Contribution au traitement de la pleurésie purulente : indications et contre-indications de la pleurotomie, opération de l'empyème par l'incision intercostale / par Alphonse-Henri-Victor Robert.

Contributors

Robert, Alphonse Henri Victor.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Paris : Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, 1881.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/a34pjhec

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org

105 146

CONTRIBUTION

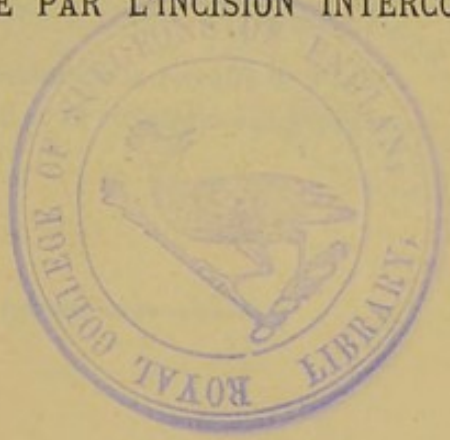
AU TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE PURULENTE

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

DE LA

PLEUROTOMIE

OPÉRATION DE L'EMPYÈME PAR L'INCISION INTERCOSTALE



CONTRIBUTION

AU TRAITEMENL DE LA PLEURÉSIE PURULENTE

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

DE LA

PLEUROTOMIE

OPÉRATION DE L'EMPYÈME PAR L'INCISION INTERCOSTALE

PAR

Alphonse-Henri-Victor ROBERT,
Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND LIBRARY

PARIS
ADRIEN DELAHAYE ET E. LECROSNIER, ÉDITEURS
Place de l'École-de-Médecine

1881

To follow title

TABLE DES MATIÈRES.

Paris. — A. Parent, imp. de la Faculté de Médecine, r. M.-le-Prince, 29-31.

CONTRIBUTION

AU TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE PURULENTE

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

DE LA

PLEUROTOMIE

OPÉRATION DE L'EMPYÈME PAR L'INCISION INTERCOSTALE

« La pleurésie purulente est une maladie tellement grave qu'il est déjà bien beau de la guérir quelquefois, sans avoir la prétention de la guérir toujours.
(Moutard-Martin, La Pleurésie purulente ; Avant-propos, p. 5.

AVANT-PROPOS.

Le titre de ce travail indique combien sa portée est restreinte. C'est une étude purement clinique. Que le lecteur ne s'attende donc pas à y rencontrer des détails d'anatomie ou de physiologie pathologique, non plus que l'exposé des symptômes de la maladie. Si nous sommes amenés chemin faisant, à quelques digressions de ce genre, ce ne

sera qu'en passant et pour des points directement en rapport avec notre sujet.

Que notre excellent maître, M. le Dr Bucquoy, dont l'enseignement aussi élevé que pratique nous a donné l'idée de ce travail, veuille bien accepter l'expression de notre reconnaissance. Nous prions aussi M. le DrMillard, d'agréer tous nos remercîments pour ses bienveillants conseils. Enfin, nous devons et nous payons avec plaisir un tribut de gratitude à tous les amis que nous avons mis à contribution.

QUELQUES MOTS D'HISTORIQUE. — EXPOSITION DU SUJET.

Nous n'avons pas la prétention de faire après Sédillot et Trousseau l'histoire de l'opération de l'Empyème; cependant nous croyons devoir, dans l'intérêt de ce qui va suivre, exposer aussi rapidement que possible les vicissitudes qu'elle a subies.

Les anciens, qui ont parfaitement connu la pleurésie purulente, désignaient sous le nom d'empyème, l'épanchement de pus dans la cavité pleurale; plus tard, cette dénomination d'empyème fut abusivement étendue aux autres collections liquides des plèvres, sang, sérosité, etc. L'incision destinée à donner issue aux liquides épanchés fut l'opération de l'empyème; et l'on dit même abréviativement « faire l'empyème. »

Nous préférons, pour notre part, employer une expression qui désigne nettement l'incision de la plèvre et ne s'applique qu'à elle seule, sans confusion possible; aussi, adoptons-nous volontiers le mot de *pleurotomie* proposé par M. le Dr Peyrot dans sa thèse inaugurale (1).

(1) Peyrot.Etude expérimentale et clinique sur la pleurotomie. Thèse de Paris, 1876.

Chose remarquable, Hippocrate a tracé admirablement le mode opératoire de la pleurotomie ; seulement il différait dans les premiers jours l'incision large de la plèvre elle-même, se contentant d'ouvrir les parties molles et de ponctionner l'espace intercostal. Il n'a pas omis en revanche les soins consécutifs et recommande des injections de vin et d'huile. Il considérait l'empyème comme une collection purulente ordinaire ; cette idée féconde s'obscurcit un peu par la suite, mais l'opération ne tomba pas en désuétude pour cela. Bien que privée souvent du secours si nécessaire des lavages consécutifs, elle était au siècle dernier dans la pratique d'un certain nombre de chirurgiens. Mais ses résultats, trop rarement heureux dans de telles conditions, la font abandonner presque entièrement au commencement de ce siècle.

Elle est proscrite et dans quels termes, par Corvisart et Heister !

« L'opération dans le pyo-thorax, procure même rarement un soulagement éphémère, et elle hâte dans tous les cas la mort des malades. »

Ainsi s'exprime Corvisart (1).

Heister (2) va plus loin encore : « Cette opération, dit-il, est toujours très-dangereuse, et il est à peine possible que les malades ne meurent pas pendant qu'on l'exécute ou immédiatement après. »

Franchement, il est permis de se demander si cet auteur avait fait ou seulement vu faire l'*opération si terrible* contre laquelle il lance un tel anathème.

Cependant le merveilleux génie de Laennec, en créant l'auscultation, ouvrait un nouvel horizon au diagnostic et

(1) Corvisart. Essai sur les maladies du cœur, p. 39.
(2) In Sédillot. De l'opération de l'empyème, 1841, 2e édit., p. 120

au traitement des affections de poitrine, et peu après, Bretonneau et Trousseau remettaient en honneur l'ouverture de la poitrine par large incision. Mais bien des esprits demeurent indécis.

Une discussion sur l'empyème s'ouvre à l'Académie de Médecine en 1836, et laisse la question pendante.

Pendant longtemps d'ailleurs, la plupart des praticiens, préoccupés surtout d'éviter l'entrée de l'air dans la plèvre, s'en tiennent au trocart et à la méthode de Reybard.

La thèse d'Attimont en 1868 (1) fixe pour ainsi dire la fin de cette période.

L'appareil aspirateur de Dieulafoy, plus facile à manier que celui de J. Guérin, plus ancien il est vrai, procure la certitude du diagnostic et double l'assurance des opérateurs. En France et à l'étranger, la pleurésie purulente est vigoureusement attaquée. On cherche partout à mieux traiter une maladie désormais plus promptement reconnue. Les méthodes thérapeutiques se multiplient : drainage, ponctions aspiratrices répétées, canules à demeure, lavages perfectionnés avec le siphon du professeur Potain, etc., etc.

Il semble que la pleurotomie n'ait plus de raison d'être et l'on va pouvoir s'en passer. Mais il n'en est rien, et l'incision de la plèvre reste en définitive comme par le passé, la suprême ressource, lorsqu'ont échoué les autres procédés.

Quand faut-il y avoir recours ? Voilà, à notre avis, le le point capital du traitement de la pleurésie purulente. L'opération, en elle-même, ne présente pas de grandes difficultés ; pour ce qui est des soins consécutifs, nous

(1) Attimont. De la paracentèse dans la pleurésie purulente. Thèse de Paris, 1868.

sommes, grâce aux progrès de la chimie moderne, richement pourvus d'agents modificateurs aussi puissants que variés, mais nous sommes moins bien fixés sur le moment d'agir et cependant l'opportunité d'une intervention chirurgicale est peut-être le plus important de tous les éléments de succès.

Aussi l'Académie de Médecine consacre plusieurs séances à cette importante question, en mai et juin 1872; mais il n'en sort rien de décisif et Sédillot constate que la question de l'empyème doit être étudiée sérieusement, en se gardant de toute exagération et en recherchant les indications et contre-indications de cette opération si grave. (Séance du 25 juin 1872.)

Depuis lors, le mémoire classique de M. Moutard-Martin, publié en 1872, la thèse si remarquable de M. Peyrot, soutenue en 1876, de nombreux travaux parus à l'étranger, ont éclairé le sujet. Citons en terminant une revue critique fort intéressante de M. Homolle, sur le traitement de la pleurésie. (1)

Mais il existe encore bien des contradictions, bien des divergences d'opinion, ainsi qu'on le verra dans la suite de ce travail. N'est-il donc pas possible de s'entendre?

M. le Dr Bucquoy, notre maître, a consacré, en 1880, deux de ses leçons cliniques de l'hôpital Cochin au traitement de la pleurésie purulente.

La netteté de quelques principes qu il a exposés nous a vivement frappé, et nous avons cru voir qu'il était peut-être possible de préciser davantage les conditions où le bistouri doit ou non intervenir dans le pyo-thorax.

Voici le plan que nous nous proposons de suivre :

Nous nous supposerons d'abord placé devant les cas

(1) Homolle. Revue des sciences médicales. 1879 et 1880.

bien déterminés, où quelque complication nous paraîtra rendre plus justifiable l'emploi de la pleurotomie.

Cette marche est en apparence peu logique et peu conforme aux préceptes de Descartes; nous ne procédons pas en effet du simple au composé ; mais nous croyons y trouver cet avantage, qu'après avoir montré les bienfaits de l'opération dans des circonstances parfois désespérées, il nous sera plus facile de spécifier les conditions de son emploi dans les cas ordinaires, où son utilité pourrait sembler plus contestable au premier abord.

Nous étudierons ensuite les contre-indications et nous terminerons par quelques pages de statistique, suivies de conclusions sommaires.

CHAPITRE PREMIER

LA COLLECTION PURULENTE PLEURALE VIENT FAIRE SAILLIE A L'EXTÉRIEUR — EMPYÈME DE NÉCESSITÉ.

Dans un certain nombre de pleurésies purulentes abandonnées à elles-mêmes, la nature cherche à produire une fistule thoracique. On sait comment les choses se passent alors.

Les phénomènes généraux et locaux plus ou moins intenses du début, si ce dernier a été aigu, se sont en grande partie amendés, le malade a pu même parfois quitter son lit; mais il garde de l'oppression, la marche est difficile; les pieds s'œdématient parfois, l'appétit renaît à peine ; le teint est jaune, terreux, le facies s'amaigrit de jour en jour, enfin un mouvement fébrile à retour vespéral, accompagné de sueurs nocturnes, tourmente le patient.

Du côté de la cage thoracique, immobilité dans l'acte respiratoire, ampliation plus ou moins prononcée du côté malade; d'autres fois, il peut exister déjà si la pleurésie tend à se localiser, une rétraction partielle.

Mais, dans une région de la poitrine, sur sa paroi antérieure, sous la clavicule, en dehors ou en dessous du mamelon, plus rarement en arrière, les côtes semblent se projeter davantage en dehors et une voussure circonscrite se dessine peu à peu.

La peau reste encore normale, mais le tissu cellulaire s'infiltre dans ce point ; plus tard, la tuméfaction proémine de plus en plus, la peau devient adhérente anx couches profondes, une fluctuation chaque jour mieux accusée montre qu'une collection liquide cherche sa voie au dehors. Son origine profonde est parfois indiquée par la réductibilité et la tension de la tumeur pendant la toux et les efforts. Enfin la peau rougit, et, si l'on n'intervient pas, il se fait un pertuis par où s'écoule une quantité considérable de liquide purulent, quantité toujours disproportionnée avec le volume de la tuméfaction.

Ce dernier détail seul doit donner à penser que cette ouverture spontanée, toujours petite, est insuffisante eu égard au contenu qui tend à s'échapper au dehors. Il faut agir, et, sur ces cas, il y a si peu d'hésitation dans la science qu'ils ont reçu depuis longtemps la qualification *d'empyème de nécessité*. Il n'y a plus à se préoccuper de l'entrée de l'air dont s'inquiétaient si fort les anciens chirurgiens. L'ouverture est imminente et se fera forcément, il y a tout à gagner à en avancer l'époque.

Nous ajouterons qu'il faut inciser là où pointe la collection purulente, bien que ce soit souvent dans les régions supérieures de la cage thoracique. Il ne manque pas de faits dans lesquels, au milieu de circonstances semblables,

une incision plus déclive ayant été préférée à l'empyème de nécessité, la fistule se compléta néanmoins par la suite.

M. Moutard Martin ne pouvait omettre de parler du cas qui nous occupe, mais ce n'est qu'en passant et par manière d'acquit, la chose ne méritant pas discussion en quelque sorte; il se contente de recommander de ne pas trop attendre ce qui peut compromettre tout le succès.

Quant à la manière d'intervenir, nous pensons qu'il faut une large ouverture et non pas une simple ponction au point culminant de la tumeur, fut-ce avec un bistouri.

Nous avons trouvé dans la clinique d'Andral (1) la relation d'un fait où cette dernière opération fut suivie du plus fâcheux résultat.

Voici le résumé très succinct de ce cas, avec les réflexions pleines de sens du grand clinicien.

Observation I. — Empyème de nécessité. — Ponction au bistouri.

Il s'agit d'une femme de 55 ans, malade depuis deux mois (fluxion de poitrine au début). Elle entre à la Charité le 18 juillet 1820.

Le côté gauche de la poitrine était sain, mais à droite le bruit respiratoire, quoique partout nettement entendu, paraissait très faible.

17 juillet. Il ne s'entend plus. Saignée de douze onces, vésicatoires.

Le 29. Outre l'infiltration des jours précédents, on observa au-dessous de la clavicule droite un gonflement qui s'étendait jusque près de la mamelle.

Progrès de la tumeur les jours suivants, puis fluctuation évidente.

16 Août. Un bistouri y fut plongé, donnant issue à une quantité énorme de pus.

Mort quatre jours après.

(1) Andral. Clinique médicale, t. IV, p. 464 et suivantes, 3e édit 1834

Dans les remarques dont il fait suivre cette observation, Andral s'exprime ainsi : « Dès que l'abcès sous-cutané eût été artificiellement ouvert et que le pus contenu dans la plèvre commença à couler à l'extérieur, la malade dépérit avec une effrayante rapidité ; de sorte que dans ce cas, ce qui semblait être une voie de guérison préparée par la nature, devint au contraire une cause de mort plus prompte. » (loc. cit. pag. 467).

Et il ajoute plus loin : « Nous croyons devoir rapprocher de ce fait deux autres cas d'épanchement pleurétiques dans lesquels le liquide amassé dans la plèvre s'est également frayé une route au dehors avec un ensemble de circonstances semblables. Ainsi, dans ces deux cas comme dans celui que nous venons de citer, un abcès se forme entre les côtes et la peau ; il fut également ouvert, mais, «d plus, on pratiqua une véritable *opération de l'empyème* et les malades guérirent. »

Le premier cas surtout est aussi démonstratif que possible ; c'était un jeune Italien âgé de 15 ans ; on fit d'abord une petite incision ; pendant sept mois, consomption lente. Enfin incision véritable et guérison cinq mois après l'empyème.

La première observation (observation X) que l'on trouvera à part à la fin de ce travail est celle d'un homme de 39 ans, vigoureusement constitué, qui entra à l'hôpital pour une pleurésie hémorrhagique, en apparence accidentelle. Celle-ci devint purulente ; après plusieurs ponctions suivies bientôt de lavages, il parut assez bien guéri pour être envoyé à Vincennes ; il ne tarda pas à revenir plus souffrant ; une tumeur se formait au niveau des dernières fausses côtes, latéralement, du côté de la pleurésie. Cette situation trop déclive par rapport au lieu d'élection de l'empyème, empêcha de pratiquer cette opération et le

médecin se contenta d'une simple incision pénétrant jusqu'au foyer sous-cutané, par l'intermédiaire duquel se vidait le pus renfermé dans la cavité pleurale.

L'écoulement étant intermittent et insuffisant, il fallut dilater l'orifice de communication entre les deux foyers extrà et intrà thoraciques ; finalement le malade succomba assez brusquement à une affection du poumon opposé.

L'autopsie démontra une tuberculose au début de son évolution, paraissant acquise. Si la situation du foyer extrà pleural avait été plus élevée et avait permis d'emblée la large incision de l'espace intercostal lui-même, peut-être la vie de ce malade aurait-elle été prolongée davantage.

Quoi qu'il en soit, nous ne croyons pas devoir insister plus longtemps sur un point accepté de tous et plaider inutilement une cause gagnée d'avance.

Nous dirons donc que la présence sous la peau, au cours d'une pleurésie purulente reconnue, d'une collection fluctuante en communication avec la cavité pleurale est une indication absolue d'une large incision de l'espace intercostal, de la pleurotomie en un mot.

Bien qu'il n'entre pas dans le plan de ce travail d'insister sur le manuel opératoire non plus que sur les soins consécutifs, nous devons, il nous semble, faire entendre une fois pour toutes, et dès maintenant, en quoi consiste essentiellement l'opération de l'empyème pour les maîtres qui nous l'ont fait connaître et pratiquer.

Hippocrate ne voyait dans l'empyème qu'un abcès profond qu'il était nécessaire de traiter de la même façon que les autres. Or, comment nos maîtres en chirurgie réalisent-ils journellement le traitement des collections purulentes?

1° Une *large incision* est destinée à assurer une issue facile au pus. Dans le cas particulier de la pleurotomie, il

faut procéder couche par couche. Nous n'avons pas à démontrer ici les avantages de cette manière d'agir.

2° Un *tube à drainage* maintient le libre écoulement des liquides. Les drains ordinaires peuvent suffire, surtout si l'on en applique deux ou trois que l'on maintient réunis parallèlement par des fils (Moutard-Martin, Peyrot) ; mais cependant, lorsque dans certains cas la rétraction thoracique commence à se produire, le resserrement des espaces intercostaux qui en est la conséquence peut effacer plus ou moins le calibre de ces tubes trop mous, ce qui constitue un obstacle mécanique permanent pour la facilité des irrigations pleurales. Dans le service de M. Bucquoy, on fait usage, avec les meilleurs résultats, de ces tubes en caoutchouc rouge vulcanisé, à extrémité mousse, et pourvus d'un œil latéral dont on se sert en guise de sondes uréthrales. Malgré l'épaisseur de leurs parois suffisantes pour les empêcher de s'affaisser, ils ont une consistance demi-molle (1) qui les fait tolérer sans peine par la plèvre. Dans ces conditions, une seule de ces sondes enfoncée dans la cavité pleurale convient parfaitement et les lavages sont toujours praticables, Quand le kyste revient sur lui-même, l'extrémité éveille parfois un peu de douleur par son contact avec le poumon en voie d'expansion, il suffit alors de retirer un peu le tube et de couper quelques centimètres de la partie désormais en excédant à l'extérieur de la poitrine.

(1) Il est en effet de la plus haute importance de ne pas faire usage de tubes dépourvus de souplesse. « Frantzel a vu chez un sujet qui mourut de dysentérie dans le cours du traitement d'un empyème, une *perte de substance* de la plèvre et des couches superficielles du poumon située dans le point correspondant à l'incision et manifestement produite par l'extrémité d'une sonde trop rigide. » Homolle, loc. cit., p. 340.

3° Des *injections appropriées* modfient les parois et désinfectent leurs produits.

Telle doit être, dans ses traits fondamentaux, la ligne de conduite à suivre dans l'emploi de la pleurotomie.

CHAPITRE II.

DES ACCIDENTS INFLAMMATOIRES SE PRODUISENT SUR LE TRAJET DE PONCTIONS ANTÉRIEURES OU AUTOUR D'UNE CANULE PLACÉE A DEMEURE.

Dans ces cas, le malade a subi déjà un traitement quelconque.

Le plus souvent, le médecin se propose d'amener l'effacement graduel de la cavité pleurale par des ponctions réitérées à des dates plus ou moins rapprochées. Comme il n'est malheureusement pas toujours possible de varier autant qu'il le faudrait le point où l'on agit, l'espace intercostal subit parfois, à des intervalles peu éloignés et dans une étendue souvent trop restreinte, une série de petits traumatismes qui irritent à la longue le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire. Tel est le mode de production de ces abcès qui peuvent modifier du tout au tout le plan thérapeutique.

Ailleurs, c'est une canule établie en permanence comme en nécessite par exemple l'ingénieux procédé du siphon de M. le professeur Potain ; s'il se fait de la suppuration au voisinage, c'est que l'instrument a joué le rôle de corps étranger.

De tels accidents n'étaient pas rares au temps de la canule de Reybard, dont le calibre était moins facilement supporté par les tissus que les fines aiguilles de nos appareils aspirateurs actuels. Il arrivait même avec l'instrument de Reybard ce qui ne doit plus guère se présenter aujourd'hui (du moins à notre connaissance), à savoir que le trajet créé par le trocart restant béant dans ses parties profondes, le pus s'infiltrait ainsi directement de la plèvre dans les espaces intercostaux, amenant la formation plus ou moins rapide d'un abcès pariétal.

« L'établissement d'un trajet fistuleux après la thoracentèse avec ou sans injections, était presque la règle, » dit M. Moutard-Martin (loc. cit.).

Pour être plus rares avec les ponctions capillaires, ces accidents ne laissent pas que de se produire de temps en temps. Nous nous rappelons avoir vu, au début de nos études médicales, un fait bien remarquable à cet égard.

C'était en 1872, dans le service de M. Bucquoy, un sergent de ville atteint de pleurésie purulente était très heureusement traité par des ponctions capillaires fréquemment renouvelées. Le kyste pleural ne fournissait plus qu'une quantité assez minime de pus, lorsque, après la trente-sixième ponction, il se forma dans la paroi thoracique un abcès qui nécessita la pleurotomie.

La guérison du malade s'acheva d'ailleurs rapidement; mais une fistule persistait encore en 1874 ou 75.

Il ne faudrait pas croire cependant que ces lésions inflammatoires se produisent toujours aussi facilement. Nous verrons, dans une observation très remarquable de M. le Dr Gimbert, de Cannes, dont nous donnons plus loin le résumé, qu'il chercha vainement à plusieurs reprises à provoquer la formation d'une fistule pour décider les parents à accepter une pleurotomie urgente et constamment

refusée. Il eut beau employer à plusieurs reprises des fils métalliques fins, des canules capillaires et même de minces tiges de laminaire qu'il abandonnait plusieurs heures au lieu de la ponction, jamais il ne put atteindre le but qu'il se proposait.

Nous nous supposerons en présence de cette complication effectuée. Que faut-il faire?

Si l'on ne croit pas devoir agir trop énergiquement et si d'ailleurs rien ne presse, ni dans l'état général ni dans l'état local, nous proposons d'imiter la conduite de M. le professeur Laboulbène (1),

Il obtint la guérison sans empyème d'une enfant de 7 ans, en la traitant par la dilatation de l'orifice résultant d'une thoracentèse antérieure et l'introduction d'un gros tube de caoutchouc (observation VII du Mémoire de M. Moutard-Martin).

Mais si la sortie du pus est difficile et par conséquent intermittente, si la fistule est tortueuse et non pas droite, ne sont-ce pas là un peu les conditions de l'empyème de nécessité que nous venons d'étudier dans le précédent chapitre.

On fera bien alors de ne plus hésiter et de ne pas attendre que le pus prenne de l'odeur sous l'influence de la pénétration de l'air dans la cavité pleurale où il va stagner; on fera bien surtout de ne pas attendre les phénomènes généraux qui, d'ailleurs, ne tardent guère à survenir dans ces conditions d'infection, et l'on ne craindra pas de pratiquer une incision largement ouverte et suivie des précautions d'usage en pareil cas.

Dans d'autres circonstances, les accidents sont moins sérieux; c'est un emphysème plus ou moins étendu, c'est

(1) Laboulbène. Bull. de thér., 15 février 1872.

de l'érysipèle, c'est un décollement au voisinage de la région intéressée. Il n'y a peut-être pas lieu de se presser autant dans ces cas là, tant que l'état général n'est pas influencé et que l'écoulement du pus paraît suffisant malgré son intermittence.

M. Peyrot, dans une observation de sa thèse, raconte que la malade, lorsqu'il l'opéra, présentait une rougeur érysipélateuse de toute la région dorsale et n'en guérit pas moins.

Ainsi donc, il faut ne pas craindre d'opérer de bonne heure et savoir en même temps qu'il n'est jamais trop tard pour intervenir.

CHAPITRE III.

LE PUS RENFERME DES ÉLÉMENTS SOLIDES ET S'ÉCOULE INSUFFISAMMENT, QUELS QUE SOIENT LES MOYENS EMPLOYÉS.

Voilà un des points sur lesquels l'accord est le mieux fait entre les auteurs modernes.

Que le pus franchement séreux s'écoule facilement au dehors, c'est là le triomphe de la thoracentèse et des diverses méthodes de lavage sans ouverture large et sans introduction de l'air. Mais, que le liquide épanché dans la plèvre renferme des flocons albumineux, des détritus pseudo-membraneux ; que la pleurésie accompagnée de gangrène de l'écorce du poumon ait entassé dans les culs-de-sac de la séreuse des débris de tissu pulmonaire sphacélé ; qu'un grand kyste hydatique de la face convexe du foie ait fait irruption dans la cavité pleurale; que, dans une pleurésie purulente simple, il se soit produit une hémorrhagie;

autant de circonstances dans lesquelles il est impossible d'obtenir autre chose qu'une amélioration passagère, si l'on ne fait un libéral usage du bistouri.

Qui n'a présente encore à la mémoire cette hardie et décisive intervention de Nélaton qui sauva le professeur Dolbeau ?

Mais écoutons les maîtres après les avoir vus à l'œuvre.

Dans la discussion de l'Académie en 1872, Béhier dit que, dans un cas, il a pu, grâce à l'incision, faire sortir de la poitrine des paquets de fausses membranes putréfiées, dont le drainage et la thoracentèse eussent été incapables de débarrasser le malade.

Pour M. le Professeur Gosselin, le drainage de la plèvre est inférieur à l'opération de Potain qui ne laisse pas entrer d'air, mais il se hâte de reconnaître l'impuissance de ce traitement pour obtenir l'issue de fausses membranes.

Hérard est plus explicite encore ; après avoir posé en règle que les ponctions capillaires doivent précéder les méthodes plus compliquées : « Nous ne faisons qu'une exception, dit-il, c'est pour le cas où le liquide aurait de la peine à s'écouler par la canule du trocart et où le médecin soupçonnerait la présence de fausses membranes épaisses et gangrénées, de poches hydatiques, comme dans une remarquable observation de M. Moutard-Martin. Dans un cas pareil, une seule opération nous paraît indiquée, c'est l'incision de l'espace intercostal avec lavages de la plèvre. » (Académie de médecine, séance du 4 juin 1872).

Nous avons tenu à citer textuellement les paroles de M. Hérard, non-seulement pour la légitime autorité de son nom, mais aussi à cause de la netteté de son opinion.

M. Moutard-Martin n'est pas moins précis dans ses affirmations à cet égard. Il y revient à plusieurs reprises

dans le cours de son mémoire, tellement cette question en apparence subsidiaire a d'importance à ses yeux.

Il fait d'abord aux divers appareils de canalisation le grave reproche d'être sujets à se boucher facilement, sous l'influence des diverses productions plastiques que peut charrier le liquide purulent et de refuser alors tout service.

« C'est ainsi, écrit cet éminent clinicien, que j'ai vu des canules à demeure en caoutchouc, des drains, le tube thoracique du siphon de Potain se boucher, refuser tout service et les malades périr par la rétention du pus, par l'infection putride, si l'on ne vient à leur secours par l'opération de l'empyème. » (Page 116, loc. cit.)

Dans la huitième observation que publie cet auteur, on trouve noté « qu'au milieu du pus on voit sortir des masses fibrineuses denses, plus grosses que des *œufs de poule*, qui s'aplatissent en sortant, arrêtent momentanément l'écoulement du liquide et sont projetées par les efforts de la toux. » (Loc. cit. page 135.)

Ainsi donc, l'incision large de l'empyème peut quelquefois à peine donner issue à ces énormes lambeaux qui encombrent la plèvre malade; mais, au moins, une fois l'ouverture pratiquée, pourrait-on, s'il le fallait, aller chercher avec des pinces ces matériaux nuisibles qui forment de véritables corps étranger, susceptibles même de devenir de dangereux agents d'infection. Il a parfois été nécessaire de recourir à cet expédient.

Aussi, faisant allusion à sa huitième observation et aux deux autres cas où il rencontra des kystes hydatiques, M. Moutard-Martin se demande quel est le procédé opératoire qui pourrait produire l'évacuation de pareilles masses et, ajoute-t-il, « les trois malades n'étaient-ils pas voués à une mort certaine sans l'opération de l'empyème? »

En résumé, cette opération semble préférable souvent à tous les autres procédés d'évacuation, parce que, outre la facilité plus grande qu'elle donne pour les lavages et les injections, elle seule permet « l'issue de tous les produits morbides contenus dans la cavité pleurale, quels qu'en foient le volume et la nature. » (Loc. cit., page 137, Moutard-Martin.)

Dans une de nos observations (Obs. XV, Lefilleul), il se produisit après l'opération plusieurs hémorrhagies dans la cavité pleurale, dont les parois présentaient de nombreux petits bourgeons mous et très vasculaires. Les caillots accumulés dans les parties déclives avaient toutes les peines du monde à sortir par la plaie. Si cette complication était survenue avant la pleurotomie, celle-ci n'aurait-elle pas été rendue immédiatement nécessaire?

Nous donnons ici le résumé d'une observation de M. Gimbert de Cannes, observation fort instructive au point de vue de l'objet de ce chapitre.

Obs. II. — Pleuro-pneumonie chez un enfant de 11 ans, pleurésie purulente à la suite. — 74 ponctions capillaires. — Situation désespérée. — Empyème. — Guérison rapide après issue de débris membraneux.

Un enfant de onze ans, délicat et très lymphatique, contracte le 3 janvier 1874 une pleuro-pneumonie du côté gauche. La pleurésie persiste après la guérison de la pneumonie.

31 janvier. Première ponction pratiquée sur la ligne axillaire, dans le 6e espace intercostal. L'aspirateur Dieulafoy donne 1440 gr. de pus.

1er février. Signes de reproduction rapide du liquide.

2e Ponction, 1680 gr. de pus.

Le 2. 3e ponction. 1225 gr. de liquide purulent.

Nouvelles opérations les 3, 6, 9, 12 et 14 février; ce jour là on n'obtient que 325 gr.

Le 16. Aspiration suivie pour la 1re fois d'une injection alcoolisée au 1/20e.

Le 18. On retire 260 gr. de pus.

Le 19. 100 gr. seulement.

Le 20. Frisson. Nouvelle poussée aiguë. La ponction donne 250 gr. d'un liquide brunâtre, sanguinolent, fétide, chargé de *débris microscopiques de tissu cellulaire grangréné*. Il y avait là de toute évidence un obstacle à la cicatrisation pleurale.

