de la dyspnée; la toux pénible, quinteuse, s'accompagne au bout de quelques jours d'une expectoration analogue à une solution de gomme, le pouls est fréquent; la fièvre, vive, atteint 39 ou 40 degrés⁽³⁾.

Le côté malade, ordinairement le côté gauche, est en partie immobilisé; son périmètre est quelquefois de deux centimètres supérieur à celui du côté sain. Dans le tiers ou les deux tiers inférieurs en arrière, la matité est absolue, les vibrations vocales sont abolies; on entend un souffle expiratoire, aigre, à tonalité aiguë, de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone; dans certains cas enfin on ne sent plus le choc du cœur et l'auscultation fait entendre le maximum du bruit vers la quatrième ou cinquième articulation chondro-sternale gauche.

La température oscille entre 39° et 40° dans le premier septénaire, entre 37°,5 et 39° dans le second, entre 37° et 38° dans le troisième, puis reste normale; le type fébrile cependant n'est pas toujours régulier, il n'y a pas un cycle constant, mais trois signes se rencontrent dans toutes les observations: la rémittence avec oscillations journalières importantes, l'élévation brusque au début, une défervescence graduelle à la convalescence. La maladie dure environ quatre ou cinq semaines.

L'étiologie est mal connue: le froid, signalé souvent comme cause, ne joue peut-être que le rôle de cause secondaire dans cette affection qu'on rencontre surtout chez des hommes et plus rarement chez des femmes et des enfants, et qui souvent n'est, comme la pleurésie, qu'un premier stade de la tuberculose.

Si l'on ajoute que souvent on observe sous la clavicule du côté malade le schéma de congestion, on conçoit quelles difficultés entourent le diagnostic de la spléno-pneumonie, et combien il est difficile de la différencier d'une pleurésie à faible épanchement. L'espace de Traube est conservé, mais il l'est aussi dans une pleurésie peu abondante. A l'auscultation on entend quelquefois au niveau de la matité quelques râles sous-crêpitants discrets, superficiels, très

⁽¹⁾ Soc. méd. des hôpitaux, 1882. Maladies de l'appareil respiratoire, 1890.

⁽²⁾ QUEYRAT, Gaz. des hôpitaux, 1892.

⁽³⁾ FAISANS, Soc. méd. des hôpitaux, 1892.

fugitifs, il est vrai, qui ont une grande valeur, quoiqu'il puisse en être perçu de semblables à travers une lame de liquide. Dans la pleurésie, les vibrations reparaissent brusquement au-dessus de la ligne de matité et sont exagérées; dans la spléno-pneumonie elles reparaissent graduellement et non exagérées; l'égophonie est moins nette, le souffle moins aigu que dans la pleurésie. Le signe du cordeau manque ordinairement, bien qu'il puisse exister dans quelques cas⁽¹⁾; enfin la toux est souvent accompagnée d'expectoration gommeuse qui manque dans la pleurésie. Ce sont là des nuances qui peuvent faire défaut ou tromper; dans bien des cas le diagnostic n'est possible que par la ponction exploratrice à la seringue de Pravaz, dont l'aiguille doit être enfoncée lentement à 8 ou 10 millimètres; si l'on fait le vide à ce moment, on retire seulement quelques bulles d'air et quelques gouttes de sérosité sanguinolente.

Au cours d'un *cancer du poumon* peuvent survenir des accidents aigus qui donnent à la maladie l'aspect d'une affection aiguë, et la matité avec perte d'élasticité, l'égophonie et la broncho-égophonie, le souffle, font croire à une pleurésie; mais ces signes n'ont pas une limite régulière, ils n'augmentent pas de bas en haut comme dans la pleurésie, et d'ailleurs l'expectoration gelée de groseille, l'existence de ganglions sus-claviculaires et axillaires, de signes de compression, la cachexie, tranchent tous les doutes.

Un *kyste hydatique* du poumon donne tous les signes d'une pleurésie et souvent, surtout s'il siège à la base, son diagnostic n'est possible que par l'examen du liquide, qui dans ce cas est incolore, non albumineux et contient des crochets d'échinocoque.

Quelquefois l'*infiltration tuberculeuse généralisée du poumon* donne une matité absolue avec absence de tout bruit respiratoire et l'état général seul met sur la voie du diagnostic.

Une *tumeur* ou un *kyste hydatique du foie* développés surtout vers la face supérieure de l'organe peuvent refouler le poumon et donner une matité absolue avec abolition des vibrations dans une zone de hauteur variable, au-dessus de laquelle on entend du souffle; mais ici l'hypocondre est très dilaté, la matité convexe en haut se continue directement en bas avec celle du foie, les symptômes généraux manquent, les symptômes fonctionnels sont les signes d'une maladie du foie.

