

obliques sur la colonne vertébrale, et en se rapprochant les unes des autres; le sternum lui-même entraîné par les côtes est porté en bas et en arrière, vers l'axe du thorax. Aussi remarque-t-on qu'à mesure que ce travail s'opère, le côté malade de la poitrine se rétrécit sensiblement, et que la mamelle et l'épaule elle-même s'abaissent. Au reste, il est à observer que le rétrécissement de la poitrine, du côté malade, est d'autant plus sensible que, dans l'empyème, la nature augmente le volume du poumon sain et la cavité qui le renferme, comme pour compenser, ainsi que Morgagni en a fait la remarque, la perte de volume que le poumon malade a éprouvée. Lorsque la nature a effacé entièrement l'espace qui existait entre le poumon et les parois de la poitrine, elle n'a pas terminé entièrement le travail qui doit achever la guérison; il faut encore, pour que cette guérison soit solide et durable, que la cavité de la plèvre s'efface entièrement; or, c'est ce qui résulte de l'adhérence de la surface du poumon avec les parois du thorax: tant que cette adhérence n'est pas complète, on ne peut regarder la guérison comme parfaite; mais il est bon de dire que certains malades se trouvent hors de danger, et en quelque sorte guéris sans que la cavité de l'empyème se ferme entièrement. Dans ce cas, la plaie devient fistuleuse, et il reste entre le poumon et les parois de la poitrine un vide plus ou moins grand dans lequel l'air pénètre sans aucun inconvénient remarquable.

ARTICLE IV.

De l'hydropisie de la poitrine et de celle du péricarde.

§ 1. — De l'hydropisie de la poitrine.

On donne ce nom, ou celui d'hydrothorax, à un amas de sérosité entre la plèvre et le poumon. Cette maladie peut n'attaquer qu'un des côtés de la poitrine ou les affecter tous les deux à la fois. On la nomme primitive ou essentielle, lorsqu'elle dépend d'un simple défaut de rapport entre l'exhalation et l'absorption qui ont lieu perpétuellement à la surface de la plèvre, sans qu'on puisse attribuer ce défaut de rapport à une lésion organique des viscères de la poitrine ou de l'abdomen, ou à quelque maladie préexistante. On l'appelle secondaire ou

symptomatique, quand elle dépend de l'une de ces dernières causes. Cette distinction de l'hydrothorax en *essentiel* et en *symptomatique* est très-importante.

L'hydrothorax essentiel est bien moins fréquent que le symptomatique; cependant de nombreuses causes peuvent le produire. Une grande quantité d'eau froide bue pendant que le corps est très-échauffé, la suppression d'une évacuation séreuse habituelle, le dessèchement d'un cautère ou d'un ancien ulcère, chez les vieillards surtout, le font naître quelquefois: on le voit survenir aussi à la suite de l'asthme convulsif, d'une pleurésie, d'une péripneumonie, d'une maladie exanthématique, telle que la rougeole, la variole, la scarlatine, de la répercussion d'une dartre, de la gale, etc.; d'autres fois, il se déclare à la suite d'une contusion ou d'une forte pression sur le thorax. Ces différentes causes agissent en diminuant l'activité des vaisseaux absorbants, ou en augmentant celle des exhalants. Dans le premier cas, la marche de l'hydrothorax est lente, chronique; dans le second, elle est plus ou moins rapide, et en quelque sorte aiguë. Mais quelle que soit la cause déterminante de l'hydropisie de poitrine essentielle chronique, elle agit avec d'autant plus d'efficacité que le malade est affaibli par des évacuations excessives ou opiniâtres, par quelque maladie antécédente qui a existé longtemps, par des chagrins profonds, etc.

L'hydrothorax symptomatique ou consécutif, beaucoup plus fréquent que le primitif ou essentiel, dépend le plus souvent de lésions organiques du cœur, des gros vaisseaux ou des poumons: quelquefois il est consécutif à la lésion organique de quelqu'un des viscères de l'abdomen, particulièrement du foie; mais alors l'hydropisie de la poitrine est toujours précédée ou accompagnée de celle du bas-ventre.

