

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, Lermnier, 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.



n'admettent l'urgence qu'en cas de dyspnée intense, « de suffocation imminente ». Mais, comme l'a montré depuis longtemps M. Dieulafoy, « la dyspnée est un signe infidèle et un guide trompeur » ; tel individu qui n'est nullement dyspnéique bien que porteur d'un épanchement abondant meurt subitement avant la thoracentèse, qu'on a eu le tort de remettre au lendemain. Le danger immédiat de la pleurésie est tout entier dans l'abondance de l'épanchement. « Dès que le liquide atteint ou dépasse 1800 grammes, peu importe que le malade ait ou non de la dyspnée, l'expérience ne nous a que trop démontré que sa vie est en danger ; il n'y a pas d'hésitation possible, la thoracentèse s'impose » (Dieulafoy).

La ponction de la poitrine a été employée par les Asclépiades qui faisaient soit une incision dans un espace intercostal, soit la térébration d'une côte ; mais elle fut abandonnée pendant des siècles et Ambroise Paré, Fabrice d'Aquapendente, ne parvinrent pas à la remettre en honneur ; au siècle dernier Lourde remplaça le bistouri par le trocart, mais l'opération ne s'en généralisa pas davantage. Laënnec, qui préférait le bistouri au trocart, n'avait pas volontiers recours à cette opération et n'y consentait que dans les empyèmes aigus très abondants ou dans des cas d'épanchement chronique. Reybard, en 1841, en inventant sa canule, supprimait la pénétration de l'air dans la plèvre, c'est-à-dire un des gros sujets de discussion et de répugnance, mais il n'employait encore la paracentèse de la poitrine que dans les épanchements purulents et chroniques ; ce fut Trousseau qui, en 1845, la conseilla dans les épanchements aigus non purulents.

Il se servait du trocart de Reybard et l'enfonçait dans le sixième ou le septième espace intercostal, sur la ligne axillaire, après avoir incisé la peau au moyen d'une lancette : le liquide s'écoulait par saccades à chaque expiration, mais l'application, à chaque inspiration, de la soupape de baudruche sur l'extrémité libre de la canule empêchait la pénétration de l'air. Ce procédé imparfait exposait encore à quelques dangers dont les moindres n'étaient pas la pénétration accidentelle de l'air et la transformation purulente ou putride du liquide ; ces dangers disparurent avec l'application de l'aspiration à la thoracentèse par M. Dieulafoy en 1869.

On peut se servir des appareils inventés par MM. Dieulafoy, Potain et Debove : un des points importants du *manuel opératoire* est de se servir d'une aiguille fine, telle que l'aiguille n° 2 de l'appareil Dieulafoy, dont le diamètre est de 1 mill. 2. Le malade étant assis sur son lit, les deux bras portés en avant, on enfonce l'aiguille dans le huitième espace intercostal, sur le prolongement de l'angle inférieur de l'omoplate, en rasant le bord supérieur de la neuvième côte pour éviter de blesser les vaisseaux intercostaux ; outre qu'elle attaque le liquide par un point plus déclive (Dieulafoy), la ponction est plus facile à faire à ce niveau parce qu'on a moins à redouter l'obstacle qui résulte du rapprochement des côtes sous l'influence de l'appréhension et de la douleur, ce qui se produit toujours quand on ponctionne sur la ligne axillaire.

Lorsque l'aiguille est enfoncée de 2 à 3 centimètres, on commence l'aspiration et on la continue jusqu'à ce qu'on ait retiré 1 litre de liquide ; le lendemain ou le surlendemain on fait une nouvelle ponction, s'il reste encore plusieurs centaines de grammes de liquide, et, s'il en reste plus, on n'en retire encore qu'un litre pour recommencer deux jours après et ainsi jusqu'à évacuation complète. Certains auteurs préférèrent l'évacuation de tout le liquide en une seule séance,

mais cette pratique expose à des dangers et la méthode de choix consiste dans l'évacuation partielle et répétée.

La piqûre d'une côte et la piqûre du foie, d'ailleurs sans grands inconvénients, sont le plus souvent évitées si l'on ne se départit pas des règles du manuel opératoire.

La piqûre du poumon, possible seulement lorsque, par suite d'adhérences ou de congestion, la surface de l'organe est près de la paroi thoracique, n'expose pas au pneumothorax comme on l'avait craint, et donne tout au plus lieu quelquefois à une expectoration passagèrement sanguinolente.

A la fin de l'opération, parfois presque au début, survient une toux quinteuse qu'on attribue à l'action de l'air qui pénètre dans les lobules décomprimés, et qui quelquefois n'est que le premier signe de l'expectoration albumineuse. La suspension de l'écoulement pendant quelques secondes suffit souvent pour la calmer ; mais si, bien qu'on ait diminué la rapidité de l'écoulement, elle se reproduit, il faut cesser l'opération.