« Nous allions avoir une putridité interne persistante et des phénomènes de résorption, si l'empyème ne se faisait. »

L'opération est refusée par la famille.

Du 21 février au 13 mai, on pratique 63 ponctions (74 en tout depuis le début de la maladie). On les faisait suivre de lavage à la teinture d'eucalyptus (2 à 3 cuillerées à soupe dans un litre d'eau) ; et on laissait cinquante grammes du mélange dans la plèvre. « L'appétit persistait, pour baisser : aussitôt que l'on remplaçait l'eucalyptus par l'iode, le perchlorure de fer ou une infusion de thé. »

On chercha à provoquer une fistule, en laissant au lieu de la ponction des fils de métal, des canules capillaires et de petites tiges de laminaria ; malheureusement rien ne put être supporté ; la peau s'enflamma bien à plusieurs reprises, mais il ne s'établit pas de fistule.

Au 13 mai, la situation était absolument déplorable ; un seul résultat avait été obtenu, l'enfant vivait et mangeait.

Enfin on peut pratiquer l'empyème le 14 mai ; une incision de *huit centimetres* faite dans le 8e espace donne issue à des flots de *débris membraneux*

Vigoureux lavages, siphon de Potain à demeure.

Le premier effet est la disparition de toute fétidité ; après quelques jours, une amélioration rapide s'ensuivait.

20 juillet, le siphon est retiré.

1er août, la plaie était cicatrisée. La respiration s'entendait partout, sauf au niveau de la cicatrice.

A la fin d'août, la cicatrice de l'empyème se rompt et il s'en échappe un flot de pus crêmeux. « Un abcès s'était formé derrière l'ancienne plaie dans la cavité occupée naguère par le siphon. » On aurait du laisser un drain.

Un petit drain est passé dans la fistule.

Lavages. Le tube à drainage est expulsé le 25 octobre et il est impossible de le réintroduire.

Depuis un an, la guérison s'est maintenue. (Publié dans le *Lyon médical* 1875 n° 45.)

« L'empyème, ajoute M. Gimbert, pouvait seul consommer la guérison, parce qu'aucune autre méthode chirurgicale ne facilite l'évacuation de ces corps étrangers. Les aiguilles de Dieulafoy ne pouvaient laisser passer que le pus, l'empyème supprimait d'un trait la cause infectante.

Ainsi donc ces deux méthodes, ayant chacune leur valeur, se sont complétées l'une par l'autre. »

Nous n'ajouterons rien aux réflexions de l'auteur de ce fait si concluant; il nous paraît même inutile d'insister plus longuement sur un point dont l'évidence est indiscutable, et nous conclurons en disant avec M. Homolle : « Dans toutes les pleurésies à épanchement putride, dans tous les cas où l'on a lieu de penser que la plèvre renferme soit des corps étrangers, soit des lambeaux mortifiés, de gros caillots ou des produits pseudo-membraneux en voie d'altération putride ou gangréneuse, l'indication de la pleurotomie est formelle. » (Revue des sciences médicales, article cité, tome 16, page 337.)

M. Moutard-Martin va peut-être un peu plus loin; « quand, dit-il, à la suite de la thoracentèse, on s'aperçoit que le liquide est floconneux, contenant des parties solides plus ou moins denses et volumineuses, il ne faut pas hésiter à avoir recours à l'opération de l'empyème avant que le malade ait été épuisé par d'autres moyens. »

Ainsi, le seul fait de ne pas avoir affaire à un liquide parfaitement homogène et fluide suffirait à légitimer l'emploi précoce de la pleurotomie, quand bien même l'évacuation se ferait tant bien que mal.

Nous nous permettrons ici de mettre en avant quelques légères restrictions fondées à la fois sur l'expérience et sur le raisonnement.

Dans notre douzième observation (Victorine Joré), on

voit une première ponction pratiquée le 6 avril ne donner issue qu'à une cuillerée de pus rousseâtre, sans odeur. La tige mousse introduite dans le trocart (n° 2, Dieulafoy) fait écouler encore quelques gouttes de liquide; on retire l'instrument et l'on reconnaît alors que l'extrémité de la canule naguère enfoncée dans la plèvre était oblitérée par un bouchon de pus concret mesurant au moins 1 centimètre de longueur et que l'on fit sortir au moyen de l'écouvillon. Une fois cet obstacle enlevé, de l'eau aspirée sans difficulté par l'aiguille, démontra clairement que l'appareil fonctionnait bien d'ailleurs.

Le 17 avril, une seconde ponction donna 250 gr. d'un pus bien lié, mais épais. L'écoulement a été difficile et il fut nécessaire d'écouvillonner à deux ou trois reprises pour obtenir cette faible quantité.

La malade n'a pas eu besoin de nouvelles ponctions; elle a résorbé le peu de liquide purulent qui persistait dans le kyste pleural et a pu sortir parfaitement guérie en apparence. En tout cas, l'état général était excellent et s'il persistait quelques signes locaux, tels que matité, absence des vibrations vocales, etc., la respiration s'entendait et l'on peut ne pas tenir compte des symptômes négatifs, si l'on se rappelle combien ce fait est fréquent après les pleurésies chroniques les plus authentiquement terminées.

Ne devons-nous pas d'ailleurs à M. Moutard-Martin lui-même de ne plus douter de la résorption des épanchements purulents de la plèvre? L'observation IV de son travail est un fait absolument démonstratif à ce point de vue.

Pourquoi donc notre maître n'a-t-il pas jugé à propos de pratiquer promptement l'empyème chez cette femme? C'est qu'il s'agissait d'une pleurésie tout à fait circonscrite, d'un petit foyer de pleurésie suppurée, d'où l'on ne pensait pas retirer plus de 500 gr. de liquide. Sans compter

sur le fait possible, mais assez rare après tout de la résorption rapide du pus, n'y avait-il pas tout avantage à attendre, pour voir la marche que suivrait la maladie? L'état général n'était pas menaçant et le pus n'offrait aucune mauvaise odeur. On avait l'espoir qu'en réconfortant et en tonifiant cet organisme, l'absorption qui s'exercerait sur une surface de faible étendue pourrait amener insensiblement l'effacement de la cavité pleurale. Et de fait, l'évènement montra que cette espérance était légitime et qu'une telle conduite était sage (1).

En étudiant plus loin les indications de l'empyème dans les pleurésies purulentes simples, nous insisterons davantage sur la nécessité qu'il y a de tenir compte avec soin des dimensions du kyste pseudo-pleural et de la quantité du liquide contenu. Cette considération si importante au point de vue d'une intervention paraît avoir peu préoccupé les auteurs jusqu'à présent.

Pour nous résumer et pour terminer cette longue discussion, nous dirons avec Béhier, Gosselin, Hérard, Moutard-Martin, Homolle, etc., qu'il y a indication formelle de la pleurotomie, lorsque le pus renferme des matériaux

(1) Nous trouvons ces idées exprimées avec quelque exagération à notre sens, par un auteur anglais, Wilks, qui après avoir très chaudement recommandé la large incision pour les adultes, fait les réserves suivantes à propos des enfants. « Souvent chez les enfants, il arrive que de grandes quantités (*sic*) de pus collectées dans la plèvre sont par la suite entièrement résorbées; de sorte que le poumon n'est en définitive pas altéré. Dans de telles conditions, l'incision pourrait être suivie de mauvais résultats et entraîner un affaissement irréparable du poumon. » (The Lancet, tome II, page 625, 1875).

C'est peut-être pousser un peu loin la confiance dans la puissance d'absorption de la plèvre malade et la crainte des effets mécaniques de la guérison d'une pleurésie traitée par l'empyème, Nous avons tenu néanmoins à faire connaître cette citation dans son intégrité.

solides, que ceux-ci soient putrides ou simplement encombrants.

A côté de la règle, l'exception ; si l'on est en présence d'une pleurésie très circonscrite, avec un pus inodore et un état général satisfaisant, mieux vaut attendre dans ce cas ; l'observation clinique nous enseigne, en effet, que de telles collections sont susceptibles de se terminer très souvent par vomique, très rarement par la résorption du liquide purulent.

Note. — L'asphyxie ne constitue pas à nos yeux une indication de l'incision intercostale ; lorsque dans une pleurésie purulente, la dyspnée, dépendant de l'abondance du liquide, est telle qu'il y a urgence d'agir, nous pensons qu'il ne serait ni sage ni prudent de désemplir la cavité pleurale aussi brusquement que le fait l'opération de l'empyème. Avec des aiguilles aspiratrices d'un calibre suffisant, au besoin à l'aide de la canule de Reybard, on sera presque certain d'obtenir l'écoulement du liquide. Que si pourtant les choses ne se passaient pas ainsi, le cas rentrerait dans les conditions de notre chapitre troisième et l'on pourrait être contraint de pratiquer une pleurotomie d'urgence. Pour éviter la déplétion trop rapide de la plèvre, on ferait bien alors de ponctionner d'abord l'espace intercostal au bistouri, avant de l'inciser sur une longueur plus ou moins considérable.

CHAPITRE IV.

DES PHÉNOMÈNES D'INFECTION PUTRIDE SE PRODUISENT.

Dans les plaies pénétrantes de poitrine, lorsque du sang épanché dans la cavité pleurale ouverte à l'entrée de l'air reste plus ou moins stagnant et se mélange aux produits divers fournis par l'inflammation consécutive au traumatisme, il est presque de règle de voir les liquides qui s'échappent de la plaie contracter une odeur d'une fétidité repoussante, qu'ils conservent jusqu'à la mort, si l'on n'intervient pas à temps. Les caillots putréfiés, ainsi que la sérosité et le pus, fournissent en présence de l'air des matériaux putrides dont la résorption entraîne promptement une issue fatale.

Lorsque, dans le cours d'une pleurésie purulente traitée par des moyens autres que l'incision, des manœuvres maladroites ou l'imperfection des instruments ont permis l'accès de l'air dans la plèvre, parfois aussi, lorsqu'une fistule pleuro-pulmonaire s'est produite, le pus jusqu'alors inodore peut changer de caractère ; d'abord simplement doué d'une odeur sulfhydrique ou alliacée, il devient plus tard franchement fétide ; souvent c'est la puanteur nauséeuse de la macération anatomique ; mais il est rare qu'il atteigne dans ces cas l'épouvantable fétidité gangréneuse des plaies pénétrantes. En même temps, l'état général du malade se modifie du tout au tout. Le teint devient plus jaune encore et se plombe ; l'amaigrissement est rapide. Plus d'appétit, soif vive par contre. Diarrhée

fétide et dificilement coercible. Enfin et surtout petits frissons répétés, parfois assez violents, principalement le soir, et la nuit, sueurs profuses.

Ce sont exagérés et rapidement développés, les symptômes ordinaires aux malades dont l'économie crée du pus quelque part. Mais ce qui est, en quelque sorte, la caractéristique de ces accidents, et ce qui montre bien qu'ils sont en rapport avec l'état des liquides purulents, c'est qu'il n'y a qu'à modifier ceux-ci par un traitement approprié pour voir s'amender cet appareil symptomatique si alarmant.

Nous n'avons pas à discuter ni à démontrer si c'est bien l'influence de l'air qui entraîne tous ces accidents en altérant un pus en stagnation. Mais à voir comment les choses se passent le plus ordinairement, cela paraît bien probable ; soit que le fluide atmosphérique provoque la formation dans les liquides pleuraux de composés chimiques mal définis, mais toxiques,plus ou moins analogues aux ptomaines ou alcaloïdes cadavériques ; soit que, simple véhicule, il introduise des germes d'organismes inférieurs dans un milieu favorable à leur développement. Cliniquement, la marche des accidents se rapporterait plutôt à la seconde hypothèse. Il y a là des points du plus haut intérêt, sur lesquels l'évolution de la science ne tardera pas sans doute à jeter la lumière.

Mais hatons-nous de rentrer dans le vif de notre sujet. Indépendamment des faits dont nous venons de parler, et qui sont de beaucoup les plus fréquents, on rencontre certaines pleurésies qui, en dehors de tout conflit avec l'air extérieur, présentent un pus de mauvaise odeur et un ensemble symptomatique voisin de celui de l'infection putride.

Laissons de côté, pour l'instant, ces épanchements an-

ciens qui semblent se décomposer *in situ* et dont la ponction fournit un liquide purulent mêlé de gaz fétides; nous nous en occuperons au chapitre suivant en étudiant le pyo-pneumothorax au point de vue des indications de la pleurotomie. Mais, dans ces pleurésies assez bien connues aujourd'hui qui s'accompagnent de gangrène superficielle du poumon, avec des phénomènes généraux graves, ne trouve-t-on pas souvent d'emblée un pus plus ou moins infect, sans qu'il y ait lieu de soupçonner la moindre communication entre l'air et la cavité pleurale. Il semble que dans ces faits la nature gangréneuse de l'inflammation ait immédiatement donné au pus le caractère septique qu'il est susceptible de prendre d'autres fois au contact de l'air extérieur. Ce dernier cas est le plus commun, et c'est ordinairement dans une pleurésie en cours de traitement que l'on voit se produire à la fois et la putridité des liquides et l'état général si sérieux que nous avons décrit.

Il ya donc une sorte de *septicémie pleurate*. Ce mot qu'emploie M. Peyrot dans sa thèse nous paraît tout à fait acceptable et mérite à notre avis d'être conservé pour la netteté de sa signification plus précise que la dénomination vague d'infection putride, qui ne comporte pas suffisamment l'idée d'une altération du sang par les produits septiques provenant de la plèvre.

Ces produits ou principes septiques, nous ne les connaissons pas encore; quels sont-ils au juste? Poisons chimiques ou microbes, peu nous importe; mais nous en constatons les funestes effets, mais nous savons où ils prennent naissance et il nous est heureusement possible de les combattre en agissant sur leur source, en modifiant les parois du kyste pleural au préalable bien évacué de son contenu.

Inciser donc et inciser largement, puis laver avec des liquides antiputrides ou antiseptiques, telle est la conduite à suivre.

Les anciens chirurgiens avaient trop oublié les règles tracées par Hippocrate, qui recommandait des lavages faits avec du vin et de l'huile; aussi, se bornant à l'opération, sans faire plus, voyaient-ils souvent le résultat définitif déjouer leurs efforts, là est un peu la cause du discrédit où était tombé l'opération de l'empyème à la fin du siècle dernier. On redoutait par-dessus tout la présence de l'air au contact de la plèvre. Ce n'est pas la libre entrée de l'air qu'il faut craindre, mais bien plutôt son défaut de circulation à cause d'un orifice étroit.

Il y avait là une erreur grave d'appréciation que Sédillot relève parfaitement dans les termes suivants : « La chirurgie paraît méconnaître certaines indications capitales pour se préoccuper des conditions secondaires, au nombre desquelles nous plaçons par exemple l'introduction de l'air (1). » « La putridité est bien plus le fait de la stagnation du pus que de la présence de l'air. » (Gendrin.)

L'écueil des méthodes destinées à mettre à l'abri de l'entrée de l'air, est précisément de le laisser quelquefois pénétrer dans une cavité d'où il ne peut trouver issue librement. Il faut voir comment Sédillot fait le procès de la méthode de Reybard : « L'air pénètre bientôt le long de la canule dans la poitrine, altère le pus, et des inflammations ulcéreuses, gangréneuses, des infections purulentes et putrides deviennent les causes rapides d'une terminaison funeste » (2).

(1) Contribution à la chirurgie, t. II, p. 512.
(2) Sédillot. Loc. cit.

L'ingénieux procédé de lavage au moyen du siphon, dû à M. le Professeur Potain est passible de la même critique, et M. Hérard, dans la discussion académique de 1872, s'est exprimé ainsi à son égard : « Le siphon de Potain s'oppose d'abord à l'entrée de l'air, mais plus tard le trajet fistuleux se dilate et l'air finit par entrer. »

La conclusion, c'est qu'il ne faut guère compter sur les diverses méthodes de lavage à l'abri de l'air pour conjurer les accidents de la septicémie pleurale ; l'empyème largement pratiqué, voilà le seul remède, l'empyème, « opération excellente que l'on ne doit pas employer d'emblée, mais à laquelle il faut toujours avoir recours, le jour où l'on voit les canules, le drainage, le siphon devenir impuissants à conjurer les accidents putrides. » (Moutard-Martin, loc. cit.)

Nous oserons aller plus loin, et nous dirons que lorsque la simple ponction donne un liquide franchement fétide, il vaut mieux opérer immédiatement, s'il y a en même temps un état général sérieux. La putridité, voilà pour notre excellent maître M. Duguet, l'indication capitale de la pleurotomie. En effet, on perdra du temps à recourir à des moyens moins radicaux ; on remédiera peut-être momentanément aux accidents, mais ils reparaîtront à plusieurs reprises. Pendant ce temps, les forces du patient déclineront de plus en plus, et le jour où, décidément acculé dans une impasse, le médecin se résignera à l'opération de l'empyème, il la pratiquera sur un sujet épuisé et sur des parties malades depuis longtemps, et par conséquent moins susceptibles d'une prompte cicatrisation.

L'observation II de M. Peyrot est un bel exemple de succès de la pleurotomie dans un cas de septicémie pleurale (décomposition putride de l'épanchement sans fistule). «Ce

pus était tout à fait séreux, note l'auteur, il était doué d'une puanteur très marquée, que je compare à celle de la chair macérée ou à une odeur de chien très forte. » Il y eut une guérison tout à fait complète sans fistule.

Nous avons trouvé, dans les Archives de Médecine de 1875, une observation fort intéressante de M. le Professeur Lasègue, où la ligne de conduite que nous nous efforçons de justifier fut mise en pratique avec le plus heureux succès.

En voici le résumé tout à fait succinct.

Obs. III. — Pleurésie purulente gauche. — Thoracentèse. — Reproduction. — Empyème. — Guérison.

Jard, âgé de 27 ans, détenu à la Santé.
14 avril 1875, thoracentèse blanche.
Le 16. 1re thoracentèse utile (3 litres de pus couleur purée de pois).
Le 26. *Frisson* qui dure une demi-heure.
Le 27. *Deux frissons*. 39° le soir.
Le 30. Opération de l'empyème. Tubes en caoutchouc; trois fois par jour, injections avec de la liqueur de Labarraque étendue pour corriger la *fétidité*.
Après diverses péripéties, au 18 août, le malade pouvait être considéré comme guéri. Il avait engraissé et le tube qui ne pénétrait plus qu'à 4 ou 5 centimètres sortait souvent spontanément.

Dans les réflexions dont le fait est suivi, il est dit que : « le jour où l'empyème a ouvert au pus une large issue, l'amélioration de la santé commence. » Deux fois il y a un arrêt dans l'écoulement du pus, deux fois l'état général s'en ressent immédiatement. Le retour à la santé marchait de pair avec l'écoulement du liquide purulent. Celui-ci stagnant, la fétidité reparaît aussitôt, la résorption se pro-

duit et le retour des accidents généraux en est la conséquence immédiate.

Dans sa thèse inaugurale, mon ami le Dr Denance (1), à propos d'un cas d'empyème après un pyo-pneumothorax traumatique, émet la réflexion suivante : « Nous avons souvent remarqué que, lorsque pour une raison ou pour une autre, les lavages n'*avaient pas été répétés*, l'état général et la température s'en ressentaient. »

M. Peyrot (2), en parlant de la terreur qu'inspirait l'infection putride aux observateurs des temps passés, s'exprime ainsi : « Ils ne connaissaient pas très bien la nature et la cause des accidents qu'ils redoutaient si fort, ils ne savaient pas surtout qu'il ne dépendait que d'eux-mêmes de les faire disparaître en fort peu de temps. »

Il nous semble inutile de fatiguer le lecteur de citations plus nombreuses, et de retarder davantage une conclusion qui s'impose.

Lorsque des accidents sérieux d'infection putride, de septicémie pleurale apparaissent nettement caractérisés par la fétidité du pus et un état général mauvais, il y a nécessité de pratiquer le plus tôt possible la pleurotomie, qui sera suivie d'injections antiseptiques fréquemment renouvelées.

(1) Denance. Contribution à l'étude de la septicémie pleurale. — Nouvelle indication de pleurotomie. Thèse de Paris, 1877, p. 31.

(2) Peyrot. Loc. cit., p. 60.

CHAPITRE V.

LA CAVITÉ PLEURALE RENFERME A LA FOIS DES LIQUIDES ET DES GAZ. — IL Y A PYO-PNEUMOTHORAX SANS FISTULE PULMONAIRE?

Il arrive quelquefois, pendant l'évolution d'une pleurésie purulente, que les signes physiques se modifient de manière à rendre évidente la présence de fluide gazeux dans la plèvre malade. Nous touchons là à une question encore en controverse et que nous ne saurions résoudre.

Est-il possible que des épanchements purulents de la plèvre subissent sur place une sorte de *décomposition putride*, en vertu de laquelle des gaz puissent prendre naissance et se collecter au-dessus du liquide?

M. Boisseau (1) a consacré un intéressant mémoire à l'étude du pneumothorax sans perforation. Peut-être serait-il possible d'incriminer parfois une ou plusieurs thoracentèses qui auraient antérieurement laissé pénétrer un peu d'air, mais dans les douze observations que cite cet auteur, il en est cinq où cette circonstance fait totalement défaut.

On pourra lire plus loin, dans ce chapitre, l'histoire d'une malade que nous avons observée l'année dernière dans le service de notre excellent maître, M. Bucquoy. Dans ce fait, des bruits amphoriques apparurent en dehors de toute opération et sans le moindre symptôme de fistule pulmonaire.

Ailleurs, on obtient même le bruit de flot par la succussion thoracique. De tels signes constituent, aux yeux de M. Peyrot, une indication urgente de la pleurotomie. Les

(1) Boisseau. — Archives de médecine, 1868.

observations I et II de sa thèse paraissent se rattacher aux faits que nous étudions actuellement. L'observation II a été déjà citée au chapitre précédent, à propos de la fétidité du pus. On se détermina à intervenir à cause de l'état général, et sur la constatation du bruit de fluctuation thoracique. Il n'y avait d'ailleurs ni souffle amphorique, ni tintement métallique, mais seulement un certain timbre résonnant du souffle, outre le bruit de flot. La guérison fut complète.

Ces faits se rapprochent évidemment de ceux de notre chapitre précédent (infection putride) ; mais il nous a paru indispensable de placer en vedette les signes de pneumothorax. En dehors de toute interprétation théorique, qu'il y ait ou non fistule pulmonaire, de tels signes ne sont-ils pas les indices de la décomposition du pus et par conséquent ne doivent-ils pas donner le signal d'agir ?

Nous pensons que la lecture du fait suivant ne peut que fortifier l'opinion que nous venons d'émettre.

Obs. IV (personnelle). — Pleurésie purulente. — Gangrène corticale du poumon. — Signes de pneumothorax. — Mort.

La nommée Taffoureau (Victorine), âgée de 48 ans. couturière, entre le 18 janvier 1880, dans le service de M. le Dr Bucquoy, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jean, n° 13.

Cette femme dont les parents sont morts jeunes encore n'a jamais été malade, paraît-il.

Réglée à l'âge de 16 ans, elle n'a jamais eu d'enfant, ni de fausse couche.

Elle croit avoir pris froid en balayant les neiges de sa cour pendant les jours rigoureux du commencement de janvier. Quoi qu'il en soit, elle éprouve le 14 janvier un frisson avec un point de côté à droite ; crachats sans caractères particuliers ; elle traîne quelques jours, puis se met au lit, mais elle est malade en somme depuis cette date du 14 janvier.

A son entrée, nous constatons l'état suivant : facies amaigri, teint jaune, terreux, œil terne ; peau sèche, pas d'appétit.

Dyspnée assez vive, peu de toux, pas d'expectoration, fièvre intense avec 120 pulsations et une température axillaire de 39°.

Dans le tiers inférieur du poumon droit, en arrière, matité presque complète avec œgophonie et absence de la respiration sans souffle. Pas de vibrations vocales. Au-dessus de cette zone dans une faible étendue, submatité, souffle respiratoire léger et légère exagération du frémissement thoracique pendant que la malade parle.

Rien aux sommets, quelques râles sous-crépitants à la base du côté opposé.

Diagnostic. Pleurésie aiguë à épanchement faible.

Traitement. 10 ventouses scarifiées sur le côté droit, chiendent nitré et potion avec acétate de potasse 2 grammes et teinture de digitale 0,75 centigrammes.

29 et 30 janvier. Peu de changement. L'état général est toujours sérieux ; la teinte terreuse de la face frappe de plus en plus, ainsi que la marche de la température qui présente une légère rémission le matin et une exaspération vespérale (39° environ) accompagnée de petits frissons.

35 à 40 respirations par minute.

Toujours pas d'expectoration.

L'on songe à la possibilité d'une *pleurésie purulente* d'emblée.

2 février. M. Bucquoy croit entendre ce matin de la toux amphorique dans le haut de l'aisselle, mais le phénomène est fugace et ne se reproduit pas facilement, soir 39°8.

Le 4. Cette fois il n'y a plus de doute ; la succussion fait entendre le bruit de fluctuation thoracique ; en même temps la toux amphorique est plus fréquemment perçue. Toujours pas d'expectoration. Resp. 46, Pouls 108 ; T. Ax. 37°,8, matin.

Les autres signes de pneumothorax manquent : mais les signes d'épanchement liquide persistent à la base. Etat général toujours aussi mauvais. Traitement tonique.

Le 6. On note ce matin une voussure avec ampliation manifeste du côté malade. Au-dessus de la zone de matité avec silence respiratoire qui occupe le tiers inférieur, la respiration est faible, le ton de percussion est élevé sans être franchement amphorique ; la toux en revanche présente toujours ce caractère ; mais la respiration ni la voix n'ont le timbre amphorique. Clapotement. Le tintement métallique et le bruit d'airain font défaut.

Le foie paraît abaissé et dépasse le rebord des fausses côtes ; le décuiqtus du côté gauche est rare et péniblement supporté.

Pyo-pneumothorax évident ; mais quelle en est la cause ? Est-il d'origine tuberculeuse ou est-il la conséquence d'une pleurésie purulente antérieure ? Quoi qu'il en soit, l'examen des sommets reste négatif et il n'y a pas de vomique.

Le matin du 6 février, la température est seulement à 37°, mais le pouls reste à 110. L'état général est de plus en plus fâcheux ; la peau est sèche, ridée et terreuse, l'émaciation a fait des progrès rapides. Un tel désaccord entre la marche de la maladie et les signes physiques impose l'idée d'une lésion probablement tuberculeuse et fait rejeter une intervention chirurgicale.

Potion avec café 120 gr. ; eau-de-vie 40 gr.

Soir, T. A. 38°, 4.

7 au soir, aggravation, resp. 48; pulsat. 120; T. Ax. 38°,6.

8 au matin, 36°; la malade s'éteint dans la journée.

Autopsie le 10, au matin. En perforant avec soin le 6e espace intercostal droit en avant, au dessus du mamelon, on ne perçoit pas d'échappement de gaz, malheureusement la ponction n'a pas été faite sous l'eau. En ouvrant d'autres espaces intercostaux, on constate au-dessous du poumon, à la partie inférieure de la cavité pleurale, un foyer enkysté renfermant au moins un litre de liquide purulent, crémeux, épais et fétide.

Pas de trace de fistule. La capacité du kyste est plus grande que le contenu qu'elle renferme.

Sur le poumon, au niveau de la limite supérieure du kyste pleural et en dehors de lui existe immédiatement au-dessous de la plèvre un foyer de la dimension d'un œuf de poule, très irrégulier, anfractueux, largement étalé sous la séreuse et ne poussant vers l'intérieur du parenchyme pulmonaire qu'un assez mince prolongement. C'est bien décidément une excavation creusée dans le poumon, car on voit à la coupe une zone de tissu condensé, sclérosé, entourant les parties malades et les séquestrant pour ainsi dire des tissus sains. Du reste, à l'intérieur, les parois émettent des prolongements villeux, entrecroisés, tout à fait semblables à ceux des excavations gangréneuses. Une membrane pyogénique commence à s'organiser dans presque toute l'étendue de la cavité.

Au-dessous de cette lésion, nous l'avons déjà dit, se trouve la région malade de la plèvre, remplie de pus et couverte aussi d'une fausse membrane jaune, pyogénique.

Au niveau de la partie moyenne du lobe inférieur du poumon droit, à 2

ou 3 centimètres au-dessous de la scissure interlobaire nous découvrons un nouveau foyer gangréneux, plus petit et paraissant également sans communication avec le parenchyme pulmonaire sain.

Pas de tubercules ni d'un côté, ni de l'autre. Le poumon gauche est, chose curieuse, remarquablement anémié.

Le cœur présente un épaississement très accusé de la valvule mitrale. Même lésion sur deux des sigmoïdes aortiques.

Rien à noter dans les autres organes.

Si l'état général de cette malade très grave dès l'abord, si son émaciation rapidement croissante, n'avaient pas presque forcément imposé l'idée d'une affection tuberculeuse et par conséquent le rejet d'uue opération inutile dans ces conditions, la pleurotomie pratiquée après une ponction préalable n'aurait-elle pas pu prolonger les jours de la malade, et peut-être même faire plus, en donnant le temps de relever ses forces.

Nous n'hésiterions pas, pour notre part, à intervenir activement dans un cas analogue. Que risque-t-on d'ailleurs ? Le malade est perdu, si on l'abandonne à l'évolution naturelle de la maladie; il succombera sans doute avant qu'une vomique ou qu'une fistule cutanée ait eu le temps de se produire. Notre malade est morte après vingt cinq jours de maladie confirmée. Même dans le cas où l'on aurait devant soi une affection tuberculeuse, on peut agir et les annales de la science renferment un certain nombre d'observations, où, dans des circonstances semblables, une opération trop hardie en apparence fut suivie de bons résultats. Nous le montrerons plus loin en étudiant les contre-indications de la pleurotomie.

Nous ne croyons donc pas trop nous avancer en formulant la conclusion suivante, nous plaçant au seul point de vue pratique et laissant de côté toute question de doctrine.

Lorsqu'une pleurésie purulente présentera, en même temps qu'un état général plus ou moins sérieux, des symptômes non douteux de pneumothorax sans apparence de fistule pulmonaire, il y a lieu d'assurer une libre issue au contenu de la cavité pleurale, au moyen de la pleurotomie.

CHAPITRE VI

IL Y A EN MÊME TEMPS PYOPNEUMOTHORAX ET FISTULE BRONCHIQUE.

Nous n'avons pas hesoin de faire remarquer que ce cas sera infiniment plus fréquent que le précédent. Peu nous importe que la fistule pulmonaire soit ou non consécutive à la pleurésie chronique et pour plus de simplicité, nous renvoyons au chapitre des contre-indications les faits de pyo-pneumothorax tuberculeux secondaires à la rupture de cavernes dans la cavité pleurale. En un mot, nous nous proposons actuellement de rechercher ce qu'il convient de faire en présence d'un malade qui rend par les bronches du pus en quantité variable, en même temps que sa plèvre renferme de l'air incessamment renouvelé.