Le diagnostic de l'hydrothorax est presque toujours obscur et difficile. Cette difficulté tient à plusieurs causes: 1° ses symptômes, qui diffèrent d'ailleurs suivant ses causes et ses périodes, lui sont communs avec beaucoup d'autres maladies; 2° ceux qui lui sont le plus ordinaires manquent assez souvent, et quelquefois même cette maladie existe sans être annoncée par aucun de ses signes nombreux; 3° enfin, la structure des parois de la poitrine ne permet pas de sentir la fluctuation du liquide, comme dans l'ascite.

Des accès d'asthme convulsif, un sentiment de pesanteur, une légère anxiété, une petite toux sèche ou d'apparence catarrhale, du malaise après le repas, une faiblesse générale, un éloignement très-marqué

pour les exercices du corps, le défaut d'appétit, un peu de gêne dans la respiration, sont autant de phénomènes qui précèdent ordinairement l'hydrothorax, et qui doivent, par conséquent, en faire craindre le développement, ou plutôt qui annoncent ses commencements. A ces premiers symptômes, toujours fort équivoques, il s'en joint bientôt d'autres qui le sont moins. La difficulté de respirer et l'oppression augmentent par degrés, et deviennent surtout très-considérables lorsque le malade monte ou qu'il fait des mouvements un peu forts. Chez quelques malades, la difficulté de respirer augmente dans les premiers instants du sommeil qu'elle interrompt; elle empire dans le reste de la nuit, et finit par s'adoucir: mais, outre que ce phénomène n'a pas toujours lieu, il s'en faut de beaucoup qu'on puisse le regarder, lorsqu'il existe, comme un signe pathognomonique de l'hydrothorax, ainsi que fait Lazare Rivière. Quelques-uns, dont le sommeil est interrompu tout à coup dans le cours de la nuit, cherchent l'air le plus frais et se lèvent, dit Charles le Pois, pour se le procurer, mais on ne voit rien de tout ceci chez le plus grand nombre: la plupart des malades ne peuvent rester couchés sur le côté sain, ni sur aucun, s'ils sont tous les deux affectés; la respiration est plus difficile dans la position horizontale; enfin, les malades font élever la tête de leur lit à mesure que le volume de l'eau augmente, et bientôt ils ne peuvent dormir qu'assis ou penchés en avant. Lorsqu'ils sont debout, il ressentent à l'appendice xiphoïde et dans toute l'étendue de l'attache du diaphragme, de la pesanteur et de la douleur; le côté de la poitrine où se trouve l'épanchement est plus bombé, plus arrondi, et les espaces intercostaux sont élargis; l'hypochondre correspondant est plus saillant que dans l'état naturel. Si on percute la poitrine, au lieu de résonner, comme dans son état sain, elle fait entendre un bruit semblable à celui que donnerait un corps plein. Ce défaut de résonance s'observe sur le seul côté malade de la poitrine, et quand la totalité de la cavité n'est point occupée par le liquide épanché, l'absence de son ne s'observe, le malade étant sur son séant, que jusqu'à l'endroit où ce liquide cesse d'être interposé entre le poumon et les parois thoraciques. Si l'on applique l'oreille immédiatement contre la poitrine, ou mieux encore si l'on se sert du cylindre appelé stéthoscope, on n'entend point le bruit de la respiration en tout autre lieu qu'à la racine du poumon. Quelquefois le malade sent une espèce de fluctuation lorsqu'il change de posture, et le médecin lui-même, en prêtant une

oreille attentive, pendant qu'on agite le corps du malade, peut entendre le bruit ou l'espèce de gargouillement qui résulte de cette fluctuation. Mais ce phénomène, qui suppose qu'il y a à la fois de l'air et de la sérosité épanchés dans la poitrine, existe rarement, et lors même qu'il a lieu, il est probable, comme le dit Camper, qu'il dépend plutôt de l'ondulation des liquides et des gaz contenus dans l'estomac, que de celle de la sérosité épanchée dans la poitrine. L'enflure œdémateuse des pieds, des jambes et du scrotum, une soif plus ou moins ardente, tandis que les urines sont rouges et en petite quantité, l'infiltration de la paupière inférieure et quelquefois de tout le visage, sont des symptômes communs à l'hydrothorax et aux autres espèces d'hydropisies. Mais l'œdème de la main et celui du côté de la poitrine où siège l'épanchement, la douleur, l'engourdissement ou la paralysie du bras du même côté, appartiennent presque exclusivement à l'hydrothorax. Dans cette espèce d'hydropisie, le pouls est trop variable pour qu'on puisse en tirer quelques inductions pour la connaissance de la maladie. Mais l'endroit de la poitrine où les battements du cœur se font sentir mérite une attention particulière. Lorsque l'hydrothorax occupe le côté gauche, le cœur est poussé à droite, et quelquefois ses battements se font sentir près de l'aisselle de ce côté: quand l'hydropisie est au côté droit, on sent les pulsations du cœur près de l'aisselle gauche.