Certains malades accusent au cours de la thoracentèse une douleur constrictive thoracique quelquefois assez pénible et que l'on attribue au retrait de la paroi thoracique, par suite de la diminution de la pression intra-pleurale ; si cette douleur est forte ou persistante, il faut encore suspendre l'opération.

La « ponction blanche » est un petit accident de la possibilité duquel devront être prévenus le malade et son entourage ; elle peut dépendre de causes diverses : tantôt il n'existe que des fausses membranes ou néo-membranes épaisses ; qu'il y ait ou non un épanchement liquide, tantôt l'aiguille a passé au-dessus de l'épanchement, a été obstruée par un fragment de fausse membrane, a refoulé la plèvre doublée de ses fausses membranes ; ou bien enfin la pleurésie est aréolaire. On évitera le plus ordinairement cet inconvénient, si, avant de procéder à la ponction avec le trocart, on fait, avec la seringue de Pravaz, une ponction exploratrice au point où l'on introduira le trocart.

La *pénétration d'air dans la plèvre*, qui résulte d'une fausse manœuvre dans le maniement de l'appareil, est quelquefois inoffensive, mais elle peut amener la purulence de l'épanchement par l'introduction de germes pyogènes.

L'*expectoration albumineuse*, déjà peu fréquente il y a vingt ans (M. Terrillon en 1875 n'en réunit que 21 cas), devient tout à fait exceptionnelle. Elle survient quelques instants après l'opération et présente des degrés dans son intensité : tantôt elle consiste simplement en un crachotement d'un liquide spumeux, sanguinolent ; tantôt le malade éprouve une gêne intra-thoracique, comme si sa poitrine s'emplissait de liquide ; il est anxieux, dyspnéique, est pris de quintes de toux fréquentes, suivies chacune du rejet par gorgées d'un liquide filant, spumeux et quelquefois sanguinolent ; puis en cinq, dix, quinze heures, un jour au plus, tout est rentré dans l'ordre ; dans quelques cas plus malheureux (M. Dieulafoy n'en a trouvé que 6 observations) le malade est emporté en quelques minutes, en une heure ou deux au plus.

Le liquide est rendu en quantité variable de 50 grammes à 1 ou 2 litres ; par le repos il se sépare en trois couches : une supérieure, mousseuse ; une moyenne, liquide jaunâtre, sirupeuse, gluante ; une inférieure formée de crachats muqueux ; la couche moyenne est fortement albumineuse, ainsi que l'ont constaté MM. Besnier (1865) et Woillez.

La nature albumineuse de l'expectoration fit penser à Woillez et à M. Marotte



qu'elle était constituée par le liquide pleurétique passé dans les bronches au moyen d'une perforation pulmonaire. Mais, s'il en était ainsi, elle devrait s'accompagner de pneumothorax, ce qui n'existe pas; aussi Hérard, Behier, Moutard-Martin, l'attribuèrent-ils à un œdème aigu du poumon, opinion admise aujourd'hui.

On a incriminé l'aspiration comme étant la cause de l'expectoration albumineuse, mais M. Dieulafoy, reprenant les observations, a montré que, sur 16 cas de thoracentèse suivis d'expectoration albumineuse, 4 fois seulement on s'était servi de l'aspiration, et 5 fois sur les 6 cas suivis de mort. La plupart des malades d'ailleurs avaient des pleurésies compliquées de lésions aortiques ou mitrales d'hyperthrophie du cœur, d'adhérences pleurales, de lésions tuberculeuses du poumon, etc.; dans les autres cas on avait retiré en une seule fois de 2 à 5 litres de liquide: on comprend dans ces conditions la production de la congestion intense du poumon brusquement décomprimé, et la difficulté qu'a le malade à supporter cette congestion s'il est déjà atteint d'autres lésions cardiaques ou pulmonaires. « Ce n'est pas à l'aspiration qu'il faut reprocher les accidents, c'est à l'aspiration prolongée outre mesure; c'est à l'emploi de trocarts trop volumineux » (Dieulafoy); aussi doit-on faire la thoracentèse avec une aiguille fine et ne pas retirer en une seule opération plus de 1000 à 1500 grammes de liquide surtout si la pleurésie est ancienne.

La *mort rapide, après la thoracentèse*, n'est pas due uniquement à l'œdème aigu; elle a pu être attribuée quelquefois à une thrombose du cœur, de l'artère pulmonaire ou à une embolie cérébrale: ces causes produisent la mort rapide en dehors de la thoracentèse et celle-ci ne saurait être incriminée.