Laënnec, dans son étude si complète du pneumothorax, ne devait pas laisser cette question de côté. Nous y lisons ce qui suit (1) : « Les observations de MM. Bacqua, Jay-

(1) Laënnec, Traité de l'auscultation médiate, 2e édition, 1826, t. II, p. 359.

mes, et Robin, déjà citées (page 322), et auxquelles je pourrais joindre un cas plus récent et tout semblable, c'est-à-dire dans lequel un malade a guéri aprés l'opération de l'empyème, quoique les injections que l'on faisait dans la poitrine revinssent par la bouche, prouvent suffisamment que l'on peut tenter encore cette dernière ressource dans le cas grave dont il s'agit, avec quelque espoir de succès. »

Grisolle (1) dit qu'on a guéri parfois au moyen d'une ouverture artificielle des épanchements liquides et gazeux des plèvres (probablement symptomatiques d'une pleurésie chronique), Il recommande d'ailleurs plutôt la ponction que l'incision et encore n'y voit-il guère qu'un moyen palliatif, car, s'il y a fistule pulmonaire, l'air aussitôt renouvelé rend de nouvelles ponctions nécessaires. Mais, ne pourrait-on pas dire aussi que la fistule bronchique est entretenue forcément par une incessante suppuration sur laquelle on n'a prise que par les modificateurs directs? D'où la nécessité de l'incision.

Mais poursuivons nos citations.

Trousseau (2), parlant de deux cas où il a fait l'incision pour des pneumothorax résume ainsi l'indication : « Ainsi, Messieurs, dans l'hydro-pneumothorax, alors même qu'il se lie à l'existence de productions tuberculeuses dans le poumon, le praticien doit intervenir chirurgicalement, quand l'épanchement gazeux et liquide menace de produire la suffocation. »

M. Moutard Martin dit que l'empyème pourra être rendu nécessaire, si parfois le pus et l'air ne s'évacuent pas.

(1) Grisolle. Pathologie interne, 9e édition, 1869, t. II, p. 428.
(2) Trousseau. Clinique de l'Hôtel-Dieu, 4e édition, 1873, t. I, p. 799.

Nous donnons ici le résumé d'une observation fort remarquable publiée dans une thèse récente (1). Comme on va le voir, il s'agit d'un kyste hydatique du foie ouvert dans la plèvre ; mais ce qui légitime à nos yeux l'exposé de ce fait au cours de cette discussion, c'est que la persistance pendant de longs mois de signes de pneumothorax avec vomique aurait pu provoquer plus hativement l'intervention chirurgicale.

Obs. V.

M. X..., médecin, est malade à peu près depuis la campagne de 1870-71. A la fin de 1871, pleurésie sèche.

Frissons et fièvre du 30 janvier au 15 février 1872.

Le 18. MM. Duboué et Meunier, de Pau, portent le diagnostic de pleurésie purulente enkystée à la base du poumon avec pneumothorax. A cette époque, le malade rendait seulement quelques crachats muqueux, mais on entendait le bruit de flot et le tintement métallique.

Le 7 avril 1872, M. Moutard-Martin, mandé à Pau, pratique trois ponctions avec des aiguilles Dieulafoy, de différent calibre ; il obtient quelques gouttes de sang seulement et il émet l'idée d'un kyste hydatique passé dans la cavité pleurale.

Le malade traîne avec quelques alternatives jusqu'en février 1873.

Le 3. Vomique d'un demi-litre de pus environ.

22 mars. Le malade s'alite. Grand frisson, toux et vomique. (800 gr. de pus environ dans les vingt-quatre heures.)

Le 30. Appelé de nouveau, M. Moutard-Martin pratique l'empyème.

« Dès que l'opération fut terminée, dit le malade qui écrit lui-même son histoire, j'éprouvai un bien-être inappréciable ; je respirai enfin et cette horrible toux avait disparu comme par enchantement. La nuit qui succéda fut apyrétique et vraiment réparatrice. »

M. Moutard-Martin avait dû retirer avec les doigts un large débris d'une vaste poche hydatique.

(1) A. Dupuy. Des soins à donner aux opérés d'empyème, thèse de Paris, 1876. Obs. I.

Le 31. Introduction de trois tubes en caoutchouc vulcanisé.
14 avril. Le malade se levait une heure.
1er juin. Promenade à pied.
9 juillet. Suppuration insignifiante.
24 août. La fistule était fermée.

Ainsi, depuis la première intervention sans résultat de M. Moutard-Martin, jusqu'à cette opération de l'empyème qui a véritablement sauvé un malade voué à la mort, il s'est écoulé une année, du 7 avril 1872 au 30 mars 1873.

On nous objectera qu'il est facile de raisonner à posteriori sur un fait dont l'issue a été heureusement très honorable pour les praticiens distingués qui entouraient le malade ; mais ne parait-il pas évident qu'une intervention plus hâtive aurait épargné au patient de longs mois de souffrances, auxquels une constitution moins robuste risquait fort de succomber.

Il est donc avéré que dans certains cas de pyo-thorax, la disposition des parties malades est telle, que l'air ne cesse pendant de longs mois de pénétrer en toute liberté dans la cavité pleurale, d'où le pus ne cesse également de sortir, perpétuellement renouvelé au fur et à mesure de son évacuation ; il est non moins évident qu'une large incision est capable de faire succéder une prompte guérison à l'état de marasme où s'épuisait le malade.

Le point difficile pour le praticien est de se décider à intervenir. Sur quels éléments fondera-t-il sa décision ?

Une vomique pulmonaire se produit, entraînant après elle l'introduction de l'air dans la plèvre ; il serait absurde de songer aussitôt à agir, la fistule étant souvent l'agent de la guérison, ainsi que personne ne l'ignore. Dans des pleurésies plus ou moins circonscrites surtout, l'amélioration est parfois très rapide et le résultat définitif promp-

tement obtenu ; aussi le devoir du médecin est-il nettement tracé et aussi clairement défini que possible. Il n'y a qu'à laisser la nature faire les choses ; on attendra comme si la guérison devait nécessairement se produire. Il suffit d'avoir des yeux et des oreilles, de regarder et d'ausculter avec soin.

Mais si les choses traînent en longueur, si le malade s'épuise, si, malgré quelques jours de mieux être passager, il paraît perdre du terrain au lieu d'en gagner à vue d'œil, quels avantages peut assurer une expectation plus longtemps prolongée ? Si l'auscultation fait constater en même temps que le kyste pleural est de grande dimension, n'est-il pas de toute évidence que la source de la suppuration ne se tarira point tant qu'on n'essaiera pas de l'attaquer directement ? La fistule se montre impuissante à assurer la guérison de pareils cas, et le pus lui-même concourt à l'entretenir sans effet utile.

La situation est vraiment sans issue.

L'auteur (1) d'une thèse récemment écrite sous l'inspiration de M. M. Raynaud, conclut dans le même sens : « D'autres fois, écrit-il, la plèvre semble avoir éclaté au point où se trouvait l'ouverture, qui reste béante, permettant l'entrée de l'air et la sortie du pus. Là encore, il faut intervenir par l'empyème et les lavages, car une ponction qui n'est que temporaire ne pourrait retirer l'air qui passe sans cesse par l'ouverture bronchique. »

Laënnec, dont le génie investigateur est fortifié du sens le plus pratique, formule aussi complètement que possible les indications de l'empyème pour le pneumothorax compliqué d'épanchement et de fistule.

(1) Rouveix. Etude sur le traitement de la pleurésie purulente, thèse de Paris, 1879.

Qu'on en juge :

« On ne doit l'entreprendre, dit-il, que dans le cas de péril imminent par suffocation, amaigrissement et affaiblissement rapide, et tout au plus dans celui où la maladie demeurant longtemps stationnaire, le poumon ne donnerait aucun lieu de faire soupçonner qu'il puisse s'y être développé des tubercules (loc. cit., page 359). »

Contre le danger d'une asphyxie immédiate, nous possédons aujourd'hui la ponction capillaire aspiratrice, moyen aussi rapide et sûr qu'innocent. Pour ce qui est de la tuberculose, nous espérons démontrer plus loin qu'il y a lieu de n'en tenir compte qu'à un degré avancé.

De plus, il est un moyen des plus simples auquel il faudra toujours avoir recours, lorsqu'on ne sera pas pressé par la gravité de l'état général. Je veux parler de la position à donner au malade.

M. Moutard-Martin (loc. cit,, p. 87) avait déjà formulé ce précepte « qui s'applique à tous les cas d'ouverture de la plèvre permettant un écoulement continu du pus, c'est de placer le malade dans une position telle que l'écoulement se fasse le plus facilement possible. »

M. M. Raynaud, dans une leçon toute récente (1), et son élève Rouveix, dans la thèse citée plus haut, ont bien montré les bénéfices de la simple position. Une fois le pus évacué et ramené à un niveau inférieur, il se trouve souvent que la fistule reste placée au-dessus du liquide, qui doit s'accumuler plus ou moins pour pouvoir sortir de nouveau. Il suffit de placer le malade dans telle ou telle position que l'expérience lui enseigne parfois à lui-même, pour obtenir un écoulement abondant. Le plus ordinairement il faut faire incliner le malade, de manière à ce que la

(1) Gaz. des hôp. du 6 avril 1880.

partie supérieure de la cage thoracique occupe une situation déclive. Nous n'avons pas à insister davantage là-dessus.

Restriction faite de l'emploi de la thoracentèse capillaire pour les cas d'asphyxie et de l'utilité de la simple position, nous nous rangeons modestement à la suite de Laënnec, non sans quelque fierté cependant de rencontrer le puissant appui du grand maître.

Nous dirons donc pour nous résumer.

Il y a nécessité de pratiquer la pleurotomie, si l'établissement d'une fistule pulmonaire avec pneumothorax laisse la situation s'aggraver; il peut y avoir avantage à faire cette opération, si la maladie demeure longuement stationnaire.

Il nous paraît difficile de préciser davantage, sans entrer dans le détail des faits particuliers, mais on devra essayer l'effet de la position seule, avant d'entreprendre un traitement plus radical.

Nota. — On trouvera à la fin de ce travail une observation des plus remarquables, que nous devons à la bienveillance de M. le Dr Millard. Elle rentre tout à fait dans le cadre de ce chapitre. La malade qui fait le sujet de cette observation (observation XVII, femme Dardard), traînait depuis plus de trois mois avec des vomiques répétées. L'opération pratiquée, la fistule s'oblitèrait rapidement et la guérison était assurée au bout de deux mois.

Rien ne vaut l'éloquence des faits.

CHAPITRE VI.

IL EXISTE UNE FISTULE PLEURO-BRONCHIQUE, SANS PNEUMO-THORAX.

De tels faits sont loin d'être rares, chez les enfants surtout. Au niveau de la perforation pulmonaire, une fausse membrane *forme clapet* (Chomel).

Il est certain que la guérison se produit le plus ordinairement dans ces conditions et même le plus souvent assez promptement; la chose est de notoriété classique. Mais cependant, si la guérison se fait attendre longtemps et si le malade ne semble pas récupérer ses forces, convient-il de l'abandonner aux seules ressources de la nature? Nous avouons être assez embarrassé pour résoudre la question. Les auteurs ne sont pas d'accord en effet.

M. Moutard-Martin dont nous invoquons si souvent la légitime autorité n'est pas d'avis d'intervenir, lorsqu'il y a fistule pleuro-bronchique, sans présence de gaz dans la plèvre, il recommande, bien que ce soit souvent fort long, d'attendre néanmoins (loc. cit., page 100).

D'un autre côté, M. Homolle (1) écrit textuellement ce qui suit : « La production d'une vomique ne fournirait un motif d'ajourner l'opération que si l'état général paraissait s'améliorer d'une façon manifeste et si le foyer

(1) Homolle. Revue des sciecnes médicales, t. XVI, loc. cit.

semblait se rétracter. Il ne constitue pas une *contre-indication* et n'empêche pas la guérison. »

Voilà un avis précieux à enregistrer et, de fait, si l'opération de l'empyème a pu réussir pour des pneumothorax compliqués de fistule, pourquoi ne serait-elle pas suivie de bons effets dans le cas beaucoup plus simple que nous traitons en ce moment.

Le mécanisme de la guérison est nécessairement le même dans toutes les pleurésies purulentes, compliquées ou non; il est basé sur l'ampliation pulmonaire et sur la rétraction de la cage thoracique, phénomènes synergiques dont la résultante ultime est l'effacement du kyste pleural. Ici il y a de plus la fistule à oblitérer. La science est peu éclairée sur la manière dont se produit ce résultat.

Voici ce qu'écrit là-dessus un médecin de la Suisse allemande (1) : « Quand le pus se vide par le poumon, ce sont les régions les plus atteintes de cet organe qui cèdent, et les parties encore saines en se dilatant poussent le pus vers les parties malades moins dilatables, où se trouve l'ouverture...

... La fistule interne du poumon se guérit par le même mécanisme au moyen de la compression des parties voisines dilatées, que le pus soit en petite quantité ou abondant, qu'il soit louable ou fétide. »

L'ouverture de la cavité pleurale est-elle capable de modifier ces conditions et d'entraver surtout l'expansion pulmonaire, qui devrait, il semble, si facilement s'exercer avec une fistule sans pneumothorax, puisqu'il n'y a pas d'air dans la plèvre. Non, l'incision ne saurait avoir d'effet nuisible en ce sens, bien qu'elle permette l'entrée de l'air.

(1) Correspondenz Blatt fur Schweizer Aërzte, 1er février 1875. Communication à la Société médicale de Lucerne, sur l'empyème, par le Dr Steiger.

Nous n'avons pas à le démontrer, ce serait sortir des limites restreintes de ce travail et nous renvoyons le lecteur à la thèse de M. Peyrot, dont la partie expérimentale et théorique est très soigneusement étudiée. Nous nous bornerons à la citation suivante (page 50).

« Il faut remarquer surtout qu'après l'accès de l'air extérieur, la pression qui s'exerce sur le poumon est toujours moindre qu'elle n'était avant son ouverture. Loin donc d'exposer cet organe à s'aplatir davantage sur son hile, l'ouverture de la plèvre dans ce cas, le met dans la possibilité d'obéir bien plus facilement aux diverses forces qui peuvent tendre à produire son expansion. »

Mais d'ailleurs les faits passent avant les théories.

Nous avons trouvé dans le journal The Lancet (tome 2, 1875, page 621), un fait très intéressant qui appartient au Dr Benjamin Walker. Il s'agit, il est vrai, d'une enfant de 2 ans et demi et l'on sait que l'empyème réussit généralement mieux dans le jeune âge. Quoi qu'il en soit, c'est un cas fort curieux de pleurésie purulente avec fistule bronchique sans pneumothorax et que la pleurotomie réussit parfaitement à guérir.

En voici le résumé.

Obs. VI.

Sarah-Jeanne W..., âgée de 2 ans 1/2, est prise de convulsions le 5 avril 1875; le jour suivant, scarlatine confirmée.

Le Dr Walker est appelé le 16 avril seulement.

Au 1er mai, hecticité avec frissons, émaciation extrême, etc.

Le 8. Ouverture sous le grand pectoral gauche d'un large abcès qui fournit 3 onces de pus bien lié.

Pendant les deux semaines suivantes, le côté gauche de la poitrine commença à augmenter de diamètre tellement qu'à la mensuration il dépassait le droit d'un pouce. Le cœur très déplacé battait sous le côté droit du sternum. La toux augmentait.

Le 17. Il y eut un rejet abondant de pus mêlé de sang, annonçant la formation d'une fistule bronchique. Soulagement passager. Le pus continue à être rendu en quantité variable ; mais la toux et la dyspnée persistent et l'enfant retombe dans un état plus grave que celui des six premières semaines.

15 juillet. Ponction aspiratrice qui fournit 20 onces de pus sans odeur ; amélioration immédiate, mais passagère.

Trois jours après, le 18, nouvelle aspiration qui donne un peu moins d'une pinte de pus toujours inodore.

Les deux premières ponctions ayant fourni un pus sans odeur ne me disposaient pas à pratiquer le drainage, mais comme l'enfant dépérissait à vue d'œil, j'introduisis avec l'aide d'un confrère un trocart et une canule, qui donnèrent issue à une pinte d'un pus semblable à celui des premières ponctions. L'ouverture *fut alors élargie* et une sonde y fut laissée.

Lavages à la suite. Au bout de huit jours, appétit vorace (sic, ravenous en anglais).

Au 20 octobre, la fistule n'est pas tout à fait fermée, mais l'enfant sort par les beaux jours.

Dans les réflexions dont il fait suivre son observation, le Dr Walker s'exprime ainsi : « L'avantage de donner une libre et permanente issue au pus, à quelque âge que ce soit est clairement démontré par ce fait. Dans un cas semblable, je conseille le drainage après une première aspiration, comme donnant une meilleure chance de succès que la répétition d'une opération plus légère, mais qui combat moins la consomption du malade. »

Nous ferons remarquer que le drainage tel que l'a pratiqué dans cette circonstance le Dr Walker, n'est autre qu'une opération d'empyème faisant immédiatement suite à une ponction, puisqu'il dit que l'ouverture fut ensuite élargie, et cela chez une enfant de 2 ans et demi. Une telle pratique suivie de l'installation d'une sonde à demeure in situ, sans contre-ouverture, ne diffère pas de la pleurotomie, comme nous la comprenons en France.

Voici par contre un fait tout opposé.

Obs. VII.

J. D., âgé maintenant de 15 ans, eut la scarlatine à l'âge de 3 ans, puis à la suite de cette fièvre, fut pris de toux avec dyspnée. Ne pouvant plus respirer, il rendit tout d'un coup une grande quantité de pus. L'expectoration purulente a persisté *depuis douze ans*. Quand le Dr Mackey l'examine, il trouve de la matité dans tout le côté gauche avec de la rétraction. Il n'y a pas d'air dans la plèvre; on trouve des signes de dilatation bronchique ; l'enfant est absolument *impotent*. (The boy is a confirmed invalid.)

Ce fait appartient au Dr Mackay. (1)

Le traitement diffère dans ces deux cas; dans le premier on intervient ; dans le second la nature a été livrée à ses seules ressources ; mais aussi quelle immense différence dans les résultats.

Au risque de fatiguer le lecteur, nous voulons esquisser à grands traits une observation qu'il trouvera en entier à la fin de cette thèse.

C'est l'histoire d'un malade que nous avons suivi pendant notre dernière année d'internat, en 1880, dans le service de notre maître M. Bucquoy, à l'hôpital Cochin. Atteint de pleurésie purulente à la suite d'une pleuro-pneumonie aiguë, il allait subir l'opération de l'empyème lorsque survint une vomique, sans pneumothorax consécutif.

Après de nombreuses alternatives en bien et en mal, il parut assez guéri pour être envoyé à Vincennes; mais on le vit revenir après quelques semaines, expectorant toujours du pus chaque jour en quantité assez considérable. L'état général restait assez médiocre, mais il n'y avait pas de raison fondée de le croire tuberculeux. La position inclinée aidait puissamment l'issue du pus dans les quintes de toux. Quand je partis en vacance au milieu du mois d'août, il fut convenu qu'on essaierait l'effet de la position méthodiquement appliquée.

(1) Edward Mackey. Clinical lecture on empyema in children. Medical Times and Gazette, 1875, t. II. p. 355.

A mon retour à la fin de septembre la situation était absolument mauvaise avec une cachexie très avancée et des signes évidents de péritonite tuberculeuse. Il ne pouvait plus être question d'agir et le malade succombait le 8 octobre.

A l'autopsie on trouva le kyste pleural persistant axec une fistule très tortueuse. Il n'y avait pas de tubercules dans le parenchyme pulmonaire, mais la plèvre du côté opposé à la pleurésie présentait quelques granulations tuberculeuses grises. Quant au péritoine, il en était pour ainsi dire farci dans toute son étendue. Il s'agissait évidemment d'une tuberculose secondaire acquise et de date relativement récente.

Si ce malade, au lieu de retourner chez lui, était immédiatement rentré dans le service en sortant de Vincennes et avait été méthodiquement suivi, il y a tout lieu de croire que l'empyème lui eût été pratiqué et peut-être l'eut-on arraché à temps à l'hecticité lente et à la tuberculose qui en a été chez lui l'expression dernière.

Passons du particulier au général.

Chez des malades qui présentent une pleurésie purulente compliquée de fistule pleuro-bronchique, la situation reste mauvaise ; après quelques semaines écoulées de la sorte, l'état local ne paraît pas subir de modification ; faut-il se croiser éternellement les bras? Convient-il d'attendre toujours, d'attendre que le marasme ou la tuberculose ait accompli son œuvre de destruction? Il nous semble que l'expectation a ses limites. Franchement, la conduite du Dr Walker dont nous avons montré les heureuses conséquences ne serait-elle pas parfaitement légitimée par une telle situation?

Que l'on s'assure au préalable, au moyen de ponctions capillaires autant de fois répétées que l'état général le permettra, de la situation exacte de la poche pleurale ; qu l'on tâche de tirer parti de l'influence quelquefois curatrice de la simple position ; que l'on essaie même encore,

si l'on veut aller aux dernières limites de l'expectation, de faire des ponctions multipliées un moyen de traitement; mais, si les dimensions de la cavité pathologique ne paraissent pas se réduire, si la fistule persiste, si surtout la fièvre hectique ou la putridité surviennent, que l'on n'hésite pas davantage à donner au pus une large ouverture.

— Signalons pour finir une précaution importante relative aux lavages dans le cas de fistules bronchiques.

Suivant le judicieux conseil de Dupuy (thèse citée), il convient alors d'éviter de faire usage de substances irritantes et volatiles, qui peuvent provoquer des quintes très pénibles et même parfois des accidents plus graves, probablement d'ordre reflexe (Lépine (1), Leudet (2), Desnos (3). De plus il faut faire les lavages avec beaucoup de précaution, pour ne pas contribuer à entretenir ou à augmenter la perméabilité de la fistule pleuro-bronchique, qui devient inutile une fois que l'incision a ouvert une issue permanente au liquide purulent.

CHAPITRE VII.

INDICATIONS DE LA PLEUROTOMIE DANS LES CAS SIMPLES DE PLEURÉSIE PURULENTE.

Nous entendons par cas simples ceux qui ne se compliquent d'aucun des accidents que nous avons étudiés jus-

(1) Lépine. Phénomènes réflexes des plèvres. Société de biologie. Séance du 29 avril 1876.

(2) Leudet. Congrès pour l'avancement des sciences. Clermont, 19 août 1876.

(3) Desnos. Gaz. méd. de Paris, 1876, nos 10, 13, 19, 20.

qu'à présent. Nous empruntons le plan de ce chapitre et les idées principales qui y sont exposées à une leçon de notre maître M. Bucquoy. Nous sommes obligés de franchir momentanément les limites étroites de notre cadre, car nous devons connaître la valeur des autres moyens de traitement pour justifier l'emploi de la pleurotomie à son heure.

Il faut bien se persuader d'abord que la pleurésie purulente est une maladie des plus graves, dont la résolution spontanée est, pour ainsi dire imposssible. Hippocrate, par un trait de génie, avait assimilé le pyo-thorax à un abcès ordinaire. Il n'y a pas de différence, en effet. Or, une collection purulente quelconque, une fois développée, doit trouver son issue au dehors. Nous avons une solution naturelle pour les abcès pleuraux, lorsque le pus se fraye son chemin à l'extérieur par le poumon ou par la peau. Mais une telle solution, chacun le sait, est bien lente et pleine d'aléa.

Aussi, personne en France, à notre connaissance du moins, n'a songé jusqu'à ce jour à faire de l'expectation une règle ponr le traitement du pyo-thorax. M. Steiger de Lucerne a eu ce courage (1). Nous lui laissons la parole.

« Il m'est resté la conviction ferme et sincère que le mode de guérison naturelle pour l'empyème est la vomique pulmonaire, comme la résolution pour la pneumonie. C'est aussi la terminaison la plus fréquente et de beaucoup la plus heureuse.

L'ouverture de dedans en dehors, dont je n'ai pas vu

(1) Steiger. Correspondenz Blatt fur chweizer Aerzte, 1er et 15 fevrier 1875.

Communication sur l'empyème. loc. cit.

d'ailleurs d'exemple et la thoracentèse donnent des résultats infiniment pires. »

Il est vrai que cette opinion paradoxale en apparence s'appuie sur une série heureuse de 21 cas d'empyème vidé par vomique et qui guérirent tous, à l'exception d'un alcoolique emporté par une hémoptysie, tandis que sur 6 malades opérés par l'incision, 5 succombèrent. Il est vrai que M. Steiger ne pratique l'opération qu'à la dernière limite. Mais laissons de côté ce point et ne nous occupons que des vomiques ; il n'en est pas moins vrai que l'auteur s'appuie sur un chiffre tellement formidable de guérisons, qu'il laisse bien loin derrière lui les plus heureuses statistiques des opérations les plus inoffensives, telles que la thoracentèse capillaire par aspiration. Il y a là de quoi empêcher un médecin pour toute sa vie de toucher à une aiguille capillaire, hormis le cas d'asphyxie. M. le Dr Steiger, dans sa communication à la Société médicale de Lucerne, ne parle de ces faits qu'en général et ne donne même pas l'abrégé d'une seule observation. Nous nous demanderons donc si quelques-uns de ses malades n'ont pas conquis leur guérison après de longs mois de souffrances, et si d'autres même n'ont pas fait de la sorte leur première étape vers la tuberculose.

Et si encore l'expectation nous assurait la sortie du liquide purulent par les voies respiratoires ou la paroi thoracique, mais il n'en est rien malheureusement et la littérature médicale n'est pas très pauvre de faits, où le pus cheminant vers le péricarde ou le péritoine, le malade était rapidement emporté par une complication suraiguë, qu'une intervention mieux réglée aurait facilement évitée en agissant à temps.

Tous les auteurs n'ont pas été aussi encouragés que

M. Steiger à conseiller et à pratiquer l'expectation. Ce traitement (est-ce bien un mode de traitement ?) a donné à Landgraff (1) : 8 morts sur 10 cas, et à Goodhart (2), 11 morts sur 15 cas. Nous voilà loin de la statistique de M. Steiger.

« Considérant les incertitudes des modes naturels de guérison, je termine en vous recommandant la paracentèse que je vous ai décrite ici. » Edward Mackey. (Clinical lecture on empyema in Children, loc. cit.)

Là nous paraît être la vérité, là le sens clinique. Oui, il faut agir, ne fût-ce que parce que l'on sait au juste ce que l'on fait et ce que l'on cherche.

Comment s'exercera l'intervention ? C'est ce que nous allons rapidement étudier maintenant.

Dans le but d'évacuer le liquide purulent, nous avons à choisir entre deux méthodes principales :

1° On peut donner issue au pus sans laisser entrer l'air ;

2° Ou établir une ouverture permanente, par laquelle l'air trouve un libre accès.

La première méthode de traitement est réalisée par la thoracentèse capillaire avec aspiration (3) par les canules à demeure et le siphon de Potain, par le subaqueous drainage (4) des Anglais ; ces trois derniers procédés permet-

(1) Landgraff cité par Nicolich junior de Trieste. Quatre cas d'empyème Bulletins de l'Académie royale de Belgique, décembre 1879.

(2) J.-F. Goodhart. Empyema and its treatment. Guy's hospital Reports, 1877.

(3) Nous ne parlons pas à dessein de la ponction au moyen du trocart de Réybard revêtu d'une chemise de baudruche, procédé abandonné complètement de nos jours.

(4) Ou drainage sous l'eau. On se sert d'un seul tube, qui agit à l'instar d'un siphon, dont la courte branche reste dans la poitrine, tandis que la plus longue plonge à côté du lit, dans un récipient rempli d'eau. J.-F. Goodhart. Empyema and its treatment, loc. cit.

tant des lavages quotidiens sans avoir à pratiquer de nouvelles ponctions.

A la seconde catégorie appartiennent le drainage de Chassaignac, l'opération mixte de M. le professeur Gosselin, la trépanation des côtes et enfin la pleurotomie.

Thoracentèse avec aspiration. — Toutes les indications fournies pour la ponction dans la pleurésie séreuse subsistent ici. D'ailleurs cette opération si simple et si facile ne donne-t-elle pas la notion exacte du caractère purulent de l'épanchement et l'on devrait déjà l'employer dans ce seul but. Rappelons-nous ce fait malheureux, où Trousseau, malgré son immense expérience clinique, crut devoir pratiquer immédiatement l'empyème et rencontra un liquide séreux, au lieu du pus dont il se croyait sûr.

Mais la thoracentèse donne-t-elle dans le pyo-thorax des résultats aussi satisfaisants que dans la pleurésie séreuse? Toute proportion gardée entre la gravité respective des deux maladies, on peut répondre que c'est souvent un excellent procédé.

Malgré la rareté du fait, une seule ponction a pu suffire à produire la guérison (Moutard-Martin, Gueneau de Mussy); nous en donnons nous-même un exemple dans nos observations.

Mais il ne faut guère compter sur une pareille chance ; dans l'immense majorité des cas, le liquide se reproduit et il devient nécessaire de répéter la thoracentèse. Cette méthode des ponctions renouvelées à court intervalle, a donné d'assez nombreuses guérisons pour être conservée en règle générale. Nous croyons même qu'il y a lieu de la mettre en pratique d'une façon systématique dans les pleurésies chroniques à grand épanchement. En effet, c'est se placer dans de mauvaises conditions pour la réussite de l'em-

pyème, que de pratiquer cette opération sur un immense kyste pleural dont les parois n'ont pas encore été sollicitées à se rapprocher et sont par conséquent destinées à suppurer longtemps au contact de l'air.

Notre maitre, M. Bucquoy, insiste beaucoup sur ce point qui est pour lui d'une importance capitale. Cette idée paraît avoir peu préoccupé jusqu'à présent les différents auteurs qui ont étudié l'empyème. Cependant, dans la Revue récente de M. Homolle (1), nous la trouvons nettement exprimée.

Voici ses propres termes:

« Il n'est certes pas indifférent d'ouvrir largement la poitrine, quand l'épanchement remplit toute la plèvre et n'a pas encore subi d'altération putride ; en exposant à l'air libre une vaste cavité suppurante dont l'oblitération sera nécessairement fort longue, on n'est pas assuré, malgré les ressources de la chirurgie antiseptique, d'échapper toujours à la putridité. »

Il faut donc savoir attendre avant de pratiquer l'empyème dans ces vastes pleurésies à grand épanchement (2). Mais jusqu'où faudra-t-il attendre ? Voyons donc maintenant comment les choses se passent avec les thoracentèses répétées.

Le liquide purulent est soustrait. Une amélioration notable se produit aussitôt ; la fièvre, en particulier, baisse immédiatement le jour même d'une façon remarquable. Puis deux, trois, quatre jours se passent ; la fièvre ne tarde pas à reparaître, montrant que le liquide se reproduit Nouvelle ponction qui donne moins de liquide que la

(1) Homolle. Revue des sc. méd., t. XVI; loc. cit., p. 339.