Lorsque tous les symptômes dont nous venons de parler existent, le diagnostic ne présente presque aucune difficulté; mais il est très-rare de rencontrer ce concours de symptômes caractéristiques; presque tous peuvent manquer, quoiqu'il y ait de l'eau dans la poitrine; et alors même qu'on les rencontre, il n'est pas absolument certain qu'ils n'appartiennent pas à d'autres affections. Concluons que très-souvent on ne connaît l'hydrothorax qu'après la mort des malades et par l'ouverture du corps.

S'il est difficile de reconnaître cette maladie, il ne l'est pas moins de déterminer si elle est primitive, essentielle, indépendante d'aucune affection antécédente, ou bien si elle est symptomatique et consécutive à une affection du cœur, des gros vaisseaux, etc. Pour arriver à cette connaissance, qui est extrêmement importante pour le pronostic et le traitement, il faut avoir une notion exacte de toutes les circonstances antécédentes, et notamment des symptômes que le malade a éprouvés avant la manifestation de ceux qui appartiennent plus particulièrement

à l'hydrothorax. C'est de la réunion des signes qui appartiennent à l'épanchement séreux et à l'affection organique, qu'on peut déduire le diagnostic, et on sent combien il est important d'avoir observé la marche de la maladie dès son commencement. Mais le plus souvent on n'est appelé à prononcer sur cette maladie que lorsqu'elle est déjà fort avancée, et qu'il y a, si l'on peut ainsi parler, une telle combinaison des symptômes de l'hydrothorax avec ceux de l'altération organique, qu'il est presque impossible de dire à laquelle de ces deux causes ces symptômes appartiennent.

Le pronostic de l'hydrothorax est toujours grave; cependant celui qui est primitif, peu ancien, qui dépend d'une cause externe ou de la suppression de quelque exanthème, peut, lorsque le malade est jeune et qu'il a conservé ses forces, guérir radicalement. Quant à l'hydrothorax symptomatique, et à celui qui est compliqué d'ascite, d'anasarque, dans un sujet faible et âgé, il est absolument sans ressource. Les malades qui succombent à l'hydrothorax ne périssent ni de la même manière ni à la même époque ou période de la maladie. On conçoit aisément tout ce que peuvent amener de différences l'état de simplicité ou de complication, de phlegmasie aiguë ou chronique, etc.

A l'ouverture du corps des personnes mortes d'hydrothorax, on trouve dans l'un et quelquefois dans les deux côtés de la poitrine, une quantité plus ou moins grande de liquide; cette quantité varie depuis une livre jusqu'à douze. Lorsque l'hydropisie s'est formée lentement et qu'elle n'a été précédée ni accompagnée d'aucune phlegmasie de la poitrine, ce liquide est séreux, clair, jaunâtre ou verdâtre, rarement trouble et épais. Dans le cas contraire, tantôt il est rougeâtre et semblable en quelque sorte à de la lavure de chair, tantôt blanc, puriforme, contenant des filaments et des flocons albumineux, etc.

Lorsque la poitrine est entièrement débarrassée de ce liquide, si l'épanchement s'est formé lentement, sans inflammation, sans complication, on trouve la plèvre presque dans son état naturel; à peine est-elle un peu épaissie, plus dense, plus blanche qu'à l'ordinaire; le poumon, pressé par la sérosité, est flétri et affaissé contre le médiastin et la colonne vertébrale, rarement un peu infiltré, quelquefois comme macéré et facile à déchirer: le cœur est plutôt amaigri qu'augmenté de volume, il est pâle, vide de sang, mais sans aucune altération organique. Si l'épanchement s'est formé promptement à la suite d'une phlegmasie, la plèvre alors est épaissie, sa surface est couverte

d'une couenne albumineuse disposée en forme de membrane; le poumon offre des traces d'inflammation, quelquefois même de suppuration, et sa surface est adhérente à la plèvre en plusieurs endroits. Dans l'hydrothorax symptomatique, on trouve les lésions organiques qui ont déterminé l'épanchement de sérosité. Ce sont le plus ordinairement des anévrysmes du cœur, l'ossification ou l'érosion de ses valvules, la dilatation anévrysmatique ou la dégénération osseuse de la crosse de l'aorte, etc. Les viscères du bas-ventre, particulièrement le foie, sont quelquefois engorgés.