Dans la *péricardite avec épanchement* la matité a un siège et des limites qui forcent l'attention, les bruits du cœur sont sourds, l'erreur est difficile; mais la pleurésie, à sa période de sécheresse, s'accompagne quelquefois de frottements à la région précordiale isochrones aux battements cardiaques. Ces frottements diminuent dans les grandes inspirations et coïncident ordinairement avec des frottements d'une autre partie de la plèvre.

L'*hydrothorax* résulte tantôt d'une gêne de la circulation thoracique, c'est-à-dire d'une affection cardiaque ou pulmonaire, tantôt survient au cours d'une cachexie et coïncide avec d'autres hydropisies. Il est ordinairement bilatéral mais non forcément, et toujours d'ailleurs plus abondant d'un côté que de l'autre; le liquide est moins dense que le liquide pleurétique et renferme peu de fibrine; la ligne de matité ne suit pas une courbe parabolique comme dans l'épanchement pleural, mais est horizontale, et se déplace assez facilement dans les mouvements du malade; l'épanchement enfin se reproduit avec une persis-

(1) BOURDEL, De la spléno-pneumonie; Thèse Paris, 1885.

tance extraordinaire et le liquide ne renferme pas ou peu de fibrine. On ne négligera jamais de pratiquer la succussion hippocratique sans laquelle on pourrait être exposé à prendre pour une pleurésie un cas d'*hydropneumothorax*.

Il est un procédé fort simple et absolument inoffensif auquel on ne saurait trop recourir dans les cas douteux, c'est la ponction exploratrice au moyen de la seringue de Pravaz stérilisée. Grâce à la ponction, on arrive non seulement à assurer le diagnostic, mais à reconnaître la qualité du liquide et souvent la nature de la pleurésie. Nous avons vu quels renseignements peuvent fournir l'analyse chimique, microscopique et bactériologique. Non seulement la ponction exploratrice est inoffensive, mais elle paraît avoir dans plus d'un cas une influence nettement curative. En 1882, Gerhardt et son élève Mühlhaus insistent sur la résorption rapide de certains épanchements à la suite d'une ponction exploratrice. D'autres auteurs ont vu des faits analogues, et en 1899, Zinn, élève de Gerhardt, est revenu sur ce sujet en montrant que l'augmentation marquée de la diurèse avec sécrétion d'une urine plus dense suivaient immédiatement ces ponctions exploratrices. On ne saurait donc voir dans ce fait une simple coïncidence, mais il faut admettre une relation de cause à effet et considérer la résorption de l'épanchement comme hâtée par cette petite manœuvre.

Il n'est pas toujours facile de *déterminer la quantité de liquide contenue dans la plèvre*. On s'est basé, pour arriver à cette évaluation, tantôt sur les symptômes fonctionnels, tantôt sur la percussion, l'auscultation ou la mensuration, le déplacement des organes: ce n'est en réalité sur aucun de ces signes isolés qu'il faut s'appuyer, mais sur leurs différents groupements⁽¹⁾. Ainsi la fièvre peut tomber pendant la période d'augment, la dyspnée est quelquefois forte chez les sujets porteurs d'un petit épanchement, faible ou nulle chez d'autres dont l'épanchement est considérable; la matité est incapable d'indiquer les variations d'un épanchement qui occupe toute la plèvre; dans la période d'augment elle ne monte pas alors que le liquide devient de plus en plus abondant mais que le poumon s'affaisse de plus en plus; l'auscultation fait entendre du souffle dans les épanchements abondants, quelquefois aussi dans les mêmes conditions c'est le silence respiratoire absolu; le foie se déplace sous la pression d'un épanchement abondant, mais peut rester déplacé quand le liquide est complètement résorbé (Woillez), etc.... Woillez insistait beaucoup sur la nécessité, pour suivre les progrès de la pleurésie, de mesurer tous les jours le périmètre thoracique; M. Dieulafoy accorde une grande exactitude aux évaluations faites, pour le côté gauche, sur le « point maximum de la systole cardiaque »; ce point est sur le bord gauche du sternum dans les épanchements de 5 à 600 grammes, sur le bord droit s'il y a 1200 grammes de liquide, entre le bord droit et le mamelon droit s'il y a de 1800 à 2000 grammes. D'une façon générale il faut s'en rapporter de préférence à l'ensemble des signes.