(2) Nous entendons par là des pleurésies donnant à la ponction de 1800 gr. à 4000 et au-dessus. Mais ces chiffres, on le comprend, ne peuvent être que très approximatifs.

première. Les mêmes phénomènes se succèdent de nouveau, et dans les cas heureux, les opérations fournissent des quantités successivement décroissantes de pus jusqu'à ce que la poche pleurale arrive à s'oblitérer. Parfois, les choses trainent en longueur, après qu'un certain résultat a pu être obtenu. La cavité a diminué de capacité, mais il semble y avoir un temps d'arrêt dans le retrait de ses parois et l'état général ne s'améliore plus sensiblement ou subit des oscillations persistantes. C'est alors que la pleurotomie sera faite dans de bonnes conditions de réussite sur un kyste pleural déjà amoindri.

Souvent on associe aux ponctions des irrigations de la plèvre faciles à pratiquer pendant l'opération, au moyen de nos appareils perfectionnés, et même, pour ne pas avoir à réitérer trop fréquemment la thoracentèse, on a recours à des canules à demeure capillaires, ou non. Mais tous ces instruments fonctionnent difficilement et d'une façon très irrégulière ; ils sont parfois mal supportés par le patient, à cause de la douleur qu'ils éveillent. Enfin ils font perdre un temps précieux sans grande compensation.

Le procédé du siphon de M. le professeur Potain est bien supérieur aux canules ; cependant il n'échappe pas à tout reproche, et nous avons vu plus haut les critiques que lui adresse un maître éminent, M. Hérard. Souvent il retarde, sans profit, l'opération décisive, et M. Potain, lui-même, semble n'y voir, aujourd'hui, qu'un procédé d'attente en quelque sorte. Le savant professeur ne se contente plus d'appliquer, comme autrefois, un seul tube en Y, mais place deux tubes séparés en deux points très voisins, qu'on n'aura plus qu'à réunir par l'incision, si celle-ci devient nécessaire dans la suite. En somme, l'inconvénient de tous ces systèmes, c'est de ne maintenir pour l'écoulement du pus que des pertuis trop étroits.

Nous ajouterons qu'ils peuvent inspirer parfois une fausse sécurité et faire croire à une guérison qui n'est pas encore décidément acquise. Expliquons-nous :

Dans certains cas de pyo-thorax, le liquide purulent se collecte principalement au dessus du diaphragme, sous la base du poumon, échappant ainsi, en partie, à notre exploration ; il peut arriver alors qu'une certaine amélioration de l'état général, marchant de pair avec la diminution des signes physiques, le médecin se croie en droit de compter sur la guérison. A l'hôpital, de telles circonstances peuvent tromper, au point qu'on envoie le malade en convalescence ; mais on ne tarde pas bientôt à être désillusionné par les signes d'une accumulation tardive du pus, avec retour de la fièvre, etc.; sans compter qu'il peut se produire, dans l'intervalle, de graves complications du côté du péricarde, du péritoine, ou de l'autre poumon, etc.

Bénéfice du traitement dans de tels cas : Temps perdu, malade affaibli, application retardataire d'une opération radicale.

L'observation du nommé Masson (obs. X) peut servir d'exemple à ce point de vue.

Ainsi donc, si la méthode des thoracentèses répétées avec ou sans irrigations pleurales régulières, si les canules et le siphon ne paraissent pas conduire franchement à la guérison, par l'effacement graduel et assez rapide de la cavité suppurante, il ne faut pas hésiter à pratiquer une ouverture qui restera béante, sans se préoccuper autrement de l'entrée qu'on va donner à l'air.

Ici nous avons à examiner plusieurs procédés distincts.

Nous ne parlerons pas de la *trépanation* d'une côte qu'Hippocrate avait employée et dont il n'est plus question aujourd'hui, malgré les efforts de M. Sédillot, pour la remettre en honneur.

Le *drainage* de Chassaignac consiste, on le sait, à faire, dans la cavité pleurale, une ponction avec un gros trocart courbe que l'on fait ressortir plus loin. Et d'abord, cette opération ne nous donne pas une ouverture large et facile, ainsi qu'il convient le plus souvent. Là n'est pas encore toute la difficulté ; le drainage compte, en effet, d'honorables succès, et Barth n'hésita pas à le défendre à la tribune académique. Mais la manœuvre de l'instrument de Chassaignac familière à son inventeur et à quelques chirurgiens, ne l'est pas au premier venu. En un mot, la chose est plus facile à dire qu'à faire. Ce n'est pas sans une certaine inquiétude, qu'une fois le trocart introduit dans la plèvre, on tâtonne pour le faire ressortir ; et c'est ainsi que des opérateurs habiles ont embroché le poumon et même le foie. Il y a là, on l'avouera sans peine, de quoi refroidir l'enthousiasme le plus ardent. Ne nous étonnons donc pas, si l'emploi du drainage de la plèvre, comme le conseillait Chassaignac, est aujourd'hui de plus en plus restreint.

M. le professeur Gosselin combine, en quelque sorte, l'*empyème* et le *drainage*, en pratiquant une petite incision dans la partie postérieure de l'espace intercostal et en faisant ressortir un drain plus loin, en avant. Mais quel avantage marqué y a-t-il à agir de la sorte ? N'assurera-t-on pas mieux le lavage de la plèvre par une grande ouverture dans laquelle plongera un gros tube en caoutchouc ou deux ou trois drains plus petits, destinées à se suppléer les uns les autres et qu'on pourra changer à volonté ? L'opération de M. Gosselin n'a guère été pratiquée que par son auteur.

Reste donc l'opération de l'empyème, seule capable d'assurer une issue large et facile au pus et de permettre

d'agir sans difficulté sur les parois de la séreuse en suppuration.

Nous avons vu plus haut quant il sera convenable d'y recourir dans le traitement des pleurésies purulentes à grand épanchement. C'est, répétons-le, lorsque des ponctions réitérées, ayant réduit le volume du kyste pleural, semblent désormais impuissantes à assurer assez promptement une guérison définitive.

Malheureusement, il faut le reconnaître, dans de telles conditions, l'incision intercostale elle-même ne suffit pas toujours à produire l'accolement des parois de la plèvre malade. Malgré tout, il persiste souvent une cavité plus ou moins étendue, intermédiaire au poumon rétracté en partie et aux côtes insuffisamment déprimées, cavité dont la suppuration incessante finit par amener le marasme, et le malade succombe aux progrès de la cachexie elle-même, ou bien à la tuberculose, parfois enfin à la dégénérescence amyloïde des viscères. (1)

Ne pourra-t-on pas songer à pratiquer l'opération de meilleure heure, lorsqu'on se trouvera dès l'abord en présence d'une pleurésie chronique de moyenne étendue ; quand, par exemple, la première thoracentèse, la thoracentèse d'exploration, si l'on peut dire, aura vidé le kyste pleural d'un contenu de 1,200 à 1,500 grammes au plus ? La chose mérite examen, ce nous semble. Nous n'avons

(1) La résection partielle d'une ou plusieurs côtes reste alors la suprême ressource.

Cette opération destinée à faciliter l'affaissement de la cage thoracique était considérée comme une audace chirurgicale (Simon, Roser, etc.) lorsque, dans ces dernières années elle a été systématiquement mise en pratique par un chirurgien étranger, Estlander d'Helsingfors qui en a parfaitement étudié les indications et réglé l'emploi, en même temps qu'il faisait connaître sa statistique dans deux articles publiés par la Revue mensuelle de 1879, pages 156 et 885. Nous y renvoyons le lecteur.

plus ici affaire à de vastes cavités fournissant trois ou quatre litres de liquide, à d'immenses surfaces de suppuration rarement accessibles dans toute leur étendue aux agents modificateurs et dont nous pouvons redouter à bon droit la tendance à la putridité. La nature, dans les pleurésies moyennes, nous donne en quelque sorte immédiatement les conditions auxquelles nous essayons de ramener les grandes pleurésies avant d'intervenir par le bistouri.

A quelle décision donc s'arrêter, si le liquide se reforme rapidement?

Une question générale, de la plus haute importance, va se poser maintenant devant nous.

Faut-il pratiquer la pleurotomie de bonne heure?

Voici là dessus l'opinion de Grisolle. (1)

« Cependant ces insuccès si fréquents, si ordinaires (de l'empyème) ne tiendraient-ils pas à ce qu'en France, du moins, on attend, pour donner une issue au liquide, que la maladie soit parvenue à sa dernière période? Il est certain, pour nous, que si l'on opérait plus tôt, si on le faisait avant que la fièvre hectique ait déjà miné la constitution, avant que le poumon ait perdu tout son ressort, on obtiendrait des résultats plus favorables. »

« Plus on agira vite, plus on aura de chances de réussite, » disait Hérard, à l'Académie, en 1872.

Attimont (2) remarquant que la pleurésie était récente dans les cas rapidement guéris, ajoute judicieusement ces mots : « Ce qui doit encourager à opérer le plus tôt possible. »

C. A. Ewald montre, d'après ses cas, qu'une incision

(1) Grisolle. Loc. cit., p. 449, t. I.
(2) Attimont. Loc. cit., p. 41.

précoce conduit à de bien meilleurs résultats qu'une incision plus tardive. (1)

Quelques auteurs vont plus loin et conseillent de faire l'empyème, dès qu'on a constaté la nature du liquide. C'est l'avis de Woillez (2) et Béhier (3).

Si l'on veut bien nous permettre d'exposer notre opinion personnelle, après les auteurs que nous venons de citer, nous dirons, avec quelques détails, que nous sommes encouragés à ne pas trop attendre par la connaissance plus approfondie que nous possédons aujourd'hui, de la nature de l'inflammation pleurale et des lésions secondaires du poumon.

Du côté de la séreuse, la fausse membrane n'est pas, comme le croyait Laënnec, un simple dépôt plastique étalé à la surface de la plèvre ; elle fait corps avec elle, car la séreuse est plus ou moins profondément modifiée par l'inflammation.

« Le tissu pleural, très épaissi, s'augmente peu à peu d'une véritable couche charnue constituée par un tissu conjonctif qui devient à la longue plus ou moins scléreux dans ses parties profondes » Peyrot. (4)

Il n'y a donc pas de démarcation réelle entre les dépôts et la membrane séreuse, et le microscope fait reconnaître des faisceaux conjonctifs tassés les uns sur les autres et parallèles à la surface du poumon.

« Quant l'inflammation a été longue, la structure change ; plus de couches en apparence superposées, mais des masses charnues, formées de tissu conjonctif jeune, à faisceaux entrecroisés dans tous les sens. » (5)

(1) C.-A. Ewald. Charité Annalen. 1876, Berlin.
(2) Woillez. Soc. méd. des hôp., avril 1872.
(3) Béhier. Acad. de méd., 30 avril 1872.
(4) Peyrot. Loc. cit., p. 75.
(5) Peyrot. Loc. cit , p. 75.

Du côté du poumon; d'abord simplement atélectasié, il finit par présenter une véritable pneumonie interstitielle Brouardel. (1)

Fœrster a démontré que les alvéoles aplaties seulement au début, disparaissent après un certain temps (2).

C'est à peine si nous avons besoin de rappeler que les lésions de la plèvre viscérale extérieures, mais superposées à l'organe respiratoire, suffisent à elles seules à le brider en quelque sorte et à le maintenir dans telle ou telle situation (Oulmont) (3).

Delpech attribuait, non sans raison, dans le mécanisme de la guérison, une grande valeur à la présence de brides unissant le poumon à la paroi thoracique; celles-ci risqueront d'autant plus de s'allonger et même de se rompre, que la pleurésie sera de date plus ancienne.

Dans de telles conditions, l'expectation au-delà de certaines limites assez restreintes, n'a plus de raison d'être. En agissant aussi vite que possible, on sera plus sûr de rencontrer des tissus et des organes moins altérés et susceptibles par cela même d'une guérison plus rapide.

M. Millard (communication orale) est d'avis de pratiquer deux ou trois thoracentèses au plus et d'opérer sans tarder davantage, si la maladie ne marche pas franchement à la guérison. C'est avec empressement que nous nous rangeons à l'avis de ce maître éminent.

Quant aux pleurésies localisées qui fourniront au plus cinq à six cents grammes de liquide purulent, nous sommes convaincus que quelques thoracentèses (parfois même une

(1) Brouardel. Note sur la pneumonie interstitielle qui accompagne la pleurésie. Bull. de la Soc. méd. des hôp., 1872.

(2) In thèse Damaschino. Pleurésie purulente. Agrégation, 1869.

(3) Oulmont. Thèse inaugurale, Paris, 1844.

seule), suffiront à en assurer la parfaite guérison. Mais pourtant, si la terminaison heureuse se faisait encore trop attendre au détriment du malade, ces cas seraient tout aussi bien que les précédents justiciables de la pleurotomie.

Il est bien entendu que tout ce que nous venons de dire s'applique aux adultes seulement. Les dimensions des pseudo-kystes pleuraux sont affaire relative. 500 gr. de pus constituent une quantité énorme pour un enfant d'un ou deux ans. Ceci une fois convenu, nous ne traiterons pas la question à part à propos des malades du jeune âge auxquels la pleurotomie est applicable dans les mêmes conditions et peut-être même dans une plus large mesure qu'aux adultes.

C'est un fait bien connu que l'opération de l'empyème donne de meilleurs résultats chez les enfants que chez les sujets d'un âge plus avancé. Nous n'avons pas à rechercher quelles en sont les raisons. Nous nous contenterons de rappeler que l'opération a pu être pratiquée avec succès chez de très jeunes enfants. Ce qui, soit dit en passant, prouve une fois de plus combien l'incision intercostale est peu de chose par elle-même. Aussi bien, dans le traitement d'une affection aussi sérieuse que la pleurésie purulente, ne doit-on pas la proscrire en considération du seul traumatisme.

« L'empyème proprement dit, n'est point une opération grave. On peut affirmer que c'est la seule opération qui soit indiquée dans le cas où la ponction capillaire est insuffisante (1). »

E. Mackey (loc. cit.) donne l'analyse de trois cas heureux d'empyème chez des enfants fort jeunes (deux étaient

(1) Alph. Guérin. Eléments de chirurgie opératoire, p. 524.

âgés de 5 ans 1[2, le dernier comptait 3 ans et 8 mois). La guérison fut très rapide et demanda à peine six semaines ; mais il fallut renouveler l'opération chez le dernier enfant,car la plaie extérieure s'étant trop tôt cicatrisée, il fut nécessaire de donner de nouveau issue au pus accumulé.

Guinier a fait avec succès la pleurotomie chez un enfant de douze mois, Geiza Faludi chez un petit malade de dix mois seulement; enfin, Letulle a opéré un petit garçon de deux mois et demi, qui malheureusement succomba, l'opération ayant été pratiquée à la dernière extrémité (Ces trois faits cités par Homolle, loc. cit.)

Récemment, Lévi publiait dans le Sperimentale (juillet 1879) un cas de guérison d'empyème chez une enfant de neuf mois. En voici un court résumé.

Obs. VIII.

L'enfant est ponctionnée pour la première fois avec l'appareil Dieulafoy le 22 avril, 250 gr. de pus de bonne qualité.

Deuxième ponction le 29 avril, 300 gr. de pus *sanieux* et *fétide*.

30 avril, la peau présente du gonflement et de la rougeur au niveau de la ponction de la veille, dans le septième espace intercostal, un peu en dedans de la ligne axillaire.

1er mai, incision de 3 centimètres à la peau au point sus-indiqué ; mais on attend pour faire plus qu'on ait trouvé l'orifice de communication avec la plèvre.

3 mai, on trouve la fistule pleurale. Lavage avec une solution de sulfite de soude à 10/100.

8 mai, l'enfant va bien.

10 juillet, la guérison est assurée.

Ainsi donc on ne devra pas reculer devant la pleurotomie chez de jeunes sujets.

Bien que les indications posées dans le cours de ce tra-

vail s'appliquent de tout point au jeune âge, nous devons faire une remarque relative aux thoracentèses répétées. Cette méthode paraît donner de très bons résultats chez les enfants. Il est probable que la souplesse et l'élasticité plus grande de la cage thoracique contribuent à rendre la guérison plus rapide et plus sûre au moyen d'une rétraction sans doute plus facile. Quoiqu'il en soit, on devra recourir avec persistance à ce procédé chez les jeunes sujets et ne l'abandonner que lorsque son insuffisance sera amplement démontrée.

Dégageons en quelques mots ce qui ressort de cette longue dissertation :

1° Dans les pleurésies purulentes simples, nous mettons au premier plan les *dimensions* du kyste pleural. C'est une considération qu'on ne saurait négliger en discutant l'opportunité de l'empyème.

Avec de *grands épanchements* renfermant de 1800 à 4000 grammes de liquide et au-dessus, on s'efforcera par des thoracentèses répétées ou par les divers procédés connus de lavages, on s'efforcera, disons-nous, de réduire autant que possible le volume de la cavité en suppuration. La pleurotomie viendra souvent achever une guérison trop lente à se confirmer. On ne comptera pas absolument sur l'opération qui peut elle-même rester inefficace dans ces cas.

2° Dans les *pleurésies moyennes*, fournissant de 800 à 1800 grammes de pus, si, après deux ou trois ponctions aspiratrices le mouvement de réduction du kyste pleural tarde à se dessiner, il y aura lieu de discuter l'utilité de la pleurotomie dans chaque cas particulier, en mettant en balance les conditions de force et de résistance du sujet, les qualités du pus, etc.

3° L'aspiration suffira, dans la grande majorité des cas, à assurer la guérison des petits épanchements de 800 gr. et au-dessous.

Nous voulons le répéter encore; nous prions le lecteur de ne pas prendre à la lettre les quantités que nous indiquons ici. Il nous a bien fallu faire comprendre d'une façon grossière, en quelque sorte, ce que nous entendons par petits, moyens et grands épanchements.

CHAPITRE IX.

CONTRE-INDICATIONS DE LA PLEUROTOMIE.

Nous avons longuement étudié les conditions dans lesquelles l'opération de l'empyème semble appelée à rendre service à des malades plus ou moins compromis. Notre tâche est plus facile désormais et nous sommes heureux de pouvoir dire en tête de ce chapitre que le médecin ne sera que rarement réduit à une désespérante abstention.

Il faut bien savoir en effet qu'il n'est jamais trop tard pour une intervention énergique. Des malades arrivés en apparence au degré le plus extrême de l'hecticité ou près de succomber à une épouvantable asphyxie ont pu être sauvés par l'incision intercostale.

« Il n'est jamais trop tard pour faire l'empyème », dit Homolle (loc. cit.), et il rappelle un cas désespéré où Heitler opéra mourante pour ainsi dire une jeune fille de 16 ans qui entrait en convalescence trois mois après.

L'état puerpéral même qui imprime un caractère fatal en quelque sorte aux maladies qui l'accompagnent, ne

doit pas retenir la main du praticien. Trousseau (1) fit, dans ces conditions, deux ponctions à une femme chez qui la mort paraissait imminente. Plus tard, la plaie du trocart s'ouvrit spontanément, il se fit de plus une vomique et la malade guérit en fin de compte. La pleurotomie n'aurait certes pas moins bien fait dans ce cas que la ponction avec le trocart de Reybard.

Mais, s'il en est ainsi, quelles sont donc les contre-indications de l'incision intercostale ? A notre avis, ni dans l'état général, quelque grave soit-il, ni dans le fait d'une complication, à moins qu'elle ne doive entraîner fatalement la mort à bref délai, il n'y a de motif suffisant d'abstention.

On trouvera plus loin l'observation d'un malade qui guérit rapidement d'un empyème pratiqué malgré une abondante albuminurie liée à une altération profonde des reins, à laquelle il succomba cinq ou six mois après.

La tuberculose pulmonaire, voilà pour la plupart des auteurs la véritable contre-indication à l'opération de l'empyème. Mais tous ne lui donnent pas la même valeur et il y a matière à discussion. M. Moutard-Martin est formel : « Dans tous ces cas, dit-il, l'opération n'est pas indiquée, elle n'empêche pas la marche progressive de la fonte tuberculeuse ; elle n'a aucune chance de succès. Je suis donc absolument opposé à l'opération de l'empyème chez le tuberculeux, toutes les fois qu'il est possible d'acquérir la certitude de la tuberculose. » (Loc. cit.)

Est-ce donc un arrêt sans appel ?

Laënnec (2) est moins absolu et s'exprime ainsi au sujet

(1) Trousseau. Loc. cit., Clinique, t. I, p. 783.
(2) Laënnec. Loc. cit., t. II, p. 214.

de la tuberculose : « Cette circonstance est sans doute très grave, mais ne doit pas empêcher absolument l'opération de l'empyème, lors même qu'on aurait reconnu la pectoriloquie dans le sommet du poumon comprimé par l'épanchement, si d'ailleurs l'autre paraît sain. »

Cela nous semble être l'expression de la vérité et nous ne voudrions pas aller aussi loin que M. Libermann (1). Cet auteur, à propos d'un sujet guéri par l'empyème et le siphon de Potain, après insuccès des canules à demeure, écrit textuellement ce qui suit :

« Cet homme atteint de pleurésie purulente à la suite de pneumonie caséeuse a complètement guéri de sa pneumonie caséeuse et de sa pleurésie purulente. C'est là un fait bien démonstratif en faveur de l'utilité de la thoracentèse même dans la phthisie pulmonaire. »

Nous pensons qu'il y a quelques réserves à faire au sujet de la nature d'une induration qui disparaît si facilement. Mais, tuberculeuse ou non, qu'importe, il n'en demeure pas moins acquis, grâce à ce fait, qu'une lésion chronique localisée d'un poumon ne doit pas faire renoncer à la pleurotomie.

Il nous semble donc que l'on peut sans trop s'avancer dire ceci : le médecin, en discutant la valeur de l'opération dans un cas donné, ne devra pas tant tenir compte de la nature tuberculeuse des lésions pulmonaires que de l'étendue et du degré de la maladie. Il devra, en d'autres termes, s'efforcer d'apprécier, autant qu'il est possible, le temps de survie réservé au malade, s'il guérit de l'empyème.

Telle a été la conduite d'un médecin très distingué de la province, le Dr Farge, d'Angers, dans une observation

(1) Libermann. Union médicale, 1877. nº 3.

que nous rapportons plus loin (obs. XXI). Son malade, âgé de 17 ans, tuberculeux à la deuxième période avec *matité et craquements humides* longtemps persistants aux deux sommets, sortait guéri de l'Hôtel-Dieu d'Angers quatre mois après avoir subi l'opération de l'empyème.

Cet heureux résultat se maintenait trois ans après. Revu à cette époque, le malade avait engraissé et exerçait son pénible métier de plâtrier.

Sédillot (1) a écrit qu'un malade, soumis à la trépanation d'une côte pour combattre des accidents imminents de suffocation déterminés par un pyothorax, « dut à l'opération huit mois de vie. » Sa mort fut la conséquence inévitable de la tuberculose pulmonaire. Et cependant la trépanation qui intéresse le squelette et laisse persister longtemps une fistule osseuse est, on l'avouera sans peine, un traumatisme autrement sérieux dans le présent et dans l'avenir que l'incision de l'espace intercostal par laquelle on n'attaque que des parties molles.

Bien qu'il n'y ait pas une parité absolument égale entre l'œdème de la glotte et la pleurésie purulente chez des tuberculeux, nous pensons que dans le cas de lésions peu avancées, on ne doit pas plus refuser à celui-ci le bénéfice de la pleurotomie, qu'on ne refuse à celui-là le secours de la trachéotomie d'urgence.

C'est affaire de degré. Le poumon du côté malade n'étant que fort peu utile en somme, on examinera avec le plus grand soin l'organe opposé. S'il présente seulement quelques tubercules localisés au sommet, quand bien même il y aurait déjà des signes de ramollissement circonscrit, si d'ailleurs le malade n'est pas trop détérioré et si surtout le tube digestif a conservé à peu près son intégrité, aura-

(1) Sédillot. Contribution à la chirurgie, loc. cit., t. II. p. 579.

t-on le triste courage d'abandonner le malade à son sort ?

Par contre, on prendra le parti de l'abstention, si les lésions sont très étendues, quoique peu profondes (ramollissement ou infiltration plus ou moins diffuse, phthisie galopante, granulie), ou si elles sont au contraire plus circonscrites, mais très avancées (cavernes) ; enfin, si la tuberculose attaque le péritoine ou le tube digestif, ou s'il y a simplement une dyspepsie très accusée. Avec de pareilles conditions, le malade nous paraît impuissant à faire les frais de la guérison de sa pleurésie. Celle-ci est la complication ultime qui achève et consomme la ruine de l'organisme.

Il va sans dire également qu'une affection grave d'un ou des deux poumons, compromettant la vie par elle-même, est une contre-indication absolue. Nous avons vu pendant notre internat un malheureux garçon de 16 ans, atteint de pleurésie purulente à la suite d'une rougeole, succomber à une double broncho-pneumonie. Evidemment il ne peut venir à l'esprit de qui que ce soit d'intervenir dans de pareils cas, autrement que par la ponction capillaire.

Mais, n'y aurait-il pas de contre-indication dans certaines dispositions anatomiques de la pleurésie elle-même. Lorsque l'épanchement est réparti dans des loges séparées les unes des autres, M. Moutard-Martin conseille de ne pas faire l'empyème. Il se fonde sur ce qu'il a perdu tous les malades qu'il a opérés dans de telles conditions. Assurément, et il n'est pas besoin d'en donner les raisons, le cloisonnement d'une pleurésie purulente est une complication de la plus haute gravité. Est-ce à dire qu'il n'y ait pas de succès à attendre, de pareils cas étant au-dessus des ressources de l'art. Nous ne le croyons pas, et nous allons en fournir la preuve, preuve non décisive

à la vérité, puisque le malade dont nous racontons brièvement l'histoire est seulement très avancé dans la voie d'une guérison presque assurée d'ailleurs.

Nous devons la connaissance de ce fait remarquable à notre excellent maître, M. Bucquoy, qui nous a placé auprès du malade.

Obs. IX. — Pleurésie séreuse aiguë, — Une ponction. — Rechute. — Purulence de l'épanchement disposé par loges séparées. — 13 Ponctions. — Empyème. — Guérison à peu près certaine.

Le jeune X..., âgé de 19 ans, jusqu'alors bien portant, prend froid au collège. Début de pleurésie aiguë. On reconnaît bientôt la présence d'un épanchement; 1re ponction qui donne environ un litre de liquide parfaitement séreux.

C'était au mois de mai 1880.

Le jeune malade qui était soigné à l'infirmerie du collège se lève trop tôt, descend même dans la cour. Une rechute a lieu et le jeune homme est retiré de pension.

M. Bucquoy est appelé à lui donner des soins au commencement du mois de juin. Etat général assez mauvais, teint jaune, amaigrissement, frissons chaque jour. En même temps signes d'épanchement dans la région postéro-latérale de la plèvre gauche, empiètant même notablement sur l'aisselle; bien qu'il paraisse y avoir médiocrement de liquide, le cœur est refoulé etc. M. Bucquoy pratique une ponction vers le 15 juin, avec la crainte de rencontrer du pus. Il obtient 8 à 900 grammes d'un pus légèrement fétide couleur purée de pois. L'écoulement de cette quantité a eu lieu à *différentes reprises* et il a fallu porter le trocart dans *plusieurs directions*.

Le pus se reproduit jusqu'au mois d'août, trois ou quatre ponctions sont pratiquées, donnant de 1000 à 1500 gr. de liquide purulent, tantôt verdâtre, tantôt plus jaune, d'autres fois coloré en brun. M. Bucquoy soupçonne la présence de plusieurs cavités distinctes les unes des autres.

Le malade est amené à la campagne au mois d'août.

Vers la fin d'aout, en l'absence de M. Bucquoy, M. Moutard-Martin est appelé en consultation ; il n'est pas d'avis de pratiquer la pleurotomie pour les raisons que nous avons indiquées plus haut.

Nouvelle ponction avec le résultat habituel.

Septembre et octobre se passent très bien ; l'enfant reprend à vue d'œil et les signes physiques n'indiquent pas le retour de l'épanchement, on commence à croire à la guérison. M. Bucquoy lui-même, de retour dans les premiers jours d'octobre, partage l'illusion générale au début; mais bientôt il constate que le liquide se reforme, tandis que l'état général redevenait moins satisfaisant.

Bref, le malade subit jusqu'au 3 janvier des ponctions répétées tous les huit ou dix jours. La quantité habituelle était de 1000 à 1400 gr.

Enfin, le 10 janvier, M. Bucquoy, étant sûr désormais de ne pas avoir affaire à une pleurésie tuberculeuse, et le malade ayant subi en tout treize ponctions sans progrès manifeste, la pleurotomie est pratiquée avec *chloroforme*.

Large incision de *huit centimètres* environ. Le lit du malade est inondé de pus; la quantité peut en être évaluée à deux litres; d'abord couleur de chocolat au début, il était à la fin jaune verdâtre.

Application d'un gros tube de caoutchouc rouge. Soins consécutifs ordinaires. Deux fois par jour larges irrigations pleurales d'eau alcoolisée au 1|4 ou au 1|5e, au moyen d'un seau suspendu à une potence placée au dessus du lit, et qu'un long tuyau de caoutchouc garni d'un robinet faisait communiquer avec la sonde enfoncée dans la cavité pleurale.

La température s'élève à 38°4 le soir de l'opération, à 38°2 le lendemain, et le surlendemain une seule fois à 39°. Le matin elle s'abaissait à 37°2.

Huit jours après le thermomètre donnait 37° matin et soir, l'appétit redevenait vorace et le sommeil excellent.

Quinze jours écoulés depuis l'opération, le malade se levait. Il engraissait à vue d'œil.

A la date du 8 février, un mois environ après l'opération, il va aussi bien que possible, et localement, la cavité pleurale revient manifestement sur elle-même, quelques cuillerées à peine de liquide suffisent à remplir et à laver parfaitement la poche. Question de temps à part, la guérison est pour ainsi dire certaine.

Nous croyons que la conduite de notre maître est la meilleure à suivre dans les circonstances difficiles que nous avons retracées à grands traits.

Lorsqu'on aura des motifs suffisants de croire à une

pleurésie cloisonnée, on mettra d'abord en usage les ponctions aspiratrices, mais il sera préférable de les éloigner autant que le permettra l'état général du malade ; on peut espérer en effet que le liquide, en s'accumulant, détruira peut-être à la longue les brides et parois membraneuses qui séparent les diverses loges. Mais enfin, si l'on perd malgré tout du terrrain, l'incision intercostale reste encore l'ultima ratio du praticien. Dans un long trajet de 8 centimètres au moins, elle risque de rencontrer et d'ouvrir plusieurs poches séparées et, d'ailleurs, des lavages longuement prolongés et pratiqués au besoin avec une certaine force pourront achever la rupture des cloisons.