Il en est de même vraisemblablement dans les cas de mort par syncope peu après, pendant, ou même avant l'opération (Chaillou): on pourrait tout au plus se demander si la crainte de l'opération, ou le choc nerveux produit par elle auraient joué le rôle de cause déterminante chez un malade atteint de péricardite ou de myocardite.

La *transformation purulente* de l'épanchement est une des grosses objections qu'on a faites à la thoracentèse par aspiration, et tout récemment à l'Académie de médecine, MM. Verneuil et Hardy l'ont de nouveau soulevée, bien que M. Dieulafoy eût déjà pris le soin de la réfuter: « Quelles que soient les précautions prises, le trocart fût-il aussi aseptique que possible, il n'en blesse pas moins la plèvre enflammée dont il provoque ainsi la suppuration », a dit M. Verneuil. M. Dieulafoy a répondu par des chiffres: sur 580 ponctions qu'il a faites tant en ville qu'à l'hôpital pour des épanchements séro-fibrineux ou hémorragiques, il n'a pas vu la purulence en résulter une seule fois, et il peut répéter: « Si la transformation purulente a lieu, ce n'est pas en tout cas l'opération qu'il faut incriminer, c'est l'opérateur. »

*Lorsque l'épanchement est tari, quand la pleurésie paraît entièrement guérie, le rôle du médecin n'est pas terminé.* Cela est évident, banal, pour les pleurésies manifestement secondaires des tuberculeux avérés, des cardiaques, des brightiques, etc. Aussi n'est-ce pas de celles-là que nous voulons parler, mais de la pleurésie dite franche, aiguë, *a frigore*, celle qui se termine par le retour à une santé en apparence parfaite. A plusieurs reprises nous avons insisté sur ce fait qu'elle est souvent accompagnée d'une congestion tuberculeuse du sommet du poumon, tuberculose dont l'évolution continue, et qui, après un intermède plus

ou moins long, se manifestera par ses signes ordinaires. Ces pleurétiques sont des tuberculeux pulmonaires à la première période, à la période de germination (Grancher), ainsi que l'indique la persistance des altérations du murmure vésiculaire: ce sont ceux-là surtout qui bénéficient de la thérapeutique si elle est bien conduite par le médecin et scrupuleusement suivie par eux.

Sur le sommet qui respire mal il faut faire une révulsion continue pendant des semaines, des mois, jusqu'à ce que le murmure vésiculaire ait perdu ses caractères de faiblesse ou de rudesse qu'il conserve si longtemps: les badigeonnages à la teinture d'iode, les pointes de feu, et surtout les petits vésicatoires volants fréquemment répétés seront les moyens mis en usage autant qu'il sera nécessaire.

Quant au traitement général il doit être l'objet de soins tout particuliers: la gymnastique respiratoire, les exercices du corps, la vie au grand air, le séjour dans les climats chauds en hiver, la suralimentation, « alimentation à doses thérapeutiques » (Debove) avec la pulpe de viande crue, les poudres de viande, arriveront ordinairement à arrêter dans son évolution cette tuberculose pulmonaire commençante.

Il y a donc dans la connaissance de la nature de la pleurésie plus qu'une question de doctrine, déjà fort intéressante par elle-même; il y a une question de pratique importante au plus haut point, puisqu'elle met le médecin en garde contre une confiance trompeuse pour lui, dangereuse pour le malade.

On a fait une objection, en apparence bien embarrassante, aux partisans de la nature presque constamment tuberculeuse de ces pleurésies. Tandis que l'inoculation établit que presque toutes ces pleurésies sont tuberculeuses, l'histoire ultérieure nous fait voir que beaucoup, les deux tiers de ces sujets, restent indemnes. Faut-il admettre que dans ces cas la manifestation atténuée de la tuberculose a conféré une certaine immunité? A l'appui de cette thèse on peut faire valoir que le liquide de l'épanchement contient des éléments favorables à la résorption. Nous rappellerons que Gilbert (de Genève) a employé avec succès ces inoculations sous-cutanées du liquide pleurétique recueilli dans la plèvre du malade. Cette méthode a été appliquée avec des résultats non moins satisfaisants par Scarpa et par Breton, de Dijon.

## CHAPITRE II

### PLEURÉSIES HÉMORRAGIQUES

Sous le nom de pleurésies hémorragiques on réunit tous les épanchements pleuraux qui sont franchement d'aspect hémorragique: cet aspect est dû, non pas seulement, comme celui des liquides pseudo-hémorragiques, à la dissolution de la matière colorante du sang, mais à la présence de globules sanguins dont la forme, grâce à la composition du liquide, est indéfiniment conservée. Les globules rouges existent dans tous les épanchements pleuraux, mais au nombre de 200 ou 500 seulement par millimètre cube, c'est-à-dire en nombre insuffisant pour colorer la sérosité; celle-ci ne prend une teinte rosée que s'il y a environ