Lorsque l'épanchement est de moins de 1500 grammes, la matité est limitée à la partie inférieure et postérieure, le sommet de la parabole répond à l'angle inférieur de l'omoplate, la branche antérieure atteint à peine le bord du sternum; au-dessus, il existe du skodisme sous-claviculaire; au-dessous, à gauche, la zone de Traube est sonore; la respiration est faible, le souffle pleurétique est aigre, aigu, expiratoire, l'égophonie est nette ainsi que la pectoriloquie aphone;

(1) BOUILLY, Recherches sur les rapports qui existent entre les signes de la pleurésie et la quantité de l'épanchement; Arch. génér. de méd., 1876.

si la pleurésie est à droite le foie n'est pas déplacé, si elle est à gauche le cœur l'est déjà mais faiblement.

Dans les épanchements de 1500 grammes à 2 litres la matité monte de plus en plus; à 2 litres le sommet de la parabole atteint l'épine de l'omoplate tandis que les branches sont devenues presque horizontales, le skodisme sous-claviculaire persiste, la zone de Traube est diminuée, la respiration est nulle, elle est remplacée par un souffle tubaire qui s'entend à la partie supérieure aux deux temps, l'égophonie est remplacée par de la broncho-égophonie, le déplacement des organes est très marqué, le point maximum des battements cardiaques, si la pleurésie siège à gauche, a passé de l'autre côté du sternum.

A 5 litres, la dilatation thoracique est très marquée ainsi que le déplacement des organes : la matité existe du haut en bas, il n'y a plus de skodisme sous-claviculaire ni de sonorité de l'espace semi-lunaire, les vibrations sont abolies dans la même étendue, et à l'auscultation on trouve soit le silence absolu, soit les signes pseudo-cavitaires.

Une des causes d'erreur les plus grandes dans l'évaluation de l'épanchement est la *coexistence d'une pleurésie et d'une congestion pulmonaire* du même côté : le poumon congestionné volumineux plonge au milieu du liquide, en fait remonter le niveau très haut, et donne les signes d'un épanchement abondant. Certains symptômes permettent de reconnaître cette pleuro-congestion (Potain, Serrand) (1) ; ce sont : le début brusque avec une dyspnée considérable et un point de côté peu intense, l'existence d'une zone de submatité avec atténuation des vibrations au-dessus d'une zone de matité avec abolition des vibrations, l'existence de la broncho-égophonie dans cette dernière zone, de souffle avec bronchophonie dans la première, c'est-à-dire au-dessus de l'épanchement, et quelquefois aussi de râles fins humides ; enfin l'expectoration gommeuse, et la diminution brusque des symptômes, l'abaissement très rapide du niveau du liquide, sont des signes qui appartiennent à la congestion, le liquide pleural disparaissant ensuite plus lentement.

Aucun symptôme, autre que la *ponction exploratrice*, ne permet d'affirmer d'une façon certaine que le *liquide est séro-fibrineux*, hémorragique ou purulent. La pectoriloquie aphone et l'œdème de la paroi, sur lesquels on avait beaucoup insisté, s'observent plus souvent dans la pleurésie purulente, mais s'observent aussi dans la pleurésie hémorragique et la séro-fibrineuse ; de même la fièvre intense ou rémittente, et l'aspect cachectique : néanmoins si à ces signes s'ajoutent des frissons avec sueurs profuses, de la diarrhée, de l'œdème des pieds, de la bouffissure de la face, un état général grave, on aura de fortes raisons de penser à la purulence ; on pourra presque l'affirmer si, avec tous ces signes, la pleurésie est survenue au cours d'une pyohémie, d'une cachexie, à la convalescence d'une scarlatine, chez un albuminurique ou chez un enfant.

En présence d'une pleurésie séro-fibrineuse, il faut toujours se demander *quelle est sa nature* : les conditions étiologiques, telles que le rhumatisme, une affection cardiaque, hépatique, etc., la déterminent quelquefois, de même que l'existence nettement confirmée d'une tuberculose pulmonaire. La difficulté n'existe que pour les pleurésies dites *a frigore*, qui ne semblent être sous

(1) SERRAND, Étude clinique sur les rapports entre la congestion pulmonaire et la pleurésie aiguë avec épanchement ; *Thèse Paris*, 1878.