Nous ne nous flattons pas que de pareils résultats soient souvent obtenus, mais il suffit d'en avoir fait connaître la possibilité pour que l'espoir soit permis et une telle ligne de conduite autorisée.

Priant le lecteur de se reporter à ce que nous avons écrit à propos de l'empyème et de la tuberculose, nous dirons, pour généraliser notre conclusion, que la considération d'une mort certaine à courte échéance doit seule empêcher de recourir à la pleurotomie.

CHAPITRE X.

ÉTUDE COMPARÉE DE STATISTIQUES RÉCENTES (1872-1881).

Il nous reste à voir maintenant ce que la pleurotomie a donné entre les mains de quelques médecins français et étrangers. Comme la vulgarisation des appareils aspirateurs a modifié sensiblement la marche générale du trai-

tement de la pleurésie purulente, nous nous bornerons à comparer entre elles les statistiques les plus récemment publiées. Mais, comme on l'a dit avec esprit, la statistique est une arme à double tranchant dont le maniement exige quelque précaution. En général, on aime peu faire connaître ses revers. Bien des auteurs étalent au grand jour l'histoire de leurs triomphes, qui laissent dormir prudemment le récit de leurs défaites au fond de leurs cartons. Aussi avons-nous laissé systématiquement de côté les cas publiés isolément ou par petites séries exclusivement heureuses, et nous avons seulement recueilli les tableaux qui dressent impartialement la colonne des cas malheureux à côté de celle des succès. Nous espérons par là nous être plus sûrement approché de la vérité, tout en préférant rester en deçà d'elle, afin d'éviter toute exagération.

1872. M. *Moutard-Martin*, sur 17 opérés, n'a eu que 5 morts.

Soit 12 guérisons, dont	2 cas de fistule bronchique avec pneumothorax sans tuberculose; 1 kyste hydatique suppuré, et 9 pleurésies purulentes, sans fistule interne ou externe. Sur ces 12 guérisons, 7 ont eu lieu sans fistule persistante.
Et 5 morts, dont	2 pleurésies purulentes simples, sans fistule pulmonaire, sans tubercules; et 3 avec fistule pulmonaire, parmi lesquels 1 tuberculeux, 1 non autopsié et 1 pleurésie cloisonnée.

La mortalité ressort à 29.4 pour 100.

1874. M. *Martineau* (1) donne une statistique de 4 cas,

(1) Martineau. Union médicale, 1874.

traités par l'empyème après plusieurs thoracentèses successives.

4 cas dont 2 guérisons.

Et 2 morts. { 1 phthisique et un malade qui ne mangeait pas par idée de suicide; à l'autopsie, la pleurésie fut trouvée guérie.

La moyenne brute de la mortalité ressort à 50 pour 100. Mais si nous défalquons ce dernier malade, sans même le mettre à l'actif, nous comptons 3 cas avec 1 mort, ce qui donne 33.3 pour 100 de décès.

1875. M. *Peyrot* (1) publie un total de 7 observations, mais il y en a 2 à retrancher (1 cas de résection des côtes et l'observation de Hautefeuille publiée déjà dans le mémoire de M. Moutard-Martin).

Restent donc 5 opérations avec 1 mort (opéré en demi-asphyxie).

— — — et 4 guérisons { 2 sans fistule.
2 en voie de guér. certaine

Moyenne des morts : 20 pour 100.

Traube et Frantzel (in Revue d'Homolle, loc. cit.) ont fait connaître un relevé de 22 cas.

22 cas. { 13 guérisons. { 11 *sans fistules* consistant en :
{ 2 pleurésies putrides.
{ 2 pyo-pneumothorax putrides avec gangrène pulmonaire probable.
{ 7 pneumo-pleurésies.
2 avec fistules.

9 morts, dont { 3 tuberculeux.
1 pyo-pneumothorax tuberculeux.
1 pleurésie purulente après fièvre typhoïde, etc.

(1) Peyrot. Thèse, loc. cit.

La moyenne s'établit à 40.9, soit 41 pour 100.

Nicolich junior, de Trieste (1).

4 cas, dont	3 guérisons sans fistule, parmi lesquels un enfant de 3 uns. 1 mort, opéré en pleine cyanose.

La moyenne de la mortalité s'élève à 25 pour 100.

Steiger (de Lucerne) donne le bilan le plus malheureux, mais nous avons vu que cet auteur attend à la dernière extrémité pour agir et conseille l'*expectation* dans l'espoir d'une vomique.

6 cas, dont	Une seule guérison. 5 morts.

Moyenne des décès : 83 pour 100 ! (2).

Bull, Christiania (in Revue d'Homolle), donne la statistique de MM. Winge et Larsen, pendant les années 1874 et 1875. Sur un total de 30 cas, il y eut 22 guérisons et 8 morts.

30 cas.	22 gérisons, dont	13 guéris sans fistule. 3 guéris en apparence à leur départ. 6 guéris avec fistule.
	8 morts.	

La moyenne s'établit à 26.6 pour 100.

(1) Nicolich junior(de Trieste). Bull. Acad. Belg., décembre 1879.

(2) Tels sont les résultats d'une intervention trop longtemps retardée. Quelle différence avec la statistique de Peyrot qui, portant sur un nombre presque égal de malades (5 au lieu de 6), donne une mortalité de 20 p. 100 seulement !

J.-R. Goodhart (1) sur 24 cas compte 8 décès.

24 cas. — 16 guérisons.
- 7 guérisons complètes.
- 6 — avec fistule.
- 3 avec état chronique du poumon.

8 morts.

Soit une moyenne de décès de 33.3 pour 100, qu'il est possible de ramener à 30.4, car un des malades mourut d'abcès du cerveau, une fois l'empyème guéri.

Les observations inédites de pleurotomie que nous présentons dans ce travail sont au nombre de 10. Elles se décomposent en 6 guérisons et 4 morts.

10 *opérat.* — 6 *guérisons.*
- 1 empyème de nécessité.
- 1 pleurésie purulente avec mal de Bright.
- 1 pleurésie purulente simple.
- 1 pleurésie purul. avec fistule pulmonaire et pneumothorax.
- 1 pleurésie cloisonnée.
- 1 pleurésie chez un tuberculeux.

Sur ces 6 guérisons, 2 ont eu lieu sans fistules; chez 2 malades il persistait une fistule insignifiante au moment de leur sortie et 1 est sur la voie d'une guérison assurée. Le tuberculeux gardait une fistule à sa sortie de l'hôpital.

4 morts.
- 1 tuberculeux. — Infect. purulente?
- 1 autopsie manque.—Tuberculose aiguë?
- 1 pleurésie purulente au déclin d'une variole. — Opération tardive.
- 1 cas d'hémorrhagies pleurales répétées.

Nous en déduisons une moyenne de décès de 40 pour 100.

(1) J.-F. Goodhart. Guy's hospital Reports, 1877, loc. cit.

En résumant toutes ces statistiques, nous trouvons, sur 122 cas de pleurotomie, 79 succès et 43 insuccès, soit une moyenne de 35.2 pour 100 de mortalité.

	GUÉRISONS.	MORTS.	TOTAL.
Moutard-Martin.....	12	5	17
Martineau.....	2	2	4
Peyrot.....	4	1	5
Traube et Frantzel.....	13	9	22
Nicolich.....	3	1	4
Steiger.....	1	5	6
Bull de Christiana.....	22	8	30
Goodhart.....	16	8	24
Robert.....	6	4	10
	79	43	122

Mais si nous défalquons de ce tableau les résultats de la pratique de Steiger (1), qui fait l'opération dans les mauvaises conditions que l'on sait; si nous enlevons encore deux autres cas, celui de M. Martineau, dont le sujet mourut de faim guéri de son empyème, et celui de Goodhart, qui, également guéri, succomba à un abcès du cerveau, sans pour cela les porter à l'actif, ce qui serait permis à la rigueur, il nous reste un total de 114 cas de pleurotomie, se répartissant en 78 guérisons et 36 décès : ce qui nous donne une moyenne de 31.5 pour 100 de mortalité.

Ce chiffre, résultant de statistiques de toute provenance et de date récente, de 1872 à 1881, nous ramène presque à la moyenne de M. Moutard-Martin, qui, nous le rappelons, s'élève à 29 pour 100.

Nous manquons de termes de comparaison entre les résultats de la pleurotomie et ceux des autres traitements

(1) 6 cas, dont 5 morts et une seule guérison.

de la pleurésie purulente. M. Goodhart (1) a cependant dressé le tableau comparé de cas traités par divers procédés. Ce document n'a d'ailleurs qu'une valeur très relative, car certains sujets, appartenant à telle ou telle catégorie, ont subi par la suite l'incision intercostale qui a consommé leur guérison ; de sorte qu'en somme, c'est à l'actif de l'empyème qu'il faudrait les compter. M. Goodhart a d'ailleurs fait à part cette statistique spéciale et est arrivé comme M. Moutard-Martin au chiffre de 29 pour 100 de mortalité.

TRAITEMENTS.	GUÉRISONS.	MORTS.	OBSERVATIONS.
A. Expectation.....	4	11	
B. Simple aspiration....	0	2	
C. Paracentèse.....	3	2	
D. Drainage et injections.	1	0	
E. Subaqueous drainage.	18	13	Quelques-uns de ces cas ont été plus tard soumis à l'incision.
F. Empyème de nécessité.	11	0	
G. Incision au lieu d'élect.	6	6	
	43	34	

Il suffit de jeter les yeux sur cette liste pour demeurer convaincu que, (mis à part l'empyème de nécessité dont plusieurs cas ont dû être largement incisés par la suite), les résultats de la pleurotomie, qui donne 29 à 30 morts pour 100 seulement, ne le cèdent à ceux d'aucun autre procédé. Si nous remarquons de plus que l'empyème est la dernière ressource après l'échec évident de traitements antérieurs, et par conséquent pour les situations les plus graves, il nous sera permis de dire que cette belle opéra-

(1) Goodhart. Empyema and its treatment, loc. cit.

tion ne trompe que dans des cas tout à fait désespérés la confiance des praticiens.

Nous osons même espérer qu'entourée de soins plus minutieux et mieux réglée dans son emploi, moins timidement pratiquée en un mot, elle donnera des résultats de plus en plus encourageants.

Si ce modeste travail, dont l'intention est purement pratique, pouvait quelque peu contribuer à mieux faire étudier dans l'avenir les indications et les contre-indications de la pleurotomie, nous nous déclarerions d'avance pleinement satisfaits de nos efforts.

Nous ne pouvons pas avoir d'autre ambition, en traitant d'une opération aussi vieille que la médecine elle-même, mais aussi est-ce une affection des plus redoutables qu'elle est appelée à combattre, et nous tenons à rappeler en terminant la phrase si caractéristique placée en frontispice à notre première page.

« La pleurésie purulente est une maladie tellement grave, qu'il est déjà bien beau de la guérir quelquefois, sans avoir la prétention de la guérir toujours. » Moutard-Martin.

OBSERVATIONS

Obs. X (personnelle). — Pleurésie hémorragique suppurée. 9 ponctions aspiratrices. — Guérison apparente après deux injections phéniquées. — Empyème de nécessité. — Incision cutanée. — Fistule pleuro-bronchique. — Mort. — Tuberculose commençante.

Le nommé Masson (Chrysostôme), âgé de 39 ans, blanchisseur, entre le 14 juillet 1877, à l'hôpital Temporaire, salle Ste-Hélène, n° 15, dans le service de M. le Dr d'Heilly.

Cet homme, qui jouit d'une bonne santé ordinaire et n'a jamais été malade, est depuis six mois atteint d'un malaise progressif. Il y a surtout quinze jours qu'il éprouve des palpitations et de l'étouffement. Une charge un peu forte le fatigue aussitôt; enfin ses forces diminuent.

A son entrée à l'hôpital, le teint est coloré; c'est un malade vigoureux et qui possède un large thorax. Cependant la respiration paraît plus fréquente, et il se sent oppressé de temps en temps.

Pas de fièvre, toux sèche, pas de crachats; bon appétit et bon sommeil. Décubitus indifférent; cependant il respire mieux couché sur le coté gauche.

Ce coté de la poitrine est bombé et se soulève mal dans l'acte respiratoire. Une matité absolue existe dans toute la hauteur, aussi bien en arrière dans la fosse sus-épineuse, qu'en avant sous la clavicule. Les vibrations thoraciques n'existent que dans les parties supérieures, elles sont abolies inférieurement. Léger souffle lointain dans la fosse sus-épineuse et sous la clavicule; ailleurs silence absolu. Egophonie et pectoriloquie aphone également dans les parties supérieures. Nulle part de frottements. Enfin, le cœur très dévié fait entendre le maximum de ses battements à droite de la pointe du sternum; la pointe bat à droite dans le creux épigastrique. Pas de souffle d'ailleurs. Il y avait, à n'en pas douter, un vaste épanchement remplissant toute la cavité pleurale gauche. Bien que l'asphyxie ne fût pas imminente, la considération du refoulement considérable du cœur décida l'interne de garde à lui faire le soir même une ponction avec l'appareil Dieulafoy.

Pratiquée dans le 7e espace intercostal, suivant la ligne axillaire, elle donna issue à un liquide tellement hématique, qu'il avait la consistance poisseuse et la couleur rutilante. On borna volontairement l'issue du liquide à 500 grammes.

Pas de toux à la suite, pas d'expectoration, absence absolue de malaise La nuit est bonne. Potion de Todd.

Après la ponction, les signes physiques ne se sont guère modifiés, mais le cœur ne bat plus qu'à gauche de l'appendice xiphoïde — Chiendent nitré 2 grammes.

Nouvelle ponction le lendemain 15 au matin. On ne peut obtenir que 240 grammes seulement du même liquide. Pas de malaise.

Le 25 juillet, le gros trocart de l'appareil Potain extrait un litre 1|2 de liquide. On arrête à dessein l'écoulement. Toux violente et quinteuse à la fin.

Le soir, son crachoir renferme 4 a 5 cuillerées à bouche au moins d'un liquide spumeux, blanchâtre et transparent, mêlé d'une quantité assez considérable de sang très rouge qui le colore par places. Ces crachats ont été rendus depuis la ponction, à plusieurs reprises, dans les quintes. Il n'a pas pu déjeuner, mais il se sent déjà mieux. La respiration est plus libre. Cependant, il peut à peine se coucher et suffoque aussitôt.

Les signes physiques se modifient sensiblement. La matité a presque disparu des fosses sus et sous-épineuses. La sonorité est complète à la partie antérieure. Par contre, la matité persiste sous l'aisselle. Peu de souffle, peu d'égophonie dans la région postérieure, silence à la base et dans l'aisselle. *En avant*, le cœur n'a pas éprouvé la déviation vers son siège normal qu'on pouvait attendre. C'est à peine si la pointe a tout à fait dépassé la ligne médiane pour revenir à gauche.

3 août, 4e *ponction*. 1600 gr. de liquide de même nature; pas d'hémoptysie cette fois ; mais douleurs vives pendant la ponction et suffocation la nuit suivante pendant laquelle le malade est forcé de se lever à plusieurs reprises.

Diarrhée quelques jours après, bientôt arrêtée. Vers le 7 ou le 8 août, apparaît un peu de fièvre, le soir, en même temps que le malade perd l'appétit et ses forces. Le teint jaunit. Pas de modifications du coté de la plèvre. — Pas d'œdème de la paroi.

Température. — Le 13, soir 38,4.

Le 14, matin 39,1 ; soir 38,5.

Le 15, matin 38° ; soir 39,7.

Le 16, matin 38,4 ; soir 39,5.

Le 17, matin 37,4 ; soir 39°.

Le 16. 4 grammes extrait de quinquina à ajouter à la potion de Todd. Large vésicatoire, le malade refusant presque la ponction. L'état général ne se modifie pas et l'épanchement revient à son niveau primitif. Le cœur

bat aussi à droite qu'il a jamais été. Depuis huit à dix jours, les crachats sont brun-noirâtre, d'une couleur assez analogue à celle de l'épanchement.

Le 21, 5e *ponction.* — 1,600 grammes d'un liquide brun rougeâtre assez épais, d'une odeur légèrement sulfhydrique, visiblement purulent. Toux violente amenant une expectoration teintée et d'*odeur fade.* On suspend à dessein la ponction. Une fois le trocart (n° 1) retiré, l'écoulement continue sous le pansement avec des quintes répétées. La soirée est bonne, 38°; pas de fièvre la nuit.

Le 22. Il y a encore beaucoup de liquide. — 2 grammes chloral.

Le 27, 6e *ponction.* — 1,700 grammes de liquide très nettement purulent, avec une odeur sulfhydrique des plus prononcées. Le soir, signes physiques ordinaires après les ponctions.

5 septembre, 7e *ponction.* — 1,100 grammes de pus très fétide. Ecoulement lent de 10 minutes environ ; aucun incident ne se produit.

Le 13. La fièvre ayant presque aussitôt reparu, 8e *ponction.* — 2,500 grammes de pus très fétide brun foncé. Injection de 500 grammes d'eau phéniquée (2/500), qu'on retire ensuite, après un contact de quelques minutes avec la plèvre. Rien à noter après la ponction, qu'un peu d'écoulement du pus par la piqûre du trocart (gros calibre).

Le 22. On introduit une canule à demeure. On retire par cette voie 1,600 grammes environ de pus moins coloré et beaucoup moins fétide que les jours précédents. Injection de 4 à 500 grammes d'eau phéniquée.

Les 23 et 24. Au matin, on essaie infructueusement de réitérer l'injection ; malgré une *perméabilité parfaite* de tout l'appareil, il est impossible de faire pénétrer plus de 10 à 20 grammes de liquide. On réintroduit le trocart dans la canule qui restait à demeure. Du reste, une fois l'appareil retiré, il est facile de constater de nouveau que rien n'était bouché. Comme on ne saurait admettre que la cavité soit revenue sur elle-même, puisqu'elle a fourni 1,600 grammes de pus il y a deux jours, il est plus rationnel de supposer que le pus renferme des détritus *solides* qui font corps étrangers.

Malgré tout, l'état général est meilleur, la fièvre baisse, elle atteint 38° à peine le soir et le malade récupère ses forces. En même temps on constate que le cœur s'est replacé davantage à gauche et l'on entend des frottements sourds dans la fosse sous-épineuse. Engraissement rapide ainsi que le montrent les pesées suivantes.

3 octobre. 118 livres.

Le 10. — 124.

Le 17. — 128.
Le 24. — 128.
Le 31. — 130.

Il y a donc eu un gain de 12 livres en un mois. Le malade part guéri *en apparence* pour Vincennes le 5 novembre. Il y a encore à cette époque une matité étendue avec obscurité de la respiration à la partie postérieure. Le cœur n'a pas repris tout à fait sa position normale; cependant une certaine rétraction commence à s'accuser déjà. En tout cas, plus de dyspnée ni de douleurs, et les forces sont presque entièrement revenues.

Masson rentre dans le service après une absence d'un mois, il a fait à Vincennes un séjour de deux semaines. Le temps était humide, il y a pris froid et s'est remis à tousser et à cracher. Douleurs vagues dans les reins et dans les membres. Rentré chez son patron au sortir de la maison de convalescence, il a voulu reprendre son travail, mais les forces lui faisaient défaut et la toux et l'expectoration ne cessaient d'augmenter.

Il rentre à l'hôpital Temporaire le 5 décembre. A cette époque le facies n'est pas altéré, mais notre malade a maigri et est en somme moins bien portant qu'à sa sortie, il y a un mois. Signes de bronchite généralisée, mais peu intense. En même temps, l'expectoration jaunâtre, purulente (c'était du pus en nature sans fétidité cependant) est beaucoup plus abondante que ne le comporte l'étendue et l'intensité de la bronchite. La quantité rendue s'élevait en effet à deux crachoirs ordinaires dans les vingt-quatre heures. Avec cela, nulle fétidité et aucun signe de dilatation bronchique. Il y avait cependant le matin une sorte de petite vomique, le malade ayant à son réveil coup sur coup plusieurs quintes, toutes suivies du rejet de crachats purulents.

Du côté de la plèvre malade, rien de nouveau, si ce n'est la légère modification suivante. Tout à fait en arrière, c'est à peine si l'on retrouve en bas une petite zone de submatité avec affaiblissement du bruit respiratoire. Donc, pas de poche pleurale à ce niveau. Mais dans l'aisselle, la zone de matité et de silence est plus accusée et remonte plus haut; peut-être y a-t-il là un reste d'épanchement. Quoi qu'il en soit de ces signes assez obscurs, ce qui paraît dominer actuellement, c'est la bronchite avec les réserves formulées ci-dessus. Le sommeil est mauvais, car il y a quelques élancements dans la cuisse droite; l'appétit reste bon et l'état général passable. Il y a peu de fièvre le soir, 38° à 38,4 au plus.

7 décembre. Le malade se plaint le soir de ressentir un peu de douleur dans le côté gauche *latéralement*, « avec une certaine enflure. » Cette enflure est une tuméfaction indolente à la pression, sans rougeur à la peau,

fluctuante, et qui paraît se tendre par la toux; elle siège au-dessous de la matité signalée précédemment et descend plus bas que les espaces intercostaux. Il y a aussi une réductibilité partielle. Rien à l'auscultation.

En face de ces caractères, il était difficile de ne pas admettre l'existence d'une poche pleurale avec une *fistule pleuro-sous-cutanée.*

9 décembre. *Incision.* M. Rendu, après une ponction aspiratrice qui ne donne rien, incise à ciel ouvert la collection purulente. Ce n'est pas un empyème véritable, car il se borne à inciser la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Il s'écoule une quantité considérable de pus, absolument disproportionnée avec le volume de la poche en question (1/2 orange).

Ce pus est tout à fait semblable à la matière des crachats. Il est jaune bien lié et sans odeur.

Quand la poche sous-cutanée semble tout à fait évacuée, les quintes de toux en font encore sortir des flots de pus. C'est bien là la meilleure preuve d'une communication de la poche sous-cutanée avec la plèvre.

Mais il faut soupçonner aussi l'existence d'une fistule pleuro-bronchique, vu l'abondance et le caractère franchement purulent de l'expectoration. Une autre preuve indirecte de cette communication du foyer avec le poumon a été fournie dans la suite par ce fait que, du jour où l'incision a permis l'issue facile du pus au dehors, les crachats purulents ont pour ainsi dire cessé.

L'état général du malade s'est rapidement amélioré.

Fin décembre. L'écoulement du pus est toujours facile, il y a très peu d'expectoration. Par suite sans doute de l'obliquité de la fistule pleuro-cutanée et de la fistule bronchique, il ne paraît pas être entré d'air dans la plèvre, ou du moins il n'y en a pas de signes. Lorsque le malade tousse, le pus sort sans mélange de bulles d'air.

Du reste la poche sous-cutanée, qui a rendu l'incision nécessaire au point même où elle siégeait, se trouvait très inférieurement située sur la ligne axillaire, presque au niveau du rebord des fausses côtes. Au moment même de l'opération, M. Rendu a bien cru sentir profondément, et très obliquement situé derrière la commissure postérieure de la plaie, un *point déprimé* entre deux côtes et qui paraissait être l'orifice de la fistule pleurale. Mais cette sensation, obscure et passagère d'ailleurs, n'a pu être retrouvée par la suite.

L'état général et local du malade persiste durant le mois de janvier sans autre modification.

A la fin de janvier, la poche pleurale paraît se vider moins facilement; les cataplasmes sont à peine souillés de pus, mais en revanche le crachoir

recommence à se remplir. Il est probable que les deux orifices persistent et que le pus s'échappe indifféremment par celui dont l'ouverture est le plus largement perméable.

La fièvre s'allume de nouveau et la santé générale décline. Le pus stagne évidemment. Cependant la plaie n'est pas fermée; mais, comme le trajet est très indirect de ce côté, M. Rendu cherche à drainer directement la poche pleurale.

Un stylet parvient à s'enfoncer de 10 à 12 centimètres dans une direction oblique en arrière, à gauche et un peu en haut. Mais pour y passer un drain, la voie n'est pas assez large. Après l'application de quelques tiges de laminaria, la chose devient enfin possible et un tube à drainage est établi d'une façon permanente dans le kyste pleural. C'était du 10 au 15 février 1878. Injections détersives.

L'état général ne tarde pas à s'améliorer, mais ce mieux ne dure pas.

A la fin de février on constate dans la plèvre, du côté opposé, les signes d'un épanchement léger compliqué probablement de congestion pulmonaire. L'épanchement ne paraît pas s'accroître avec rapidité. Cependant le malade succombe presque subitement après une courte agonie, le 5 mars au soir.

Autopsie le 7 au matin. A droite, épanchement séreux d'un litre et demi au moins; de ce côté, la plèvre viscérale offre un semis de granulations tuberculeuses grises, disposées très nettement en série, dans les intervalles des lobules pulmonaires, sur le trajet des lymphatiques. Il y a comme une injection lymphatique tuberculeuse.

A gauche le poumon, qui a recouvré en partie son expansion, présente quelques tubercules. On retrouve la fistule pleuro-bronchique, à la jonction des deux faces latérale et inférieure, près de la base de l'organe. Le kyste pleural, en voie de guérison, s'étendait moins sous la base qu'on ne l'avait cru et remontait encore assez haut latéralement.

Le cœur est sain.

Rien dans les autres organes.

Obs. XI (personnelle). — Pleuro-pneumonie gauche. — Pleurésie purulente à la suite. — Thoracentèse. — Reproduction du liquide ; vomique. — Persistance de la fistule bronchique sans pneumothorax. — Influence de la position sur l'écoulement du pus. — Tuberculose consécutive surtout péritonéale. — Mort.

Pierron (Jean Pierre) âgé de 46 ans, potier de terre, entre à l'hôpital Cochin le 20 janvier 1880, salle Saint-Philippe, n° 9, dans le service de M. le Dr Bucquoy.

Il a encore son père et sa mère âgés de 83 et 84 ans.

Il a été atteint du choléra en 1854.

Malade depuis le 2 janvier, il fut pris alors de point de côté dans l'hypochondre gauche avec irradiations à l'épaule et à la partie antérieure du moignon deltoïdien. Toux sans expectoration, il travaillait nonobstant.

Du 15 au 18 janvier, il persiste dans ses efforts; mais le travail est pénible, pas d'appétit; enfin il est forcé de s'arrêter tout à fait le 18 janvier. car le point de côté a repris une nouvelle intensité dans la nuit du 15 au 16.

A son entrée, le 20, facies inflammatoire, fièvre assez vive (39°,2).

Du côté gauche en arrière, matité dans le tiers inférieur, tout à fait en bas silence respiratoire; souffle doux au-dessus ; pas de vibrations au niveau du silence, elles sont affaiblies au-dessus. Œgophonie faible. Rien à droite qu'un peu de respiration supplémentaire.

Le 26. Vésicatoire. Pas de changement.

Sur cette pleurésie légère est venue se greffer une pneumonie aiguë catarrhale, comme il y en a eu beaucoup pendant les trois premiers mois de 1880. Vomissements le 7 février, crachats verts pré etc.

Pour abréger, nous passons rapidement sur cette pneumonie qui entrait en résolution le 17 février.

20 février. On note que la résolution de la pneumonie est terminée ; mais il persiste de la matité avec faiblesse respiratoire et souffle dans une notable étendue du côté gauche en arrière et jusque dans l'aisselle.

1er mars. Aggravation des signes physiques; silence jusqu'à la pointe de l'omoplate, souffle dans la fosse sous-épineuse.

Le 4, vésicatoire. Potion avec acétate d'ammoniaque 2 gr. et teinture de digitale 0,75 centigr.

Le malade, quoique mangeant de bon appétit, n'engraisse pas et reste

avec une figure jaunie et fort amaigrie. La température s'élève le soir au-dessus de 38°. Pas de frissons cependant.

Le 6, il se lève pour la première fois.

Les signes physiques augmentent surtout dans l'aisselle où le silence est absolu dans une grande étendue. En avant, il y a maintenant un son tympanique à tonalité très élevée. Diarrhée.

Le 10. La diarrhée cesse ; l'état général ne s'amende pas pour cela.

Le 18. Infiltration œdémateuse péri-malléolaire.

Le 19. Immobilité absolue des six ou huit derniers espaces intercostaux gauches ; le cœur est un peu déplacé. Le kyste pseudo-pleural *purulent?* paraît siéger sur les confins des régions axillaire et postérieure, là où la matité et le silence sont absolus, sans vibrations vocales. On y trouve d'ailleurs un œdème notable mais mal localisé : quant à la voussure, elle est très appréciable à la main et à l'œil.

Mensuration thoracique....	Côté droit sain.....	43 centimètres.
	Côté malade.....	47 »
	Différence	4 centimètres.

38° au moins chaque soir, toujours pas de frissons. L'appétit restant bon, le malade n'engraisse pas.

Le 22, quelques petits frissons le soir depuis le 20.

La peau est un peu chaude, et moite ce matin ; pommette gauche plus colorée que la droite. Le décubitus latéral droit est impossible ; le malade étouffe aussitôt et tousse d'une toux quinteuse et sans expectoration.

Le 26, ponction dans le 7e espace, un peu en arrière de la ligne axillaire. 2,800 *gr. de pus*. Quintes de toux, douleurs thoraciques.

Après la ponction, le cœur revient plus à gauche, sous le mamelon. Dans l'après-midi, bien être sensible. Soir, T. Axill. 36°,4, pouls 108.

Mensuration thoracique....	à droite.....	445 millimètres
sous le mamelon.....	à gauche.....,.....	445 »
	Différence	nulle.

La respiration a reparu affaiblie en arrière, avec quelques frottements dans la fosse sous-épineuse.

Latéralement, au tiers inférieur, *tympanisme* à tonalité élevée sans bruits amphoriques. Frottements en avant sous l'aisselle.

Le 29. Frottements en avant dans toute la hauteur ; amélioration continue.

2 Avril. Les signes physiques ont reparu, quoique atténués, dans les mêmes régions. Etat général dans le statu quo.

Le 4. A une heure de l'après-midi, le malade est pris d'une quinte de toux plus violente que d'ordinaire et rend un liquide jaune rougeâtre, évidemment purulent.

Le 5. Le 2, on avait marqué au nitrate d'argent les limites où la respiration cessait d'être entendue. Aujourd'hui, en avant comme en arrière, elle semble avoir gagné quelque terrain. (Retrait probable de la poche pleurale.)

Après-midi, le malade en allant à la garde-robe est pris d'une quinte pendant les efforts et rend coup sur coup avec facilité 10 à 12 crachats composés d'un pus fade, presque pur, couleur purée de pois.

Le 6. Même expectoration. L'état général reste bon. C'est surtout en avant, dans l'aisselle, que le champ respiratoire paraît s'être étendu. *La fistule* siège peut-être en avant de l'aisselle, car on entend un peu au-dessus et en dehors du mamelon un souffle à timbre creux, mêlé de râles de gargouillement. Rien de pareil ne s'entendait avant la vomique

Le 20. L'état général s'est beaucoup amélioré pendant les quinze derniers jours ; les forces reviennent. L'état local est à peu de chose près le même et la cavité pleurale ne paraît pas s'oblitérer. Au devant de l'aisselle, au-dessous du sommet, existe toujours un souffle caverneux, mêlé de gros râles sous crépitants. M. Bucquoy pense que ces signes indiquent le siège de la fistule, et de fait, il arrive souvent, à la visite du matin, qu'on n'entende rien quand on commence à ausculter le malade ; puis, le faisant tousser, on voit apparaître les signes précédents, en même temps que le malade expectore des mucosités fortement chargées d'un pus inodore, couleur purée de pois. *Pas de bruits amphoriques.* Fréquemment examiné, le malade n'a jamais présenté de signes de pneumothorax même limité.

8 mai. Le malade tousse davantage depuis deux jours ; l'appétit diminue ; il reste toujours amaigri avec un teint jaunâtre. A l'auscultation, râles sibilants et ronflants dans toute l'étendue des poumons à droite surtout ; 2 gr. d'ipéca.

Le 9. Soulagement marqué, les râles persistent au sommet droit.

A gauche rien de nouveau. Crachats muco-purulents de bronchite, avec d'autres presque uniquement formés de pus ayant les caractères déjà indiqués. Les sueurs ont reparu la nuit.

Quelquefois le soir, on note plus de 38°.

Du 9 au 23. L'état général s'est peu amendé ; il semble que la bronchite se localise au sommet droit et l'on suspecte la tuberculose. Il y a aussi des

râles muqueux à gauche au sommet; mais ils ne sauraient avoir de valeur à ce dernier point de vue, puisqu'il s'agit du côté malade. Au devant de la région axillaire, on n'entend plus le souffle et les râles sous crépitants, qu'en faisant tousser le malade, pour *amorcer* en quelque sorte la *fistule*. En fait, l'expectoration a beaucoup diminué; le malade ne rend plus guère qu'un crachoir dans les 24 heures. Pas de fièvre le soir. Il part à Vincennes le 7 juin.

A cette époque, le sommet droit semble tout à fait dégagé. L'état général est décidément en progrès ; et le champ respiratoire parait s'être étendu.

Le 5 août. Pierron sollicite de nouveau son admission à l'hôpital.

Il a passé dix-sept jours à Vincennes, et, en quittant l'asile, malgré un état général toujours bon, il crachait davantage qu'à l'entrée (environ un plein crachoir au lieu d'un demi-crachoir dans les vingt-quatre heures). Le pus était toujours sans odeur d'ailleurs et notre malade expectorait surtout le matin en se réveillant.

Il rentre chez lui, mais incapable de travailler et même de faire un effort quelque peu soutenu; il continue à tousser et à cracher beaucoup, surtout le matin et la nuit. Presque toutes les nuits, il est réveillé par des quintes entre minuit et deux heures et ne peut se rendormir que lorsque l'expectoration a eu lieu. Lui-même a remarqué qu'en s'allongeant dans la position horizontale sur l'un ou l'autre côté, mais surtout *couché sur le côté* droit, presque aussitôt il rendait un demi-crachoir de pus qui s'écoulait pour ainsi dire *tout seul*. Quelques secousses de toux terminaient la vomique.

Peu d'appétit, peu de sommeil (à peine quatre heures par nuit). Depuis six semaines, Diarrhée persistante, peu abondante mais presque quotidienne. Le faciès nous paraît un peu amaigri depuis son départ pour Vincennes, à la date du 7 juin ; il y a deux mois ; mais le malade prétend se sentir un peu moins faible ; cependant, malgré son optimisme habituel il se reconnaît incapable de tout travail. Pas de frissons, mais les malléoles présentent quelquefois un léger œdème le soir.

Examen local. Côté gauche manifestement dilaté.

Mensuration...	à droite : . . .	435	millimètres
	à gauche. . . .	455	»
	Différence	20	millimètres pour le côté gauche.

Il n'y a pas d'œdème circonscrit, mais un état lisse de tout le côté qui voile en quelque sorte les espaces intercostaux, surtout dans la région axillaire. Les quatre ou cinq dernières côtes ne participent pas à l'ampliation inspiratoire. Vibrations vocales abolies dans le tiers inférieur, affaiblies

au dessus et près de la colonne vertébrale. Matité absolue dans la même étendue. C'est toujours latéralement dans l'aisselle que les signes prédominent. En arrière, près de la colonne, respiration faible avec quelques frottements légers, silence latéralement. Dans le haut de la fosse sous-épineuse souffle et bronchophonie. Nulle part d'égophonie. Frottements au niveau du mamelon ; râles sous crépitants au devant de l'aisselle ; quelques-uns plus rares au sommet. Le kyste pseudo-pleural persiste sans grandes modifications depuis le départ du malade, il y a deux mois. Le cœur bat sous le mamelon.

A droite, il se plaint d'une douleur dans l'hypochondre droit depuis deux jours. On ne découvre rien ; pas de pleurésie sèche ; Pas le moindre signe au sommet ; décidément il ne paraît pas être tuberculeux, au moins d'après le seul examen physique.

Nous nous sommes assuré de l'influence que le décubitus latéral droit avec inclinaison de la partie supérieure du tronc exerce sur l'écoulement du liquide. Etendu de cette façon sur le côté droit (et même aussi sur le gauche), le malade, surtout quand il n'a pas craché depuis quelque temps rend assez facilement du pus presque pur. Nous lui avons vu rendre ainsi le quart d'un crachoir en moins de cinq minutes. Puis quelques quintes surviennent, il est alors forcé de se remettre sur son séant et continue encore à expectorer quelques crachats muco-purulents avec des efforts de toux assez pénibles.

Telle était la situation du malade, lorsque je pars en vacances le 15 août. Il est convenu avec mon successeur qu'on va recourir d'une façon méthotique à l'influence de la position, pour essayer d'obtenir l'effacement du kyste pleural, toniques en même temps, viande crue, alcool, etc.

A mon retour le 25 septembre, la situation est modifiée du tout en tout, il n'y a même pas lieu de songer à intervenir désormais.

Localement il n'y a aucun changement, mais, dans l'état général, c'est au pire. Amaigrissement extrême, œdème péri-malléolaire persistant. Nu appétit, diarrhée profuse, quelques vomissements en toussant. Le ventre frappe par son développement considérable; uniformément météorisé sans matité complète nulle part; il offre une consistance pâteuse toute spéciale, avec de légères douleurs à la pression çà et là. Une péritonite tuberculeuse ne fait pas de doute ; cependant le sommet droit ne présente toujours pas de signes évidents.

Fièvre hectique. Frissons et sueurs la nuit. Bref, Pierron succombe sans nouvel incident le 5 octobre à midi.

Autopsie, le lendemain à 11 heures.

Nous trouvons dans la plèvre gauche un large kyste purulent, commen-

çant sur les confins de la région axillaire en avant, en arrière s'étendant jusque auprès de la colonne vertébrale. En haut, il entoure le sommet du poumon et envoie un prolongement jusque dans la fosse sus-épineuse, lequel est relié à la cavité principale par un étranglement siégeant vers la tête de la troisième côte. Partout, dans l'étendue de ce kyste pleural, les parois sont tapissées d'une membrane pyogénique pultacée, gris jaunâtre, dont on enlève par places des lambeaux par le raclage, mais très adhérente cependant dans la plus grande partie de son étendue.

Sur une section de la plèvre, on trouve, au-dessous de cette couche pulpeuse qui fournissait évidemment le pus, une couche gris bleuâtre, fibroïde, dont l'épaisseur varie de un à plusieurs millimètres, et qui envoie dans l'intérieur du parenchyme pulmonaire des tractus scléreux, entrecroisés, qui emprisonnent le tissu pulmonaire atélectasié, surtout dans les parties inférieures de l'organe.

Cependant, une notable partie du poumon est encore exempte de cette pneumonie interstitielle; elle reste souple, perméable à l'air et présente une coloration noirâtre, au lieu de la couleur gris rougeâtre. comme charnue, ordinaire aux parties atélectasiées.

Dans la partie moyenne du septième espace intercostal, existe un *pertuis* de la dimension d'un tuyau de plume d'oie, conduisant par un trajet oblique dans le kyste pleural. Une légère quantité de pus s'était même épanchée dans le tissu cellulaire sous-cutané à ce niveau.

Quant à la fistule pleuro-bronchique dont l'existence était évidente, on a pu la trouver dans les parois du foyer, au niveau du *troisième espace intercostal gauche*. sous forme d'une dépression en cul de poule, où se continuait évidemment la membrane pyogénique, mais dans laquelle il ne fut pas possible d'introduire un peu loin une sonde cannelée, à cause de la grande obliquité du trajet.

Absence absolue de toutes lésions tuberculeuses anciennes ou récentes dans le poumon gauche.

Le *parenchyme* pulmonaire, à droite, ne présente également aucune lésion tuberculeuse apparente. Tout à fait au sommet existe une petite cicatrice froncée, pour ainsi dire imperceptible; mais on trouve çà et là sur la plèvre des lésions de pleurésie sèche avec un piqueté hémorrhagique, manifesté par la présence de petits points ecchymotiques. Dans ces mêmes points, en grattant la plèvre et en faisant disparaitre les néo-membranes, on met au jour de petites granulations tuberculeuses grosses comme une tête d'épingle, paraissant suivre le trajet des vaisseaux lymphatiques. Ces

lésions sont surtout marquées vers *la base* et s'éteignent à mesure qu'on s'éloigne de cette région de l'organe.

Le péritoine viscéral est *criblé* de granulations grises naissantes. On en trouve beaucoup sur le mésentère et sur le péritoine pariétal. Nous retrouvons encore ici cette tendance hémorrhagique que nous avons signalée à propos de la plèvre droite.

Il ne paraît pas y avoir de lésion de l'intestin.

Foie : gras jaunâtre.

Reins : le gauche est un peu ratatiné et dur à la coupe.

Cœur : le cœur est mou et flasque. Epaississement du bord libre de la valvule mitrale. Rien aux sigmoïdes. Quelques points jaunâtres d'athérome à la naissance de l'aorte,

Rien dans le cœur droit.

Les autres organes ne présentent rien de particulier.

Obs. XII (personnelle). — Grossesse, albuminurie, endocardite, infarctus pulmonaires, pleuro-pneumonie, pleurésie purulente, deux ponctions, quelques gouttes de pus la première fois, 250 gr. environ la seconde. — Guérison.

Joré (Victorine) âgée de 36 ans, journalière, entrée le 25 février 1880 à l'hôpital Cochin salle St Jean n° 8.

Nous passerons rapidement sur les incidents pathologiques variés qu'a présentés la malade avant sa pleurésie purulente. *Antécédents héréditaires*; père mort poitrinaire, mère asthmatique. *Antécédents personnels*: réglée à 14 ans avec peine, menstruations régulières, tempérament nerveux, crises de nerfs de temps en temps; à 15 ans variole dont elle porte encore les traces. Première grossesse à 19 ans, sans accidents, ainsi que la seconde survenue à 26 ans ; depuis cette dernière époque, la malade est fréquemment indisposée d'une façon passagère. Troisième grossesse qui s'est terminée il y a cinq semaines, le 16 janvier, par la naissance d'un enfant à terme, bien vivant mais petit. A la fin de sa grossesse la malade ressentait de la céphalalgie, quelques troubles de la vue, un peu d'œdème des jambes et des paupières, palpitations depuis au moins deux mois, toux fréquente. Elle sort de la Maternité de Cochin dans les premiers jours de février, assez bien portante, mais un peu faible. Il y a dix jours frissons, depuis lors réapparition de l'œdème, ascite, dyspnée, palpitations plus accusées que jamais, céphalalgie sus-orbitaire. *Etat actuel* : constatation des sym-

ptômes ci-dessus énoncés, souffle systolique, intense, rude, en jet de vapeur, à la pointe du coté de l'aisselle ; à l'orifice aortique le claquement sigmoïde est mal accusé; urines jaunâtres, sales, troubles, peu abondantes. Par l'acide azotique précipité en masse d'albumine. *Traitement* : vingt ventouses sèches, diète lactée, T.Ax 38,7.

26 février au matin, crachats hémoptoïques, rouge sombre.

On constate dans la partie la plus élevée de la fosse sus-épineuse droite un souffle, à timbre creux, accompagné de râles sous-crépitants et crépitants, assez fins, quelques uns également sous la clavicule droite. Traitement: 20 grammes d'eau de vie allemande.

Le 28. Douleur intense au genou droit pendant vingt minutes. Mieux. 5 à 600 grammes d'urine.

Le 29. Amélioration continue, nouvelle hémoptysie cependant; le soir, palpitations et battements irréguliers du cœur.

Jusqu'au 3 mars l'amélioration va s'accentuant, la température baisse, etc., etc. Ce jour là, expectoration rouillée, catharrale, très-diffluente, (pneumonie autour des infarctus). 1200 grammes d'urine, 2 grammes d'albumine par litre, matité et persistance des râles sous-crépitants en foyer, au sommet gauche. Pour la première fois on constate à la base du même coté un peu de submatité et quelques râles muqueux. : 2 grammes d'albumine par litre.

Jusqu'au 6, diurèse de plus en plus croissante sous l'influence de la macération de digitale; 1 gramme d'albumine par litre (3 litres d'urine).

Le 8. 4 litres d'urine, 20 centigrammes d'albumine seulement; persistance et accroissement de la matité à la base du poumon droit, affaiblissement marqué du murmure vésiculaire (signes d'épanchement confirmé). On suspend la digitale et le régime lacté. Il n'y a plus d'albumine le 10, vésicatoires; dans le quart inférieur de la cavité pleurale droite les signes d'auscultation et de percussion s'accusent davantage; un peu de souffle pleurétique apparaît; en revanche le sommet se dégage et l'on n'y trouve qu'un peu de submatité, avec quelques râles sous-crépitants.

Le 12. 2000 grammes d'urine, un léger nuage d'albumine reparaît; amélioration persistante de l'état général.

Le 16. 1200 grammes d'urine, il n'y a plus de trace d'ascite. Le malade va de mieux en mieux, mais du coté de la plèvre droite nous trouvons toujours des signes évidents; matité dans le quart inférieur, avec silence respiratoire; au-dessus, zône moins étendue de submatité avec un souffle doux aux deux temps respiratoires; bronchophonie à la limite. Ces signes s'arrêtent brusquement, latéralement au niveau de la ligne verticale axil-

laire. Le foie n'est pas abaissé, il y a très peu de troubles fonctionnels, pas de dyspnée, un peu de toux la nuit, l'expectoration seulement est encore assez abondante, très grossièrement aérée, mais toujours adhérente et présentant quelques filets rouillés.

Le 23. La malade est moins bien, un peu d'albumine dans l'urine, 50 centigrammes de teinture de digitale. L'épanchement paraît absolument stationnaire.

Le 30. On l'examine à ce dernier point de vue et l'on est frappé de la trouver encore dans le même état. La matité et le silence respiratoire sont cependant peut-être plus étendus; du coté du cœur, contraction brusque, bruit sourd, souffle du premier temps avec roulement présystolique. Depuis 3 ou 4 jours, l'appétit a beaucoup diminué, le teint jaune de la malade persiste, frissons le soir.

Jusqu'au 6 avril le même état général persiste avec une fièvre irrégulière et capricieuse (de 38° à 39° le soir) excepté le 3 avril où sans cause apparente la température tombe de 38.2 (le matin) à 36,6 (le soir).

6 Avril. En face de la persistance de cet état général peu satisfaisant sans être cependant inquiétant, en présence surtout des mêmes signes physiques d'épanchement pleurétique localisé, peu étendu, mais certainement stationnaire, M. Bucquoy décide de pratiquer une ponction dans le 7e espace, un peu en arrière de la ligne axillaire: il y a du souffle à ce niveau, au-dessus râle frottement simulant presque du gargouillement. La ponction manquée par un externe ne donne encore aucun résultat; refaite à nouveau presque au même point par M. Bucquoy lui-même, elle amène l'issue de quelques gouttes d'un pus roussâtre et sans odeur, puis l'écoulement s'arrête aussitôt (trocart n° 2 Potain). L'écouvillon introduit, l'écoulement recommence pour cesser aussitôt; on n'a obtenu en tout qu'une cuillerée à soupe de liquide purulent. L'aiguille retirée, on découvre à son extrémité, en le chassant avec l'écouvillon un petit bouchon de pus concret, et long de près d'un centimètre. C'est évidemment ce qui a fait obstacle à l'issue d'une plus grande quantité de liquide, car l'appareil fonctionne bien, ainsi qu'on s'en assure séance tenante. Soir, léger malaise, un peu de fièvre (37,6), le matin, 38,2. La malade a souffert dans le coté depuis la ponction; il y a eu quelques quintes de toux après cette petite opération; les crachats ont d'ailleurs leurs caractères habituels, un peu spumeux, et peut-être légèrement plus abondants seulement.

Le 7. Il y a encore eu quelques légères souffrances dans le coté, la fièvre baisse (36,4 le matin et 37 le soir), l'expectoration toujours assez abondante consiste en un muco-pus diffluent, très aéré.

Le 8. Matité dans le tiers inférieur du poumon droit; égophonie et absence de vibrations vocales dans la même étendue; souffle expiratoire doux, latéralement dans l'aisselle où les signes semblent s'être accusés davantage, le souffle est plus fort. Là où il cesse, frottement à la partie moyenne de l'aisselle ; dans la fosse sous-épineuse également, submatité et frottements-râle. Vers l'épine de l'omoplate, tympanisme à tonalité élevée, respiration faible le long de la colonne vertébrale. Le sommet est indemne, si ce n'est en avant sous la clavicule où il présente quelques râles sous-crépitants, léger œdème au niveau et un peu au-dessus de la ponction. Le côté se dilate mal dans les mouvements respiratoires.

Mensuration : 37 centim. 5 à droite comme à gauche.

Etat général assez bon, 37,8 le matin, 38 le soir.

Le 10. 75 centigrammes de scammonée.

Le 17. L'épanchement qui avait semblé diminuer, comme on l'a vu, se reforme de nouveau ; le souffle est plus étendu, la quantité de liquide est faible cependant, car il n'y a pas d'ampliation thoracique.—*Seconde ponction* : issue de 250 gr. environ d'un pus bien lié, mais un peu épais; l'écoulement n'est pas obtenu tout de suite et l'on est au début forcé de recourir deux ou trois fois à l'écouvillon pour obtenir un écoulement plus facile.

Enfin, en portant le trocart plus en arrière (la ponction avait été faite dans l'aisselle), on obtient un écoulement régulier, fractionné de bulles gazeuses qui viennent crever dans la bouteille, mais tout se borne à la quantité indiquée ci-dessus. La journée et la soirée sont bonnes, pas de douleurs de côté ; soir, dans l'aisselle à la partie supérieure du foyer pleural, souffle amphorique des plus nets, tout à fait en bas, silence. La température avait été la veille à 37 le matin, à 38 le soir ; elle descend ce jour-là à 36,8 et 37.

Jusqu'au 1er mai, il ne s'est rien produit d'anormal, la fièvre a totalement disparu, l'état général est excellent, mais les signes physiques du côté de la plèvre se sont vraiment peu modifiés ; dans le quart inférieur toujours silence et matité, au-dessus submatité avec un soufle respiratoire pseudo-amphorique, plus haut encore frottements vers la colonne vertébrale, submatité et respiration affaiblie ; dans l'aisselle matité, silence respiratoire ; on y entend une sorte d'ondulation peu distincte, isochrone aux battements du cœur.

La mensuration donne des résultats nuls ; cependant la vue fait reconnaître encore une voussure axillaire évidente, avec paralysie des espaces qui ne se dilatent pas dans les efforts inspiratoires. S'il n'y a pas d'œdème

vrai, circonscrit, il y a une sorte d'œdème diffus, très léger, qui voile en quelque sorte les espaces intercostaux dont la dépression n'est pas sensible à l'œil, comme du côté sain. Le foie n'est pas abaissé. L'amélioration continue, cependant il est bien évident que l'épanchement met une grande lenteur à se résoudre.

Le 6 mai, à la visite du matin il y a un peu de fièvre.

Peut-être une nouvelle ponction va-t-elle devenir nécessaire.

Le 7, la fièvre a disparu.

Le 8, en arrière, submatité dans toute la hauteur habituelle.

Depuis l'angle de l'omoplate jusqu'au sinus pleural la respiration est très faible, sauf au-dessous et en dehors de l'angle de l'omoplate où il persiste du souffle à timbre pleurétique pendant l'expiration (résolution lente, mais qui paraît s'effectuer décidément.)

Le 10, la malade a eu un frisson hier soir, sulfate de quinine 75 centigrammes.

Le 11, peau chaude et moite ce matin, palpitations, le souffle systolique s'entend toujours à la pointe, bref, rude et très limité.

Le 15, au point où persiste le souffle pleurétique, persiste également un état lisse, presque œdémateux de la paroi thoracique, le souffle est toujours très accusé, broncho-pleurétique, submatité limitée et vibrations vocales affaiblies.

Le 30, il n'y a presque rien à changer aux signes précédents, sinon que la rétraction thoracique commence à s'accuser du côté malade. En effet la mensuration pratiquée au niveau de la pointe de l'appendice xiphoïde donne à droite 32 cent. 5 et à gauche 35 cent. 5.

Pendant le mois de juin l'état général de la malade continue à s'améliorer de plus en plus, l'appétit, le sommeil sont bons, l'albumine n'a pas reparu dans les urines : de temps en temps elle souffre de palpitations.

Fin juin, la malade se plaint un peu de son côté droit, la mensuration donne les mêmes résultats qu'à la fin de mai, mais les signes physiques n'ont pas changé beaucoup et elle sort le 17 juillet présentant encore au-dessous et en dehors de la pointe de l'omoplate, dans un espace circonscrit, de la matité, du souffle expiratoire presque bronchique et une légère bronchophonie (fausses membranes et induration corticale pulmonaire sous-jacente). L'état général est aussi satisfaisant que possible.

Obs. XIII (personnelle). — Pleuro-pneumonie. — Pleurésie purulente consécutive. — Deux thoracentèses (faible quantité d'un pus très épais, 100 à 120 gr.). — Opération de l'empyème. — Amélioration rapide. — Guérison.

Geffrault (Pierre), garçon de magasin, âgé de 43 ans, entre le 26 janvier 1880, dans la salle Saint-Philippe, lit n° 3, hôpital Cochin.

Antécédents héréditaires. — Son père, âgé de 73 ans, est bien portant ; il a perdu, en trois semaines de temps, de la dysenterie, sa mère, âgée de 41 ans, et trois sœurs.

Antécédents personnels. — Il n'a jamais été malade et prend volontiers la goutte tous les matins.

Le 20 janvier il fut pris d'un point de côté, dans la poitrine à droite, toux, dyspnée qui s'est accusée surtout depuis trois ou quatre jours, pas de crachats rouillés paraît-il, céphalalgie ; il est alité depuis ce temps-là. Traîné d'hôpital en hôpital sans être admis, le pauvre garçon est très fatigué et très abattu le soir de son entrée. Température plutôt basse (37,8) malgré la sécheresse de la peau, et l'état de malaise très accentué qu'il présente. Le pouls est mou et dépressible, le point de côté persiste encore, dyspnée accentuée, crachats un peu visqueux sans coloration spéciale. A gauche, râles ronflants dans toute l'étendue du poumon, à droite, de même en avant avec un tympanisme sous-claviculaire à timbre élevé ; en arrière, de ce côté, matité dans la moitié inférieure avec submatité dans la fosse sous-épineuse, son plus clair et plus élevé au sommet. Dans le tiers inférieur, absence de vibrations, pas de respiration, souffle à timbre broncho-pleurétique aux deux temps, l'état de fatigue et de dyspnée du malade est tel qu'on lui administre, le soir même, 2 gr. de poudre d'ipéca, potion de Todd avec extrait de quinquina, 2 gr.

Le 27. Le lendemain matin, amélioration marquée ; le malade respire beaucoup plus librement ; le malade n'a pas eu de vomissements ni de diarrhée, mais il a subi d'une façon remarquable l'action décongestive de l'ipéca sur les poumons qui présentent à peine quelques râles. Teinte subictérique des sclérotiques, urine acajou fortement albumineuse.

4 février. La pneumonie est terminée et l'état général s'améliore rapidement, mais les signes physiques suivants persistent à la base du poumon droit en arrière; dans les deux tiers inférieurs matité avec résistance au doigt, pas de vibrations thoraciques, respiration très faible dans le tiers

inférieur, dans le tiers moyen souffle doux, lointain, avec légère bronchophonie.

Le 7, en arrière matité absolue dans la moitié inférieure avec silence respiratoire et absence des vibrations thoraciques; dans la moitié supérieure submatité jusqu'au sommet, vibrations affaiblies avec pectoriloquie aphone; à la partie moyenne pas d'œgophonie bien nette, souffle assez fort aux deux temps qui s'atténue à mesure qu'on s'élève et devient dans la partie supérieure de la fosse sous-épineuse un souffle expiratoire doux.

Dans l'aisselle, matité notable se continuant avec celle de la région postérieure, souffle expiratoire à la partie moyenne; en avant matité jusque sous la clavicule, tout à fait au sommet souffle pleurétique expiratoire.

Le foie est abaissé de deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes.

Le poumon gauche est sain.

Il n'est pas douteux que nous avons en face de nous désormais les signes d'un épanchement abondant avec une inflammation pleurale diffuse. Fièvre vive.

Le 9, les signes n'ont pas changé, ponction aspiratrice avec le trocart n° 2 de l'appareil Potain. On n'obtient que 100 gr. d'un pus crémeux, très épais, sans odeur. Cependant l'opérateur a la notion exacte que la pointe du trocart est parfaitement libre dans une large cavité. La ponction a été faite dans le 7e espace intercostal à la réunion des régions postérieure et latérale. Les suites de cette ponction insuffisante sont des plus simples et n'entraînent aucune modification ni de l'état général, ni de l'état local.

Le 12 au matin, la respiration a le timbre amphorique dans une région très limitée au niveau de cette cavité que la ponction a permis de constater; pas de voix amphorique, pas de tintement métallique, pas de gargouillement, pas de bruit d'airain. Le soir, on ne retrouve pas ce timbre spécial de la respiration.

Les 13 et 14, non plus. Etat stationnaire des autres signes physiques.

Le 16, les signes physiques se sont modifiés de la façon suivante : la région de matité absolue avec silence respiratoire et absence de vibrations vocales occupe maintenant les deux tiers inférieurs de la cavité pleurale. Au-dessus souffle expiratoire assez fort, en avant et dans l'aisselle, matité absolue inférieurement se continuant avec celle du foie toujours abaissé au-dessous des fausses côtes de deux travers de doigt. C'est à peine si l'on entend faiblement la respiration au-dessous de la clavicule, bruit skodique très caractérisé au niveau du premier espace intercostal en avant. Le côté

gauche absolument immobile dans l'acte respiratoire surtout au niveau des dernières côtes, est manifestement dilaté et présente une sorte d'œdème diffus de la région. En déprimant la peau on sent les espaces intercostaux élargis, tendus et bien autrement rénitents que ceux du côté sain.

Mensuration : 40 cent. pour le côté sain, 42 pour le côté malade, de plus le cyrtomètre montre que l'ampliation s'est faite surtout au niveau de la région postéro-latérale, ce que du reste la main étalée sur le contour thoracique apprécie parfaitement. Râles de bronchite du côté gauche, 5 cent. de tartre stibié.

Le 19, les signes se sont encore accentués : en avant sous le mamelon il y a du souffle et l'abolition des vibrations thoraciques remonte presque jusqu'à la clavicule; en arrière au niveau de la fosse sous-épineuse souffle expiratoire à timbre pseudo-amphorique; au-dessous d'ailleurs la matité et le silence sont absolus, etc.

Le 23, malgré la continuation du tartre stibié les signes physiques ne se modifient nullement et le foie notamment est toujours très abaissé. On décide une nouvelle ponction aspiratrice qui ne donne que 120 gr. d'un pus épais comme celui de la première ponction. On ne peut en obtenir davantage.

Le 25, M. Bucquoy fait pratiquer l'empyème dans le 8e espace intercostal, en arrière de la ligne axillaire; large incision de 6 cent. : on recueille deux ou trois bassins de pus crémeux, couleur purée de pois.

La quantité totale peut en être évaluée facilement à 3 ou 4 litres. Il ne sort pas de fausse membrane. On place dans la cavité pleurale un tube de caoutchouc rouge de gros calibre et l'on pratique le jour même des lavages alcoolisés matin et soir, ainsi qu'on en a l'habitude dans le service. Cette petite opération s'effectue de la façon suivante : le malade est légèrement placé sur le côté et un seau de la contenance de deux litres environ est suspendu aux barres supérieures du lit; un long caoutchouc terminé par une canule pointue munie d'un robinet sert de tuyau. La canule est introduite dans le tube à drainage placé dans la cavité pleurale, et le liquide s'introduisant par la seule influence de la pesanteur permet de laver sans violence la surface interne de la séreuse. L'effet de l'opération est immédiat, le malade ressent un grand bien être, respire facilement, loin de se sentir incommodé; la fièvre baisse le soir même pour ne jamais plus s'élever au niveau de 38.

On constate après l'opération, par les signes habituels du pneumo-thorax que l'air a remplacé dans la plèvre le liquide purulent.

Le 26, le malade a déjà mangé un peu avec appétit.

Le 29, l'amélioration se poursuit d'une façon remarquable, la dimension de la cavité diminue déjà, le pus n'a pas d'odeur.

Le 6 mars, le pus est légèrement fétide et se collecte plus abondamment depuis deux ou trois jours ; il est évident cependant que la cavité pleurale se resserre de jour en jour, car dans les lavages on constate qu'il faut injecter beaucoup moins de liquide que dans les premiers jours, pour le voir ressortir par la plaie ; cependant nous trouvons encore des signes d'amphorisme jusqu'à l'épine de l'omoplate en arrière.

Le 13, l'amélioration générale est telle que le malade se lève aujourd'hui pour la première fois, localement il y a aussi un progrès évident; c'est à peine s'il entre un litre de liquide dans la cavité pleurale.

Le 19, depuis deux ou trois jours le malade se plaint de souffrir de son tube qui le gêne, on diminue sa longueur de 5 cent.

Le 28, le malade engraisse, reste levé une grande partie de la journée; nous constatons du côté de la plèvre les signes d'une amélioration de plus en plus caractérisée; le liquide ramène fort peu de pus sans odeur, les signes amphoriques ont beaucoup diminué d'étendue surtout en arrière, le malade se plaint encore de sa sonde qui l'empêche de marcher, on en rogne encore une partie.

2 avril, il s'en plaint encore, le retrait de la poche s'accuse de plus en plus en arrière, la respiration s'entend jusqu'en bas, affaiblie il est vrai, gros frottements au niveau de la région moyenne en arrière. En avant la respiration est revenue au dessous du mamelon, il n'y a plus de phénomènes amphoriques bien nets. Notons une respiration très-pure au deux sommets, pas de crainte de tuberculose.