l'influence d'aucune autre cause étiologique ; de celles-là un grand nombre sont tuberculeuses : les unes, les plus rares, sont des tuberculoses pleurales primitives, elles se caractérisent par l'abondance de l'épanchement, sa persistance, sa reproduction rapide après chaque ponction, par l'apparition de symptômes généraux graves, amaigrissement, sueurs nocturnes, diarrhée, etc., qui conduisent à la cachexie tuberculeuse et à la mort. Les autres évoluent en trois ou quatre semaines et guérissent complètement, mais si l'on a examiné avec soin le sommet du poumon correspondant, on a pu y constater dès cette époque des modifications importantes. Lorsque le poumon sous-jacent est sain, on trouve au sommet une suppléance parfaite marquée par le :

Schème n° 1 { Son +
Vibrations +
Respiration +

Si au contraire, on trouve, dans les conditions que nous avons déjà exposées à la symptomatologie, le

Schème n° 2 { Son +
Vibrations +
Respiration —, faible, faible et rude, rude,

on peut affirmer que le sommet du poumon est le siège d'une congestion pulmonaire dont la nature tuberculeuse sera presque certaine si les antécédents et quelques symptômes généraux viennent corroborer la constatation des signes physiques.

Dans quelques cas de pleurésie, on trouve au sommet du poumon le

Schème n° 3 { Son +
Vibrations —
Respiration —.

Ce schème n'a pas la valeur diagnostique du précédent, il indique simplement que, les grosses bronches étant comprimées, les vibrations et la respiration sont diminuées sans pour cela qu'il y ait altération du tissu pulmonaire.

Dans un grand nombre de cas, l'examen du sommet du poumon permettra de soupçonner et souvent d'affirmer la nature tuberculeuse ou non de la pleurésie : c'est un moyen clinique d'un grand secours et qu'on ne devra jamais négliger.

Widal et Ravaut pensent que l'examen des cellules éparées dans le liquide peut fournir des indications utiles au point de vue du diagnostic de la nature des pleurésies. Il y aurait les éléments d'un véritable *cytodiagnostic*.

La pleurésie tuberculeuse primitive est caractérisée par la présence à peu près exclusive de petits lymphocytes très confluent mêlés à quelques globules rouges.

Dans les pleurésies tuberculeuses secondaires, les éléments figurés sont rares et l'on constate un certain nombre de polynucléaires vieillissants et déformés.

Dans une pleurésie streptococcique, ils n'ont trouvé que des polynucléaires neutrophiles.

La pleurésie pneumococcique est caractérisée par la présence de globules rouges et de quelques leucocytes, mais surtout par l'abondance des polynucléaires et par l'existence d'un plus ou moins grand nombre de cellules mononucléées d'origine endothéliale pour la plupart et dont quelques-unes, véritables macrophages, englobent des polynucléaires dans leur protoplasma.

Les pleurésies mécaniques et aseptiques survenant chez les cardiaques, chez les brightiques, chez les cancéreux, ou encore développées par compression ou irritation de voisinage, sont caractérisées par la présence au sein de l'épanchement de grandes cellules endothéliales tombées de la surface de la séreuse. Elles sont isolées ou soudées par groupes de deux, trois, quatre éléments.

VII

PRONOSTIC

Le pronostic immédiat de la pleurésie n'est pas grave, et Louis insistait sur cette particularité, que la pleurésie guérit presque toujours : les complications mortelles sont en effet exceptionnelles et la plupart, résultant de l'abondance de l'épanchement, peuvent être aujourd'hui évitées par la thoracentèse.

Quant au pronostic éloigné, il est beaucoup plus délicat de dire exactement ce qu'il doit être; il n'est pas question des pleurésies survenues chez des tuberculeux ou des tuberculoses pleurales primitives, à épanchements abondants et rebelles, sur la gravité desquelles tout le monde s'entend; il n'est pas davantage question de la pleurésie rhumatismale toujours bénigne, de la pleurésie des cardiaques, etc., pleurésies évidemment secondaires dont le pronostic est subordonné à la cause; mais il s'agit des pleurésies primitives *a frigore* : 70 à 80 fois pour 100, elles sont de nature tuberculeuse, sinon plus souvent; mais il n'est pas nécessaire, fatal, qu'une fois l'épanchement tari, la tuberculose continue à évoluer dans le poumon, la plèvre ou tout autre organe : la guérison peut au contraire se maintenir à jamais et la pleurésie est, croyons-nous, une manifestation souvent curable de la tuberculose, dont la tendance naturelle est l'évolution fibreuse, mais c'est une lésion tuberculeuse, qui, toute guérie soit-elle, doit obliger celui qui en a été atteint à se tenir toujours sur ses gardes.