Le 16. on retire la sonde, l'affaissement de la cage thoracique s'accentue notablement depuis quelques jours, il est surtout marqué sous la clavicule. Le malade sort le 7 mai : voici quel était alors son état : Du côté de l'incision, à peine un léger pertuis qui ne suintait que quelques gouttelettes de pus. Rien au sommet, la percussion est bonne, submatité seulement au tiers inférieur, à ce niveau vibrations vocales nulles en arrière et dans l'aisselle; elles reparaissent affaiblies au dessus; normales au tiers supérieur en arrière, elles sont affaiblies encore en avant sous la clavicule. La respiration presque nulle au niveau de l'opération, s'entend partout affaiblie il est vrai, nulle part de frottements. Le moignon de l'épaule est très-abaissé, l'omoplate aussi, la colonne vertébrale déjà déviée présente une convexité tournée du côté gauche.

Mensuration : sous l'aisselle à gauche 43 c. à droite 41 c. = 84.

Mensuration à 3 centimètres au dessous du mamelon, à gauche 42.5 c. à droite 41.5 = 84.

La rétraction thoracique, on le voit, est plus accusée au sommet.

Nous avons eu occasion depuis sa sortie de voir plusieurs fois notre malade, sa santé est parfaite, ses forces sont revenues comme avant, malgré quelques douleurs dans la poitrine à droite, il a repris son métier pénible de garçon de magasin. La fistule de l'empyème était absolument fermée à la fin du mois de mai.

Obs. XIV. — Pleurésie purulente. — Néphrite cantharidienne (?) devenue chronique. — Thoracentèse. — Ecoulement difficile du pus. — Empyème précoce. — Guérison rapide malgré la persistance de l'albuminurie (Notes communiquées par M. Boulan, interne des hôpitaux).

Le nommé Henri Mirassou, âgé de 31 ans, chaudronnier, entré le 24 octobre 1879 à la salle Saint-Philippe n° 11 H. Cochin.

Antécédents nuls.

Mirassou est atteint depuis un mois d'une pleurésie déterminant de la toux, de la dyspnée, un point de côté siégeant à gauche.

Huit vésicatoires ont été appliqués sur le point douloureux. A la suite de ce traitement l'urine est devenue très-rouge.

De l'amaigrissement est survenu et huit ou dix jours après le début de la maladie, les membres inférieurs et les organes génitaux ont été envahis par l'œdème.

24 octobre. *Etat actuel.* Amaigrissement, teint terreux, persistance de l'œdème.

Perte de l'appétit.

Toux sèche et fréquente, dyspnée, point de côté à la base du thorax à gauche.

En ce point on observe une sorte de retrait de la cage thoracique, surtout au niveau du bord axillaire, les espaces intercostaux sont très-rapprochés ; on constate aussi dans cette même région de l'œdème de la paroi. A la palpation on trouve la diminution des vibrations thoraciques. La percussion donne une matité occupant le tiers inférieur de la cavité pleurale à gauche; par l'auscultation on constate dans une étendue correspondante de l'abolition du murmure vesiculaire et de l'égophonie.

Le sommet du poumon gauche semble atteint de tuberculose commençante, l'urine est très-albumineuse.

La thoracentèse pratiquée au niveau du siège de l'épanchement ne donne par une première ponction aucun résultat. Une seconde ponction faite un peu plus en arrière fournit une très-petite quantité de pus, le liquide s'écoule difficilement.

L'empyème ne donne qu'un litre de pus séreux, mal lié, assez fétide. L'incison est très-étroite par suite du rapprochement des côtes, il semble aussi que les contractions des fibres du grand dorsal incisées au niveau du bord supérieur de ce muscle contribuent à l'occlusion de la plaie.

Une sonde en caoutchouc rouge est placée à demeure dans la cavité qui ne parait pas être de très grande dimension.

Il semble aussi qu'il existe des cloisonnements plus ou moins incomplets car en faisant pencher le malade dans divers seus on détermine la sortie d'une nouvelle quantité de pus.

Des injections d'eau alcoolisée sont faites chaque jour matin et soir.

5 novembre. L'état général est devenu meilleur l'appétit a reparu. Le malade se lève, il se plaint beaucoup de douleurs qu'il éprouve au niveau de sa plaie.

L'œdème des membres inférieurs et de la paroi thoracique persiste. L'albuminurie est moins abondante.

L'eau alcoolisée injectée dans la cavité ressort à peine colorée par le pus.

On a diminué la longueur de la sonde. La cavité est moins étendue, il en sort peu de pus.

On ne fait plus qu'un lavage par jour.

L'œdème à disparu.

La respiration reparait dans les points où elle était abolie et devient plus pure au sommet du poumon.

Les bords de l'incision ont une grande tendance à se rapprocher, on est obligé pour maintenir leur écartement d'employer de l'éponge préparée et de la laminaire.

L'albuminurie est moins abondante mais persiste toujours, l'état général continue à s'améliorer.

Pendant le mois de décembre, l'écoulement purulent achève de se tarir et la pistule se ferme. L'albuminurie persiste à un faible degré, on continue le traitement, régime lacté, bains de vapeur, etc.

Au 1er janvier, quand je prends le service en qualité d'interne, la plaie de l'opération est fermée ; le malade est encore pâle et un peu infiltré ; les yeux bouffis le matin. Polyurie. Un peu d'albumine ; aucune douleur du

côté de la plèvre gauche, où la respiration est encore un peu obscure tout-à-fait inférieurement avec submatité. Rétraction faiblement accusée.

Le malade sort le 31 janvier.

J'ai su depuis que ce malade était entré dans le service de M. Lancereaux, à la Pitié et qu'il était très malade de son affection des reins. C'était à la fin d'avril. Rien de nouveau alors du côté de la poitrine.

Il a succombé au mois de juillet.

Obs. XV (personnelle). — Pleuro-pneumonie. — Pleurésie purulente à la suite. — Grand épanchement, — Deux thoracentèses (3500 et 2850 gr.). — Reproduction rapide du liquide. — Empyème. — Hémorrhagies pleurales répétées. -- Mort.

Le nommé Le Filleul (Jean), âgé de 20 ans, boulanger. Entré le 23 mars 1880 à la salle Sainte-Marie, n° 6, hôpital Cochin.

Pas d'antécédents héréditaires.

Bonne santé antérieure.

Il habite Paris depuis dix-huit mois.

Tombe malade vers le milieu de janvier. Est pris d'un point de côté gauche. Fièvre. Hémoptysie pendant cinq jours. Crachats sanguinolents plutôt qu'hémoptysie véritable.

Entré à l'Hôtel-Dieu où il reste dix-huit jours. Il paraît avoir eu à cette époque une pleuro-pneumonie. Le soir du jour où le malade est sorti de l'Hôtel-Dieu, il a été pris d'un frisson très violent et d'un nouveau point de côté gauche plus intense que le premier.

Deux jours après (12 ou 15 février) il entre à l'hôpital du Midi (service de fiévreux).

18 mars. Il présentait les symptômes suivants : voussure énorme, paralysie absolue du côté gauche, 4 centimètres d'ampliation thoracique. Refoulement considérable du cœur à droite. Matité dans toute la hauteur, silence absolu dans la moitié inférieure. Au-dessus respiration lointaine. Œdème de la paroi très accusé surtout dans la région axillaire vers les derniers espaces. Pieds infiltrés. Pas de frissons réguliers le soir. Teint jaune pyogénique. Dyspnée extrême. Diagnostic : Pleurésie purulente. Ponction de 3 litres 1/2 de pus jaunâtre. A la fin de la ponction le liquide est teinté de sang.

Entré à Cochin le 23 mars 1880. Le malade est pâle, anémié. La peau

est chaude ou plutôt sèche. Depuis plusieurs jours transpiration la nuit. Le malade est obligé de changer de chemise une ou deux fois. Pas de frisson. L'appétit est conservé. Signes physiques. Ampliation du côté gauche du thorax. Pas d'œdème bien manifeste. Cœur refoulé à droite. Le bord du cœur dépasse le bord droit du sternum de trois travers de doigt au niveau du 4e espace intercostal.

Absence complète des vibrations thoraciques dans la moitié inférieure gauche. Diminution au-dessus de l'épine de l'omoplate.

Percussion.

A gauche. Matité absolue jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. La matité est moins prononcée dans la fosse sus-épineuse.

En avant. Son skodique sous la clavicule.

A droite. La sonorité est conservée en arrrière et en avant.

Auscultation.

Poumon gauche en arrière.

Fosse sus-épineuse : Souffle expiratoire, quelques râles sous-crépitants.

Fosse sous-épineuse : Souffle lointain voilé bien marqué en dehors.

Un peu d'égophonie.

Angle de l'omoplate, absence complète du murmure vésiculaire.

Pas de pectoriloquie aphone.

En avant :

Sous la clavicule : Souffle surtout prononcé à l'expiration.

Frottements qui se percoivent jusqu'au-dessus du mamelon.

Poumon droit : Râles de congestion dans toute la hauteur. Le côté gauche est très dilaté, surtout dans sa moitié inférieure. Les espaces intercostaux paralysés sont distendus. La mensuration donne 46 c. 5 à gauche et 44 c. 5 à droite.

La dyspnée, le refoulement du cœur, la congestion du poumon droit, la connaissance de la purulence de l'épanchement, tout engage à faire immédiatement une nouvelle ponction. Issue 2850 cc. d'un liquide purulent légèrement teinté.

Pendant la ponction, lorsqu'on arrive à 1500 cc. environ le malade se plaint de douleurs dans le dos. La canule est libre et le poumon ne vient pas frotter contre son extrémité. Les douleurs sont très vives et s'accusent surtout pendant l'écoulement du liquide. Aucun autre symptôme. Pas de toux. La percussion de la poitrine, immédiatement après la ponction dénote la sonorité dans les parties primitivement mates. A ce niveau on ne perçoit rien à l'auscultation.

25 mars. Mieux. La sonorité ne persiste pas. Matité. Lorsque le malade

tousse, on perçoit par moment la respiration seulement au niveau de l'angle de l'omoplate.

Le 26. Menace d'eschare sacrée. Température entre 38° et 39° le soir.

Le 31. Aucune amélioration ne survenant dans l'état général et dans l'état local, on pratique l'opération de l'empyème. Ecoulement de 2 litres et demi d'un liquide purulent un peu séreux; un peu de sang est fourni par la partie postérieure de l'incision. Deux lavages par jour. Tube à demeure.

4 avril. Le pus est toujoujours assez abondant, mêlé de sang. Amélioration. Les forces reviennent. Le malade mange mieux.

6 avril. Le pus à pris un peu d'odeur. Deux lavages alcoolisés par jour (2 litres chaque fois, 1|2 litre d'acool pur) le liquide des lavages ressort de la cavité pleurale en entraînant des détritus pseudo-membraneux assez consistants.

Le 8. Ce matin, on a retiré une masse assez considérable de caillots putréfiés exhalant une odeur infecte. A partir de ce jour lavages phéniqués au 1|100.

Le 10. La cavité pleurale ne se comble pas. Amphorisme dans toute la hauteur en arrière. Il y a cependant une certaine amélioration locale. Le liquide retiré par les lavages n'est plus rougâtre, il ne ramène plus de détritus pseudo-membraneux.

Le facies est meilleur et les forces sont assez revenues pour permettre au malade de rester assis quelques instants dans son lit.

14 avril. Encore de l'amphorisme dans toute la hauteur en arrière. En avant la poitrine s'affaisse visiblement sous la clavicule. Il est resté pour la première fois assis dans un fauteuil pendant deux heures.

Le 16. Un peu de fièvre le soir.

Le 17. Il sort par le drain un fragment de pseudo-membrane gris jaunâtre, cohérente et épaisse de 4 à 5 centimètres de long, de 1 à 2 de large qui s'était peletonnée dans le tube, obturé au moment du lavage. Ce fragment a été chassé par un effort de toux.

Le 18. Pendant l'injection phéniquée dans la plèvre le malade se plaint d'avoir dans la bouche le goût d'acide phénique.

Le 21. Le malade a eu dans la journée par sa plèvre une hémorrhagie considérable (évaluée à 1 litre) d'un sang pur sortant en abondance par l'incision cutanée. A ce moment il était levé et a rendu par la bouche quelques crachats sanguinolents. Ligature des quatre membres. Trois injections d'ergotine. L'hémorrhagie s'arrête difficilement.

Le 22. En avant sous la clavicule, râles caverneux, la poitrine s'affaisse,

la cavité pleurale semble revenir sur elle-même et admettre moins de liquide, l'hémorrhagie est arrêtée.

Le 30. Après quelques jours de malaise causé par l'hémorrhagie les forces sont récupérées.

2 Mai. Il va décidément mieux, facies meilleur, appétit vorace, l'affaissement du côté gauche continue; à la réunion des parois antérieure et postérieure de la poitrine, se forme un angle qui s'exagère de plus en plus.

Le 3. La plaie tendant à se fermer, laminaria; les injections ressortent toujours assez sales et fétides.

Le 5. Ce matin depuis cinq heures frissons; température 39,4, sulfate de quinine 0,50 hier, plusieurs caillots ont fait issue par la plaie.

Le 6. Vomissements de bile a plusieurs reprises depuis hier, crachats visqueux, point de côté à droite en arrière, matité à la base en arrière et diminution du bruit respiratoire, souffle léger en dessus; température matin 38,4 et soir 40,2.

Le 7. Nouveau vomissement pendant la nuit; ce matin, frisson, plus rien à la base.

Diminution du murmure vésiculaire étendu à toute la hauteur en arrière, à droite respiration très pure en avant du même côté; extrait thébaïque 0,10 en potion, matin 40,2, soir 41.2.

Le 8. La nuit dernière à la suite d'une quinte de toux prolongée, issue de deux litres de sang environ? Pas d'hémorrhagie cette fois, on a arrêté l'écoulement de sang au dehors en comprimant directement la plaie. Ce matin chute de la température 37° matin, plus de frisson ni de vomissements depuis l'hémorrhagie, soir 38,4.

Le 10. Va mieux ce matin, deux petites hémorrhagies ont encore eu lieu par la plaie, elles ont été arrêtées par des injections d'ergotine, faiblesse extrême malgré le mieux, on évite de remuer le malade le plus possible; matin 38,8, soir 39,2.

Le 12. Nouvelle hémorrhagie à 8 heures et demie du soir (emploi de l'ergotine), à minuit encore un peu de sang (ergotine); odeur infecte des liquides qui s'échappent de la plèvre, matin 36,2 soir 37,8.

Le 13. Alcool et extrait de quinquina et chaque pansement a retiré de nombreux caillots; le sang très fluide semble ne plus pouvoir s'arrêter cinquième hémorrhagie le 13 au soir.

Le 14. Meurt de syncope le matin avant la visite.

Autopsie le 15 mai. — *Immense kyste pseudo-pleural rempli de caillots. Epaisseur considérable des parois de la plèvre. Tendance hémorrhagique*

des bourgeons. Fausses membranes. Ulcérations pleurales? Pas de tuberculose évidente.

A l'ouverture du cadavre, on trouve un immense kyste pleural dont les limites sont en haut: la clavicule, en bas le sinus costo-diaphragmatique et le diaphragme.

Il est rempli par une masse de caillots remontant jusqu'en haut, il semble que ceux qui sont à la partie supérieure de la plèvre sont plus diffluents que les inférieurs qui paraissent plus anciens.

Le poumon tapissé de fausses membranes très épaisses est repoussé en haut et en arrière vers la gouttière vertébrale, il mesure à peine 4 à 5 centimètres de dimension transversale il est bridé et fixé dans sa position par une épaisse fausse membrane qui l'enserre et le revêt de toute part. La membrane pyogénique qui tapisse le kyste est lisse de toute part principalement au niveau du poumon; dans toutes les parties qui répondent à la plèvre pariétale, au contraire, la surface suppurante est très irrégulière, tomenteuse, rougeâtre; on peut en grattant enlever des détruitus. De même, au niveau de la partie postérieure de la plèvre viscérale, dans la gouttière costo-vertébrale, les mêmes lésions se retrouvent et l'on détache de la surface de la plèvre très épaisse des lambeaux membraneux jaunâtres étides. Ça et là des points vasculaires plus fermes qui résistent au grattage.

A ce niveau la plèvre a au moins 5 à 6 millimètres d'épaisseur, après avoir enlevé le poumon on voit encore tout à fait au sommet le même aspect villeux, bourgeonnant, hémorrhagique. Il semble par places qu'il y ait sur la plèvre de véritables ulcérations.

Le poumon gauche, réduit à ce moignon informe dont nous avons parlé plus haut, présente un tissu gris, atélectasié, traversé par de gros tractus de tissu cellulaire sclérosé qui accompagnent les vaisseaux.

Il a été impossible de trouver une trace de fistule; cependant à la partie postérieure du poumon, la plèvre présente une dépression en cul de poule où il n'a d'ailleurs pas été possible de trouver une communication entre le tissu pulmonaire et la cavité pleurale. Pas de tubercules.

A droite, trace de pleurésie récente dans la région axillaire de la plèvre. Absence de lésions tuberculeuses; seulement au niveau de la région enflammée de la séreuse, on trouve à la surface et s'enfonçant comme un coin dans le poumon, un bloc gris jaunâtre des dimensions de deux centimètres carrés.

Ce dépôt morbide est nettement limité par une petite zone de pneumonie

interstitielle. Il est ferme et ressemble assez à un infarctus pulmonaire datant de quelques semaines.

Au sommet du coin aboutit un vaisseau oblitéré, présomption de plus en faveur d'un infarctus.

A côté et un peu au-dessus on trouve une lésion semblable moins étendue, on voit encore un vaisseau se rendant à la pointe de la pyramide.

Pas de lésions tuberculeuses évidentes du sommet. Le foie est gros et gras. Dégénérescence graisseuse très marquée des reins. La rate mesure plus de vingt centimètres. Aucune lésion au cœur, rien au cerveau.

Obs. XVI. — Fatigue et surmenage. — Pleurésie purulente. — Deux thoracentèses (3 litres, 1 litre 1/2). — Empyème de nécessité. — Pleurotomie. — Guérison (il persiste une petite fistule insignifiante). — (Cette observation est due à mon excellent collègue Gautier).

Le nommé G... (Henri), 20 ans, entré le 12 janvier 1880, à la Pitié, service de M. Lancereaux, salle Ste-Marthe, n° 34. Ce malade qui exerçait habituellement le métier d'infirmier, a depuis un mois été employé à des travaux de terrassement.

Il travaillait 11 heures par jour, parfois sous terre, en tout cas toujours exposé au froid et à l'humidité.

A son entrée, il se plaint de fièvre et de courbature datant de trois jours. Langue saburrale, inappétence, constipation, peau chaude, céphalalgie. Le malade ne se plaint nullement de la poitrine, ni des articulations.

Nous ne constatons rien d'anormal à l'examen de ces organes. Le 18 janvier, le malade se plaint de douleurs vagues dans les jointures des membres inférieurs et d'une douleur extrêmement vive dans l'épaule droite.

Le lendemain, douleur très vive avec un peu de gonflement au niveau de la bourse séreuse calcanéenne du tendon d'Achille gauche.

La douleur de l'épaule persiste très vive, fièvre, sueurs profuses. Salicylate de soude, 4 grammes.

Le 20 janvier au matin, point de côté à droite, ce jour-là même, on constate une matité presque absolue remontant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate; à ce niveau on perçoit un souffle broncho-pleurétique et de l'égophonie.

Les jours suivants, les symptômes articulaires s'amendent peu à peu, la fièvre devient rémittente. La température, normale le matin, s'élève le soir à 38,5 ou 39°.

L'examen de la poitrine montre que l'épanchement s'accroît rapidement. Au milieu de février, matité absolue dans toute la hauteur en arrière, sauf à la fosse sus-épineuse.

Abolition du murmure vésiculaire, excepté au niveau de la racine des bronches où l'on constate encore le souffle et l'égophonie et tout à fait au sommet où l'on entend le murmure très affaibli. L'état général se maintient assez bon, malgré la fièvre. Le malade ne s'amaigrit que lentement, il mange assez bien.

Cependant en présence de la marche de l'affection, en présence surtout de l'état de surmenage antérieur du malade, M. Lancereaux croit à une pleurésie purulente d'emblée et propose à plusieurs reprises la ponction au malade, voulant la faire suivre immédiatement de l'empyème.

Le malade très pusillanime ne se décide à la ponction que le 2 mars.

L'opération est pratiquée avec le trocart le plus fin de l'appareil Potain, dans le septième espace intercostal. On retire par aspiration un peu plus de trois litres d'un pus crémeux, bien lié, sans odeur. Les dernières gouttes du liquide retiré sont légèrement sanguinolentes. On s'arrête au moment où le malade commence à tousser. Il n'a du reste qu'une courte quinte de toux sans expectoration. Immédiatement après l'opération, on entend le murmure vésiculaire un peu soufflant presque jusqu'à la base.

Le soir, la température reste normale. Mais au bout de quatre à cinq jours, la fièvre vespérale reparaît, l'épanchement se reforme rapidement.

Le 10 mars, nouvelle ponction, le malade se refusant à l'empyème. Issue d'un litre et demi de pus semblable, on s'arrête dès que le malade tousse. L'épanchement se reproduit de nouveau très vite.

Apparition d'un œdème considérable de la paroi antéro-latérale de la poitrine.

Le malade pâlit et s'affaiblit beaucoup, il ne mange presque plus. Dans les derniers jours de mars apparaît une petite eschare au sacrum.

La peau commence à rougir et à former une petite saillie fluctuante au niveau du la partie externe du septième espace.

Le malade se décide enfin à l'empyème qui est pratiqué le 1er avril.

On fait une incision de 4 centimètres dans le septième espace à trois travers de doigt au-dessous et un peu en dehors du mamelon et l'on tombe du premier coup dans la cavité.

Il s'écoule environ 2 litres de pus semblable à celui donné par les ponctions.

Aussitôt après l'opération, on introduit dans le trajet un tube de caout-

chouc et l'on fait matin et soir avec l'irrigateur des injections avec une solution chloralée à 1 pour 200.

Le liquide sort immédiatement par le tube et par la plaie et il paraît en rester très peu dans la poche.

L'état général s'améliore rapidement après l'opération. La fièvre cesse le troisième jour pour ne plus se reproduire. Le 15 avril le malade fait sortir le tube en se remuant et il est impossible de le réintroduire.

Du reste depuis quelques jours il ne s'écoule plus que peu de pus de la plaie et le liquide de l'injection ressort presque aussitôt qu'on la commence. A ce moment, on entend la respiration encore un peu affaiblie jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. A ce niveau, gros frottements secs. En avant, frottements abondants autour du mamelon.

Le malade reprend peu à peu des forces et de l'embonpoint.

Il se lève et descend au jardin à la fin d'avril. L'écoulement purulent est si peu abondant qu'il ne porte même pas de pansement sur la plaie. On touche à plusieurs reprises avec le crayon quelques bourgeons charnus un peu exubérants.

Le 20 juin le malade part pour Vincennes. Il conserve une surface bourgeonnante de 2 centimètres de longueur sur 1 de largeur à peu près, donnant lieu à un écoulement séro-purulent peu abondant.

Le 6 août. Il vient se montrer à son retour de Vincennes. Il a beaucoup engraissé, son teint est coloré et il a repris toutes ses forces.

Rétraction assez marquée du côté droit de la poitrine. La mensuration pratiquée sur une ligne passant par la sixième apophyse épineuse dorsale et le mamelon donne 45 centimètres 1|2 pour le côté gauche et 41 1|2 du côté droit (malade).

Le centre de la cicatrice de l'empyème est encore occupé par un bourgeon charnu de la grosseur d'un pois qui donne lieu à une suppuration insignifiante.

Submatité dans toute la hauteur à droite en arrière. Matité complète à deux travers de doigt tout autour de l'orifice. La respiration s'entend partout en arrière. Elle est affaiblie partout et surtout à la base.

Gros frottements (bruits de cuir) en dessous de l'angle scapulaire. Frottements nombreux plus fins au niveau du mamelon.

A gauche respiration un peu rude, puérile.

Aucun signe de tuberculose aux sommets.

Obs. XVII. — Pleurésie purulente. — Vomiques répétées. — Persistance de la fistule bronchique après trois mois. — Pas d'amélioration. — Empyème le 6 juin. — Guérison en deux mois. — Fistule insignifiante. — (Je dois cette belle observation à la bienveillance de M. le Dr Millard).

La nommée Dardard (Augustine) âgée de 29 ans, blanchisseuse, entre le 3 Mars 1880, salle Ste Marthe n° 10, dans le service de M. le docteur Millard, à l'hôpital Beaujon.

La malade paraît avoir eu dans son enfance des accidents strumeux, alcoolisme professionnel des blanchisseuses. A eu sept enfants. Enceinte de 7 mois et demi, elle a été prise le 1er Janvier 1880 d'une pleuro-pneumonie de tout le côté droit.

Accouchée le 3 janvier d'un enfant qui vit et se porte bien. Amélioration notable de l'état de la mère. Disparition presque complète de la pleurésie.

Il y a quinze jours sous l'influence d'excès de régime et autres ont paru des frissons, des sueurs, avec reproduction de l'épanchement. Aggravation il y a six jours et vomique. Dès ce moment la malade éprouve des étouffements continuels et maigrit un peu.

C'est alors que sur les conseils du Dr Rafinesque, elle se décide à entrer à l'hôpital.

Le 4 Mars. *Etat actuel.* — La malade se plaint d'une douleur à droite exaspérée par la pression et par la toux. En avant percussion douloureuse, matité en avant et en bas, avec bruit skodique sous la clavicule. En arrière: matité absolue si ce n'est tout à fait en haut où il existe un peu de submatité. Auscultation. Quelques râles de bronchite en arrière et tout à fait à la base. Pas de bruits cavitaires. Expectoration purulente jaune verdâtre.

Pas d'œdème de la paroi.

Etat général bon.

Le 5. La malade est prise le soir d'un frisson intense avec claquement de dents. Dès ce moment suspension de la vomique.

La température monte de 38 à 39°.

A droite souffle presque amphorique à la base et en arrière.

A gauche matité légère, quelques râles de bronchite en haut. Faiblesse extrême de la respiration en bas.

Le 7. Dans la nuit du 7 Mars une nouvelle vomique se produit.

La quantité de pus expectorée en trois heures est de 1350 grammes.

La température qui était montée à 39,5 pendant la suspension de la vomique est tombée le 8 au matin à 36,7.

Le 9. Même état. 1300 grammes de pus.

Le 10. Vomique un peu moins considérable. 360 grammes de pus. La température baisse et est en rapport avec l'écoulement du pus.

La malade remarque qu'en se couchant sur le côté gauche l'expectoration est plus abondante.

A gauche : sonorité plus forte, douleur plus aiguë, espaces intercostaux diminués à peu près de moitié.

A droite : on a tous les symptômes du pneumothorax. La respiration ne s'entend pas dans l'aisselle, mais si on fait tousser la malade, on entend de la respiration amphorique à la partie moyenne près de la colonne vertébrale.

En arrière : bruit de succussion, tintement métallique, respiration amphorique.

Le 11. Les signes du pneumothorax ont disparu.

Le soir peu d'expectoration, peu de toux.

La moitié du crachoir, à peine de crachats, moitié pus, moitié mucosités.

Matité en arrière dans le 1/3 inférieur, de même dans l'aisselle.

La respiration s'entend en avant; faible en arrière mais entendue jusqu'à la base.

Silence complet dans l'aisselle.

Pas de bruit de pneumothorax. Etat général bon.

Le 12. La malade va un peu mieux.

Appétit meilleur.

Le foyer paraît se circonscrire dans l'aisselle droite.

Le soir 100 grammes environ d'expectoration purulente.

Toux modérée. Etat général bon.

Pas de signes de pneumothorax.

Le 13. Pas d'expectoration dans la journée. Vomique de 7 à 9 heures du matin, 100 à 200 grammes de pus.

Le 14. Vomique entre 7 et 9 heures, de 150 grammes de pus environ.

Percussion : en avant, matité à partir du mamelon; en arrière, la matité a diminué. Ne commence qu'au niveau du 1/3 moyen.

Auscultation : la respiration s'entend dans tout le poumon mélangée de frottements, râles. Pas de souffle même dans l'aisselle où les signes semblaient se localiser les jours précédents.

Le 15. Vomique à 7 heures du matin. Pus sans mélange de mucosités, 100 grammes environ.

Le 16. Toujours expectoration chaque matin (40 à 50 grammes seulement).

A droite et en arrière râles crépitants dans toute la hauteur et gros frottements. Plus de souffle. Respiration plus faible à la base de l'aisselle. C'est probablement à cet endroit que le foyer est circonscrit.

Le 22. Vomique régulière tous les matins depuis le 15, de 100 grammes de pus sans mélange de mucosités.

Etat général bon, pas de fièvre, appétit.

Matité incomplète dans l'aisselle, frottements.

Le 24. Pas d'expectoration depuis deux jours. La température monte à 39°.

Vomique abondante le 24 (2 crachoirs).

Pas de modifications dans les signes physiques en avant. En arrière, la matité semble être remontée un peu plus haut, quelques râles. Pas de retentissement de la voix. Pas de bruits cavitaires.

26 mars. La vomique cesse complètement.

La température tombe à 37°.

Etat général bon.

Le 31. La malade présente comme signes physiques :

Submatité à la base et dans l'aisselle,

Frottements plus rares,

Rétrécissement très manifeste des espaces intercostaux,

Le côté malade présente à la mensuration deux à trois centimètres de moins que le côté sain.

Etat lardacé et épaississement de la peau du côté malade.

3 avril. La malade allait beaucoup mieux, lorsque ce matin elle est prise d'une céphalalgie violente, d'oppression et d'étouffements.

La température monte de 37° à 39,6.

Le 4. Même état.

Matité en arrière et en haut.

Amphorisme vers le tiers supérieur.

Le 6. Aspect de la malade moins satisfaisant. Teint terreux; appétit nul; étouffements continuels la nuit. Température toujours très élevée le soir.

Le 9. Vomique plus considérable.

A l'auscultation, plus de souffle amphorique, sauf dans les fortes quintes de toux où il semble très éloigné; frottements dans toute la hauteur

Le 12. Application de deux cautères en arrière.

Même état jusqu'au 17 avril. L'expectoration varie entre un demi et un crachoir de pus.

Vu l'élévation de température qui se fait tous les soirs, on donne à la malade 0,50 de sulfate de quinine.

Le 18. Nouvelle vomique, 450 grammes.

L'aspect de la malade est meilleur.

Mêmes signes, toujours des frottements en arrière.

Le foie de la malade est abaissé de deux travers de doigt.

Le 26. Même état du 18 au 26. La vomique, qui variait entre un demi et un crachoir de pus a diminué, 40 grammes de pus environ.

Le foie de la malade semble moins abaissé.

La respiration s'entend en arrière jusqu'en bas.

Toujours des frottements.

Respiration voilée dans l'aisselle.

10 mai. L'état de la malade ne changeant pas et l'expectoration variant toujours dans les mêmes proportions, M. Millard se décide à faire une ponction exploratrice avec l'appareil Dieulafoy entre la huitième et la neuvième côte, à deux travers de doigt en dedans du cautère le plus externe. On retire seulement une petite cuillerée à café de pus.

Du 10 mai au 6 juin, la malade présente toujours les mêmes symptômes. La respiration s'entend dans toute la hauteur en arrière. On entend du frottement partout. Aucun signe de pneumothorax. L'expectoration varie entre un crachoir et un crachoir et demi.

6 juin. On se décide alors à faire l'*empyème*.

Se basant sur le siège maximum de la matité dans l'aisselle, sur le silence respiratoire complet dans cette région, enfin sur le résultat positif donné par la ponction à ce niveau le 10 mai, on cherche de ce côté le foyer purulent. Mais deux ponctions exploratrices successives faites au niveau des septième et huitième espaces intercostaux environ, sur la ligne axillaire, ne donnent issue à la moindre goutte de liquide.

On sent de plus que l'aiguille a pénétré dans un tissu fibreux épaissi et ne touche nullement dans une cavité. C'est alors qu'on procède à une nouvelle exploration du thorax, et que M. Peyrot trouve à la partie postérieure et moyenne du côté gauche un foyer de pneumothorax, siège d'une succussion hippocratique très manifeste.

Un trocart, introduit dans ce foyer, donne issue à des gaz et à du pus.

L'opération de l'empyème est donc pratiquée à la partie postérieure, mmédiatement au dessous de l'angle de l'omoplate.

Ce n'est qu'après avoir traversé une épaisse couche de parties molles que

l'on tombe dans la cavité pleurale. La malade, prise d'accès de toux, rend par cette plaie une quantité assez notable de pus et de fausses membranes ; les lavages sont faits deux fois par jour avec une solution de chloral au 1|200e.

L'appareil placé dans la plaie est composé de deux tubes en caoutchouc dont l'un, plus long, plonge jusqu'au fond de la cavité purulente, l'autre est plus court. Les liquides poussés dans le premier remontent par le second, et ce n'est que lorsque le liquide sort clair que le lavage est arrêté. (Après chaque lavage, un pansement avec la tarlatane imbibée d'eau phéniquée.)

Un premier lavage, fait après l'opération, donne lieu à un accès de toux et à la pénétration du liquide de l'injection dans les bronches. La malade a en effet le goût du chloral au moment de ses quintes de toux.

9 juin. Etat général excellent. Le foyer suppure très peu, la malade s'habitue à l'injection et ne tousse presque plus, même au moment du lavage.

Les vomiques ont complètement cessé.

Le 14. Plus d'expectoration.

Le pus qui ressort par le lavage n'a aucune fétidité.

La plaie a bonne mine.

Le 17. La fistule bronchique n'est pas encore fermée.

La suppuration, très peu intense les premiers jours, est un peu plus forte depuis deux jours environ.

Toujours deux lavages par jour.

18 juin. Un peu de sang sort par la plaie. Cette légère hémorrhagie est produite par une secousse de toux un peu plus forte.

Le 20. Les accès de toux au moment des injections sont un peu plus forts qu'avant.

Les deux premières cuillerées de liquide qui sortent sont purulentes ; le reste est à peu près clair.

Le 25. Depuis trois jours le liquide injecté est lancé un peu moins fort, afin qu'il ne pénètre pas dans la fistule bronchique et ne provoque pas un accès de toux. D'ailleurs le foyer est notablement rétréci, ce que permet de penser l'espace de temps très court qui s'écoule entre le moment où on pousse l'injection et celui où le liquide ressort par l'autre tube.

1er juillet. Les règles sont revenues le 1er juillet ; elles durent jusqu'au 8 juillet.

Le 9. Le foyer se rétrécit toujours petit à petit.

Le chloral est remplacé par l'acide phénique en quantité très minime.

L'injection phéniquée paraît être un peu plus désagréable à la malade. On la cesse vers le 20 juillet pour reprendre le chloral.

Le 20. On peut considérer la fistule bronchique comme guérie, la malade depuis quatre jours environ ne toussant plus du tout au moment du lavage.

Les tubes sont retirés pour la seconde fois et raccourcis, le plus long ne peut plus pénétrer que de 3 centimètres environ.

A peine s'il ressort quelques gouttes de pus au commencement de chaque lavage.

Le 24. Deuxième réapparition des règles. Elles durent quatre jours.

Depuis déjà le 10 juillet, la malade se lève, elle engraisse notablement.

3 aout. La malade demande à s'en aller chez elle.

On retire définitivement les tubes de lavage.

5 août. La malade vient se faire panser. Il reste un petit pertuis cutané ; un style pénètre jusqu'à 1 centimètre à peine, c'est-à-dire l'épaisseur de la peau.

Pansement au diachylum matin et soir. Quelques gouttes de pus seulement tachent le pansement.

Le 10. La fistule cutanée est complètement oblitérée. L'auscultation tout autour de l'orifice permet d'entendre distinctement le murmure respiratoire.

La malade est complètement guérie et son état de santé générale est des meilleurs.

Obs. XVIII (résumée). — Variole discrète. — Convalescence. — Appareil fébrile brusque et violent. — Pleurésie purulente. — 6 thoracentèses. — Affaiblissement graduel. — Fièvre hectique, — Empyème. Mort (observation communiquée par mon excellent collègue et ami le Dr Barthélemy).

Cette femme en période de dessication était couchée au n° 4 dans un des baraquements de l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr Rigal.

24 mars 1880. Frisson intense, point de côté très douloureux à gauche : temp. ax., 40° ; signes de congestion intense du lobe supérieur à gauche, inférieurement souffle intense qui, en l'absence de râles crépitants et de crachats, fut plutôt rattaché à un épanchement.

Le 25. M. Rigal redoute la purulence d'emblée. Temp. Ax., 40.4 le matin.

Le 28. Pleurésie toujours peu abondante.

Le 30. Signes d'épanchement dans le tiers inférieur, malade très déprimée, dyspnée avec accès.

Le 31. Première thoracentèse, 800 gr. de sérosité louche certainement purulente.

1er avril. Mieux être malgré la persistance de la fièvre.

Le 2. Il s'écoule une notable quantité de liquide purulent par le point piqué.

Le 4. Fièvre, oppression, bien que le pus s'écoule toujours un peu par la piqûre. M. Rigal decide une nouvelle thoracentèse faite à côté : 600 gr. de pus.

Le 5. 40° de temp.; la malade ayant eu 23 selles fétides dans les vingt-quatre heures, M. Rigal décide l'empyème.

Le 6. Détente, le bien être de l'état général fait différer l'opération; soir 39,4, le liquide semble diminuer.

Le 12. 3e ponction, un litre de pus plus épais que le précédent.

Le 16. 4e ponction faite par un des anciens orifices, 2 litres de pus.

Le 20. On constate tous les signes d'une reproduction du liquide, mais ni rapide, ni abondante, pas de dyspnée, pas de diarrhée, sueurs abondantes. M. Rigal espère encore la guérison sans être obligé de recourir à l'empyème.

Le 24. Depuis plusieurs jours 38 le matin, 40 le soir, pas de frissons, sueurs la nuit.

Le 25. 5e ponction, 1 litre 1/4 de pus sans odeur, un peu de sang à la fin.

Le 29. Par les anciennes piqûres il s'écoule un peu de pus.

Le 30. Même incident.

Le 30. Même incident.

15 mai. Soir, frisson, 40,4

Le 16. Une tumeur fluctuante s'est formée au niveau des trois piqûres qui se sont cicatrisées et ne permettent plus l'écoulement du liquide.

Le 18. Sueurs très abondantes la nuit dernière, un peu de pus s'est écoulé par les piqûres, mais la quantité est trop faible pour supprimer la tumeur fluctuante.

Le 20. Les fistules ont été dilatées, l'écoulement purulent a été abondant; 37,4.

Le 30. Depuis une dizaine de jours, même état général peu satisfaisant, pâleur, sueur, toux quinteuse, voix éteinte, quelques vomissements, pas d'appétit, pas de diarrhée, pas de frisson.

Traitement : Toniques, 50 centigr. de sulfate de quinine, 2 milligr. de

sulfate d'atropine. 6e ponction, 1 litre 1|2 de pus, injection d'eau iodée iodurée.

6 juin. La malade a eu plusieurs syncopes hier, persistance de l'écoulement assez abondant sans odeur, persistance aussi des signes d'épanchement dans le tiers inférieur, matité et silence presque complet, etc.

Le 15. Empyème, M. Rigal pratique cette opération; malgré les soins les plus assidus, un traitement réparateur et tonique, l'installation dans une tente au jardin, la malade ne se rétablit pas.

La malade succombe le 11 juillet après s'être graduellement épuisée.

Autopsie. — La plèvre gauche est fongueuse, adhérente au diaphragme et aux côtes, la cavité suppurante est large et occupe toute la hauteur du poumon, des traces de poussées pleurétiques récentes se montrent encore par places sous la forme de caillots fibrineux retenus dans les fausses membranes. Pas trace de tubercules au sommet, le poumon droit crépite parfaitement, la plèvre viscérale est fongueuse et épaissie dans tonte la portion correspondante au kyste pleural : aucune lésion grave des autres organes.

Obs. XIX (résumée). — Pleurésie purulente (tuberculeuse?). — Deux thoracentèses. — Empyème précoce. — Amélioration passagère. — Mort. — (Obs. due à l'obligeance de mon excellent collègue Stackler).

Louise Lecas, âgée de 23 ans, gainière, entre le 9 janvier 1879, à l'hopital Ménilmontant, dans le service de M. le Dr Hallopeau (salle droite, lit 22).

Cette femme dont la mère est morte poitrinaire est maladive depuis de longues années, surtout depuis une fièvre typhoïde qu'elle eut à l'âge de 16 ans. Il y a 18 mois, hémoptysie d'une 1|2 cuvette de sang rutilant. N'a pas maigri cependant.

Le 31 décembre 1879, elle prend froid. Point de côté, etc.

Le 10 janvier, à l'entrée, bruit skodique sous la clavicule gauche.

En arrière, matité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate, souffle doux, lointain, égophonie à la base. Absence de vibrations.

A droite, respiration supplémentaire.

Oppression assez grande. Face violacée.

Le 13, cœur un peu dévié à droite.

Souffle dans toute la hauteur en arrière.

Le 14, pouls petit, à 120. T. Ax. 38° 3 matin, 39° 2 le soir.

Le 15, *thoracentèse*. Un litre environ de liquide, séro-fibrineux, sans apparence de pus, mais qui paraît contenir une grande quantité de globules rouges.

Le 24, nouvelle thoracentèse ; 1 lit. 1|2 de pus. Tous les jours précédents, frissons, même la nuit et le jour. Fièvre rémittente et même intermittente quotidienne (de 37° à 37° 8 le matin, de 39° à 40° le soir.

Le 26, M. Anger pratique l'empyème.

Injections alcoolisées fortes 1|2 eau et alcool.

Pansement de Lister moins la protective et le spray (pulvérisation). Plaie de 8 cent. 2 drains à demeure.

Le 24, jour de l'opération, 37° 2 matin, 39° soir. Accès de dyspnée, toux pénible.

Le 28, la plaie a diminué de moitié.

Deux accès douloureux la nuit dernière, avec quintes pénibles. — La plaie a bon aspect ; à coup sûr cependant il y a du soulagement. Mais au lavage du matin, c'est-à-dire lorsque la cavité pleurale n'a pas été nettoyée depuis plus de douze heures, il s'écoule une sérosité purulente d'une odeur assez prononcée. Le liquide d'ailleurs ressort propre dès la seconde seringue.

1er février, changement notable en mieux. La malade plus gaie mange mieux, la température encore élevée quelques jours après l'opération tombe. Le pus sort en abondance surtout le matin ; mais il n'est pas bien jaune, et entraîne souvent des débris de fausses membranes.

Le 16, la scène a changé ; depuis quelques soirs frissons répétés. Le pus sort mal et prend de l'odeur. Crises de suffocation spontanées ou quand on fait l'injection. Amaigrissement très prononcé depuis quelques jours. La malade vomit presque tout ce qu'elle prend.

On continue les mêmes lavages.

Le 29. Ce soir, la malade dont l'état n'a cessé de s'aggraver est mourante, pouls à 144, très petit.

1er mars, meurt cyanosée dans un quinte de toux.

L'autopsie fit malheureusement défaut.

C'est une lacune regrettable, car ces accès de dyspnée presque sans cause apparente immédiate, cette mort dans l'asphyxie permettent de se demander si la malade n'a pas succombé à une poussée aiguë de granulation tuberculeuse.

Est-ce un fait à mettre au passif de la pleurotomie ? C'est ce que nous faisons dans notre statistique, mais nous regrettons de ne pas être édifié davantage sur les lésions de l'appareil respiratoire.

Obs. XX. — Pleurésie séreuse (thoracentèse). — Etat général mauvais. — Soupçon de purulence. — Installation du siphon. — Suppuration fétide. — Rougeur de la peau. — Empyème. — Infection purulente (?). — Tuberculose. — Mort. — (Observation communiquée par mon excellent collègue Poupon, interne du service).

Le nommé Aupetit, maçon, âgé de 28 ans, entre le 7 avril 1880, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Dr Quinquaud, annexes hommes lit n° 32.

Antécédents rhumatisants.

Malade depuis un mois, frissons, dyspnée.

On constate les signes d'un épanchement moyen de la plèvre droite. T. ax. le 8 : matin et soir 39°.

Le 9 avril, 1re thoracentèse (1600 gr. de liquide séreux). Les suites de l'opération sont des plus simples.

Le 20, thoracentèse blanche.

Le 22, nouvelle thoracentèse presque sans résultat (30 gr. de liquide séreux).

La fièvre toujours élevée reste entre 38° et 40°.

14 mai, en présence de la persistance des accidents fébriles avec un épanchement stationnaire, M. Quinquaud décide d'installer un siphon dans la cavité pleurale. Jusqu'au 16, lavages à l'eau ordinaire. A partir du 16, on fait usage d'une solution d'acide salicylique. Après chaque pansement il s'écoule une quantité peu considérable de pus.

Le 18, frisson violent, en même temps fétidité des liquides; la plaie rougit et devient douloureuse autour des tubes de caoutchouc, langue sèche, diarrhée persistante.

Empyème. — Il s'écoule une faible quantité de pus. Le soir, amélioration, T. Ax. 39,9. 4 lavages par jour (acide phénique et alcool alternativement).

Le 24, 6 lavages par jour; le pus est encore fétide. (Liqueur de Labarraque).

Le 27. Léger frisson le matin; T. Ax. 39° matin, 39° le soir.

Le 28. On explore au doigt la cavité pleurale au voisinage de l'incision. Le doigt ressort plein de sang.

Le 29. Lendemain, *grand frisson* à cinq heures du matin, douleur à l'épaule et au genou gauches. Pour la première fois on remarque de l'œdème des malléoles. — Diarrhée persistante, langue sèche, teint terreux; pouls petit et fréquent. T. Ax. 39° matin. 39,8 le soir.

Le 30. Fétidité de la plaie.

Le 31. Même état. T. 38°,8 matin, 39°,8 soir.

1er juin. Frissons violents, le matin et le soir 40°,8.

Le 2. Persistence de la fétidité. Douleur avec rougeur à la partie supérieure de l'épaule gauche. 39°, 8 matin, 39° le soir.

Le 3. Subdelirium cette nuit. 39°,6 et 39°,4.

Le 4. Douleur dans le genou gauche. Diarrhée, les lavages sont toujours énergiquement continués il succombe le 7.

Autopsie. Kyste pseudo-pleural, à deux loges communiquant entre elles, situé au-dessus du diaphragme, s'étendent en arrière jusqu'à la colonne vertébrale. La poche est tapissée par une membrane pyogénique bien organisée ne sécrétant presque plus; le poumon est criblé de tubercules au sommet, quelques-uns seulement à la base.

Adhérences considérables en arrière de tout le poumon au-dessus de la cavité pleurale quelques tubercules aussi au sommet gauche. On a trouvé deux cuillerées à café de pus dans l'épaule. Rien dans le genou.

Rien à noter dans les autres organes.

Obs. XXI (communiquée par mon excellent cellègue et ami Gauchas qui l'a recueillie étant interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers, résumée). — Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Pleurésie purulente d'emblée — Une ponction. — Incision intercostale. — Sortie quatre mois après avec une fistule. — Persistance de la santé générale trois ans après.

X..., âgé de 17 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers dans le service de M. le Docteur Farge, à la fin de février 1874. C'est un garçon pâle très amaigri, à l'aspect tuberculeux. Il a craché du sang à plusieurs reprises, et souffre depuis plusieurs semaines de diarrhée. Sueurs profuses la nuit. Son état s'est aggravé sensiblement depuis quelques jours.

On constate aux deux sommets de la *submatité* avec des *craquements humides* très évidents et du *souffle* d'un seul côté. Il est évidemment en pleine évolution tuberculeuse, *à la 2e période* ; mais cette tuberculose est encore assez localisée.

De plus, il existe en arrière, à la base du côté gauche, des signes d'épanchement pleurétique léger.

Bientôt les signes physiques indiquent un accroissement rapide du liquide.

Ponction aspiratrice au commencement du mois de mars. Cette opération donne du pus. L'amélioration produite par la thoracentèse n'est pas de

longue durée ; des accidents généraux sérieux apparaissent et dans le courant de mars M. Farge n'hésite pas, malgré la persistance des signes aux deux sommets, à pratiquer de suite l'opération de l'empyème, dans le 7e espace intercostal gauche, un peu en arrière de la ligne axillaire. Une large incision donne passage à une canule plate, analogue à des canules de trachéotomie. Par cette canule laissée à demeure dans la plèvre, sont introduits deux tubes de caoutchouc parallèles qui seront protégés de la sorte contre le resserrement des côtes qui aurait pu les aplatir et gêner les lavages.

Ceux-ci sont faits avec soin deux fois par jour au moyen d'un seau à irrigation continue élevé au-dessus du lit. On emploie d'abord la liqueur de Labarraque; plus tard ce fut une solution étendue d'iode. Notons ce fait intéressant que, pendant les irrigations avec ce dernier médicament, le malade, sans autres signes de fistule bronchique, était pris souvent de quintes de toux violentes avec rejet d'un écume moussue ayant la saveur et l'odeur de l'iode qu'il percevait nettement.

L'état général mauvais persiste encore quelques jours après l'opération. Fièvre surtout. Mais bientôt l'amélioration se dessine et s'accentue de plus en plus. Au commencement d'avril, diminution des sueurs et de la diarrhée ; appétit ; cependant les signes perçus aux sommets ne se modifient guère.

Fin mai, la suppuration a beaucoup diminué ; la cavité pleurale revient manifestement sur elle-même. La canule métallique est remplacée par un simple tube à drainage.

Le malade sortait guéri dans le courant de juillet, conservant seulement une petite fistule, où restait à demeure un drain très court.

Revu trois ans après, ce garçon, qui avait repris de l'embonpoint, continuait à exercer son pénible métier.

Nos deux dernières observations sont relatives à des pyo-thorax terminés par vomique.

Nous les devons toutes deux à l'obligeance de M. le Dr Millard. Il nous a paru utile de les placer à la fin de ce travail, parce que très comparables entre elles, elles sont des modèles typiques de la guérison par fistule bronchique. Ce sont les cas où il n'y a qu'à laisser faire la nateur.

Obs. XXII. — Pleuro pneumonie. — Pyo-thorax à la suite. — Fistule bronchique. — Guérison en deux mois à peine.

Marie Hauer, âgée de 27 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital Beaujon le 4 mars 1880, dans le service de M. le Dr Millard, salle Sainte-Marthe, n° 12.

Cette malade a été prise dans la dernière semaine de janvier d'une pleuro-pneumonie gauche consécutive à un refroidissement.

Elle est actuellement envoyée à l'hôpital par son médecin le Dr Soudry de Neuilly, qui, inquiet de la longue durée de la convalescence, de la persistance de la fièvre et de certains signes physiques, soupçonne une lésion tuberculeuse du poumon.

La malade se présente en effet avec un faciès de phthisique. Elle est pâle, amaigrie, a les pommettes vivement colorées. Elle se plaint d'accès de fièvre suivis de sueurs qui la prennent tous les soirs, enfin elle montre ses crachats qui, muqueux jusqu'à ily a deux ou trois jours ont pris subitement le caractère purulent.

Examinée avec soin, la malade ne présente d'œdème en aucune partie du corps. Il n'existe d'autre localisation morbide qu'une affection thoracique gauche qui est ainsi caractérisée.

Il n'existe pas de déformation de la poitrine à simple vue, la peau de la région ne présente aucun caractère anormal, mais les espaces intercostaux de ce côté sont rétrécis indiquant un commencement de rétraction de la paroi.

La percussion permet de constater une matité occupant environ la moitié inférieure en arrière se retrouvant dans l'aisselle et jusque vers le mamelon en avant. Dans ces mêmes régions les vibrations thoraciques sont abolies et l'auscultation révèle un souffle léger, pleurétique, tous les signes concordent donc en faveur d'une pleurésie dont la nature est suspecte. Les accès de fièvre quotidienne et vespérale, les sueurs profuses, le rétrécissement des espaces intercostaux, enfin l'expectoration purulente et subite accusée par la malade permettent de supposer qu'il s'agit d'une pleurésie purulente avec vomique.

Extrait de quinquina. Pot. Todd, lait, sulf. quin.

8 mars. L'état général est le même, mais les signes physiques se sont modifiés. On entend maintenant en un point très-limité, vers l'union du 1/3 inférieur avec le 1/3 moyen, un souffle amphorique melé de râles, vé-

ritable gargouillement qui ferait songer à une caverne s'il siégeait au sommet.

Au moment des efforts expiratoires, on perçoit à cet endroit de gros bruits non métalliques qui paraissent dus à l'entrée subite et forcée de l'air dans une cavité. Au dessus de ce foyer matité et quelques frottements.

Ces nouveaux signes confirment le diagnostic de pleurésie purulente avec vomique, un foyer enkysté s'est certainement mis en communication avec les bronches.

L'expectoration purulente chez cette malade se présente avec des caractères particuliers. La vomique au lieu de se faire en un temps limité est continue, la malade est prise à tout moment de toux quinteuse et rend un seul crachat purulent fade non mêlé avec des mucosités, en sorte que son crachoir rappelle à s'y tromper celui d'un phthisique. Il y a ainsi 100 à 150 grammes rendus en 24 heures.

Il n'y a pas de diarrhée.

Sulf. quin. Traitement tonique.

9 mars. Plus de fièvre, demi-crachoir de pus.

Le 10. Matité plus circonscrite. La lésion se localise de plus en plus.

2 cautères sur le foyer.

Le 11. 100 grammes de pus sans toux fréquente, continue surtout dans l'après-midi.

Le 12. Etat général meilleur.

L'état général est beaucoup plus satisfaisant. Les sueurs ont diminué, l'appétit est meilleur.

L'expectoration est moins abondante.

Le 20. Expectoration purulente presque insignifiante, 2 à 3 crachoirs purulents. Souffle amphorique entendu seulement dans les quintes de toux au siège déjà indiqué.

Diarrhée assez abondante.

Le 31. Souffle à peine perceptible. Plus d'expectoration depuis une dizaine de jours. Aucune modification à la mensuration. Diarrhée revenant fréquemment et rendant l'alimentation difficile.

2 avril. Etat satisfaisant. Plus de diarrhée. A l'auscultation léger souffle pendant les quintes de toux.

Le 29. La malade sort guérie. On constate la persistance de la submatité et de la faiblesse respiratoire dans la moitié inférieure.

Le côté n'est pas rétréci et la peau de la région ne présente aucune modification. (D'après les notes de M. Collet, externe du service).

Obs. XXIII. — Pleuro-pneumonie. — Pleurésie purulente consécutive. — Vomiques répétées. — Guérison en moins de deux mois.

Le nommé Herbeth (Pierre), âgé de 45 ans, exerçant le métier de concierge, entre le 8 mars 1880 dans le service de M. le Dr Millard, à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Louis, n° 26.

Les renseignements suivants sont fournis par le médecin qui a soigné le malade avant son entrée à l'hôpital.

Cet homme franchement alcoolique a été atteint au commencement du mois de janvier d'une pneumonie gauche compliquée de délire et de phénomènes ataxiques.

Il y a un mois, dans le cours de la convalescence, épistaxis assez abondante pour nécessiter le tamponnement des fosses nasales, puis apparition d'une pleurésie gauche avec endo-péricardite et bientôt fièvre hectique avec sueurs abondantes, amaigrissement.

Au moment de son entrée, le malade se trouve dans un état assez satisfaisant. La fièvre persiste mais pas très élevée. Pas de dyspnée, pas de phénomène fonctionnel particulier.

Peu de toux. Expectoration simplement muqueuse. Le thorax ne présente pas de déformation appréciable à première vue, mais les espaces intercostaux du côté gauche examinés comparativement avec ceux du côté sain sont nettement rétrécis, ce qui indique un commencement de rétraction. Du même côté la peau sans être réellement œdématiée est épaissie et lardacée. Il n'existe pas d'œdème ailleurs, sauf à la face interne des cuisses ou la pression détermine un léger godet.

A la percussion et à l'auscultation, côté droit sain ; du côté gauche, en avant, bruit skodique au sommet.

Matité commençant au niveau de la quatrième côte environ se continuant vers la base. Voussure de la région précordiale, suppression de la respiration, impulsions cardiaques exagérées à la vue et au doigt, mais le cœur n'est pas déplacé. Bruit de frottement soufflant à la base.

Ces signes paraissent indiquer que le poumon et le cœur sont refoulés en avant.

En arrière, matité complète occupant les 2|3 inf. de la hauteur, la ligne de matité descend obliquement vers l'aisselle, suppression des vibrations et silence respiratoire complet dans la zone de matité. Au-dessus exagération des vibrations, frottements humides, léger souffle.

Les urines du malade ne renferment pas d'albumine.

Diagnostic. Pleurésie probablement purulente en raison de la marche, de la durée, de l'œdème de la paroi.

10 mars. *Première vomique*. Le malade a craché et toussé pendant toute la nuit. Crachats purulents. 2 crachoirs.

Pas de modification dans les signes physiques.

Traitement tonique. Cautères.

Le 11. Fièvre légère. Expectoration purulente moins abondante. Etat général satisfaisant.

Le 12. Le malade a rendu un crachoir plein de crachats spumeux et aérés. Toux modérée. Pas d'expectoration purulente depuis hier.

Le 13. *Deuxième vomique*. Accès de toux. Expectoration en 2 heures (matin) de 500 grammes environ de pus mêlé à des mucosités.

Le 14. Toux et expectoration pendant toute la nuit. Pus et mucosités. Le pus est mêlé aux mucosités et ce n'est qu'en transvasant le crachoir, qu'on en constate la présenee.

Le 15. *Troisième vomique*. Deux crachoirs dans la nuit. Pas de modification dans les signes physiques.

Le 16. Peu de toux et pas d'expectoration cette nuit.

Le 17. Crachats de catarrhe.

Le 18. *Quatrième vomique*. Deux crachoirs de pus mêlé à des mucosités. La matité à diminué de 4 travers de doigt environ. On constate pour la première fois au-dessus de la matité un souffle amphorique sans autres signes de pneumothorax. Œdème plus marqué de la paroi (680 grammes de crachats purulents).

Le 19. Expectoration moins abondante, un seul crachoir renfermant plus de mucosités que de pus. Souffle amphorique très localisé.

Le 20. Même quantité de crachats. Plus de souffle.

Le 27. Les crachats muco-purulents rendus journellement remplissent un crachoir. Plus de vomique vraie, expectoration graduelle.

Amélioration de l'état général. Teint plus coloré.

Matité moins considérable.

Le 31. Même état. Le malade prend de l'embonpoint.

7 avril. Même quantité de crachats muco-purulents. L'amélioration continue.

Le 15. Moins de crachats, ils sont plus spumeux, plus aérés. Le malade tousse toujours un peu.

Le 17. Expectoration presque insignifiante.

Le 20. Exeat sur la demande du malade. La matité persiste, mais dimi-

nuée, frottements légers et faiblesse respiratoire. Le côté malade est rétréci à la mensuration, 1 c. 1|2 de moins que le côté sain.

Toux et expectoration insignifiante. Etat général excellent.

Depuis sa sortie le malade s'est présenté à plusieurs reprises à la consultation ; il va de mieux en mieux.

(D'après les notes de M. Poupinel, externe du service).

CONCLUSIONS.

Nous nous conformerons à l'usage en formulant à la fin de ce travail les conclusions qui suivent ; mais nous tenons à présenter auparavant quelques restrictions sur leur forme, la concision forcée de telles propositions leur donnant en apparence quelque chose d'absolu qui n'est pas dans nos idées. Le lecteur pourra d'ailleurs facilement se reporter à la discussion, car nos conclusions sont énoncées dans l'ordre même des chapitres.

1° Quand le pus vient *faire saillie* sous la peau, il y a indication formelle de la pleurotomie; c'est l'*empyème de nécessité*.

2° Lorsqu'une canule à demeure ou des ponctions réitérées ont provoqué de l'*inflammation*, il ne faut pas tarder à opérer.

3° L'indication est absolue si le pus trop *épais* ou chargé de *particules solides* ne s'écoule que d'une manière insuffisante.

4° La *fétidité* du pus commande impérieusement l'intervention par le bistouri.

5° L'opération est urgente, quand il y a, avec un *état général* sérieux, des signes de *pneumothorax* sans fistule pulmonaire.

6° Il y a nécessité de pratiquer la pleurotomie, si l'établissement d'une *fistule pleuro-bronchique avec pneumothorax* laisse les choses empirer; il peut y avoir avantage à y recourir, si la maladie demeure longuement stationnaire.

7° La situation traine-t-elle indéfiniment, ou vient-elle

à s'aggraver, malgré des *vomiques sans signes de pneumothorax*, il ne faut pas hésiter à inciser largement l'espace intercostal.

8° Dans les pleurésies purulentes simples, on tiendra en grande considération le *volume du pseudo-kyste pleural* que l'on s'efforcera d'abord de réduire au moyen de ponctions répétées.

En dehors de toute complication, si la guérison tarde trop à se confirmer, on discutera l'opportunité de l'opération dans chaque cas particulier, en n'oubliant pas qu'elle donnera de moins bons résultats dans les très grands épanchements que dans les moyens.

Les petites pleurésies circonscrites, sauf de rares exceptions, peuvent et doivent guérir par l'aspiration seule.

Contre-indications.

9° Il n'y a pour ainsi dire pas de contre-indication de la pleurotomie, la *certitude d'une mort prochaine* doit seule la faire rejeter.