VIII

TRAITEMENT

Une ou plusieurs saignées abondantes, suivies de l'application répétée de sangsues, de ventouses scarifiées sur le côté malade, puis d'un ou de deux très larges vésicatoires; quelques diurétiques ou diaphorétiques : tel était le traitement employé contre la pleurésie par Andral, Lerminier, Louis, Chomel, Cruveilhier, le traitement antiphlogistique, dont M. Peter reste aujourd'hui un des rares partisans, en y ajoutant un traitement général variable « suivant la constitution médicale régnante, comme aussi suivant la constitution de l'individu ».

Les émissions sanguines sont à peu près abandonnées aujourd'hui à l'exception des ventouses scarifiées qu'on applique quelquefois contre la douleur.

Le vésicatoire, qui, avec les émissions sanguines, jugulait la pleurésie, empêchait l'épanchement de se faire, ou le faisait, dans la première quinzaine au moins, se résorber facilement, est de même abandonné presque complètement. Woillez l'avait déjà condamné quand il disait n'en avoir obtenu des résultats

favorables que dix fois sur cent. « Je crois, dit M. Dieulafoy, que les vésicatoires n'ont aucune action sur les épanchements de la plèvre et je m'abstiens de les prescrire. » M. Laborde (1), faisant le procès du vésicatoire et rappelant les accidents d'intoxication qu'il a produits, l'accuse même d'avoir causé, « dans un certain nombre de cas nettement définis, l'accroissement immédiat et rapide de l'épanchement pleurétique contre lequel il était précisément dirigé », et M. Sée se montre aussi sévère.

Le calomel, employé en Angleterre et en Allemagne, ainsi que les frictions mercurielles, comme antiphlogistique, n'est guère usité, non plus que la digitale qui doit combattre dans certains cas l'élément fébrile, ou les émétocathartiques dirigés contre l'état saburral ou bilieux du début.

La méthode dérivative n'amène pas plus la résorption de l'épanchement que la méthode révulsive ne l'empêche de se produire. Les purgatifs et les drastiques employés autrefois au début de la période fébrile n'agissent pas contre l'épanchement. Les diurétiques tels que la digitale, la scille, l'acétate et le nitrate de potasse, la caféine, sont encore employés. « Le lait considéré comme aliment ne saurait être négligé; comme diurétique il n'a aucune valeur dans la pleurésie, et en cela il peut se placer à côté de tous les diurétiques » (G. Sée). Les diaphorétiques n'ont pas une action beaucoup plus efficace et souvent le jaborandi et son alcaloïde, la pilocarpine, ne font guère que fatiguer le malade.

L'acide salicylique et le salicylate de soude ont été conseillés par Aufrecht, Tetz, Talamon, Engster; le salicylate de soude, à la dose journalière de 5 à 4 grammes, paraît être le plus actif de tous les médicaments précités, c'est le seul qui nous ait donné quelques résultats. Agit-il comme antiseptique et antipyrétique ou comme diurétique (Engster)? cela importe peu. Le fait est que sous son influence nous avons vu en général la résorption de l'épanchement dans un court délai.

Si toute cette thérapeutique est, dans la majorité des cas, inutile à la période d'augment de la pleurésie, elle l'est encore plus, s'il est possible, après la défervescence : la thoracentèse est alors le seul traitement rationnel, comme l'expectation est celui de la phase fébrile.

Il n'existe en réalité aucune contre-indication à la thoracentèse, mais elle est tantôt inutile, tantôt utile, tantôt urgente.

Inutile, elle l'est pendant toute la période d'augment de la pleurésie, à moins bien entendu qu'elle ne soit urgente : le liquide se reproduit assez rapidement après la ponction, et le malade n'en a tiré aucun bénéfice.

Elle est utile au contraire quand la pleurésie est arrivée à la fin de la période d'état ou à la période de déclin, qui n'est pas toujours, on le sait, indiqué par la chute de la fièvre; à ce moment non seulement elle soustrait une certaine quantité de liquide, mais elle amène souvent la défervescence, si celle-ci ne s'est pas déjà produite, et hâte la résorption du reste de l'épanchement. C'est donc vers le quinzième jour chez les enfants, du dix-huitième au vingt et unième chez les adultes, qu'il faut la faire; il est nécessaire de ne pas attendre plus longtemps si l'on ne veut pas voir persister l'atrophie du poumon, se faire des adhérences épaisses, une rétraction thoracique marquée.

Enfin la thoracentèse est urgente dans certains cas. MM. Verneuil et Hardy

(1) Acad. de médecine, 1892.