Dans le traitement de l'hydrothorax, comme dans celui de toutes les autres hydropisies, on doit avoir pour objet de favoriser la résorption de la sérosité, et son évacuation par les urines, les selles, etc.; et lorsque cette résorption est impossible, de donner issue à ce liquide en pratiquant une ouverture aux parois de la poitrine. Nous n'entreprendons point ici dans le détail des moyens nombreux et variés qui ont été proposés pour remplir la première de ces intentions. Nous nous contenterons de dire que l'administration de ces moyens doit être dirigée d'après la connaissance de l'espèce d'hydrothorax, de ses causes, de son ancienneté, de ses complications, de l'âge du malade, de son tempérament et de ses forces.

Dans tous les temps on a pensé qu'on pourrait guérir l'hydrothorax en donnant issue au liquide qui remplit la poitrine, par une ouverture pratiquée aux parois de cette cavité; et que dans les cas mêmes où cette opération, qui n'a aucune prise sur la cause de la maladie, ne pourrait pas la guérir, elle procurerait du moins un grand soulagement, et donnerait aux remèdes dont on fait usage intérieurement le moyen d'agir avec plus d'efficacité. Hippocrate, et après lui presque tous les auteurs, ont recommandé de faire une ouverture à la poitrine pour évacuer l'eau qui y est épanchée; mais il paraît que cette opération a été rarement pratiquée. On n'en sera point surpris si on se rappelle ce que nous avons dit sur l'incertitude du diagnostic de l'hydrothorax, et sur la difficulté de distinguer celui où l'opération peut être utile d'avec celui où l'on n'a rien à espérer, et où même elle peut devenir nuisible. Aussi ne trouve-t-on dans les écrits des anciens aucune observation détaillée qui constate le succès de cette opération; et celles qu'on rencontre dans les livres modernes sont en petit nombre. Parmi ces observations nous citerons les plus remarquables.

Willis nous a donné celle d'un jeune homme sain et robuste qui fut

attaqué d'une hydropisie de la poitrine, après s'être livré avec une espèce de fureur à la chasse, à l'équitation et à tous les autres exercices du corps. Comme le côté gauche était enflé, que les battements du cœur se faisaient sentir à droite, qu'il existait beaucoup d'autres symptômes de cette dangereuse maladie, et que les remèdes dont le malade avait fait usage n'avaient produit aucun bon effet, Willis, appuyé de l'avis de deux autres médecins, fit faire une incision entre la sixième et la septième côte pour donner issue à l'eau épanchée. On laissa une canule dans l'ouverture. Le premier jour il sortit environ six onces d'une liqueur épaisse et blanche comme du chyle; le second jour à peu près autant; mais le troisième la liqueur coula en très-grande quantité: le malade se trouva faible, la fièvre survint: ce qui engagea le médecin à arrêter cette évacuation pendant deux ou trois jours, après quoi il n'en laissait sortir qu'une petite quantité chaque jour. Moyennant ce traitement, le malade commença à se mieux porter et à reprendre des forces; enfin il se trouva en état de monter à cheval et de faire ses exercices ordinaires. Pendant tout ce temps-là il n'avait pris que très-peu de remèdes, on lui avait donné seulement après l'opération quelques cordiaux légers, un anodin et une décoction vulnéraire. Au bout de quelques mois, se croyant parfaitement rétabli, il ôta la canule, mais la plaie ne fut pas plutôt fermée que la maladie reparut. On se disposait à faire une seconde opération lorsque la cicatrice s'ouvrit spontanément et donna issue à la matière qui s'était amassée dans la poitrine: on remplaça une canule dans l'ouverture; le malade se trouva mieux bientôt après; mais il fut obligé de porter constamment la canule (1).

Duverney fut appelé chez une femme hydropique, âgée de vingt-huit à trente ans. Son visage était maigre, ses yeux enfoncés, décharnés et languissants: elle respirait avec peine, et ne pouvait demeurer que dans une situation demi-courbée. Trois mois auparavant, cette femme, qui était fort vive et d'un très-bon tempérament, avait été atteinte d'une très-grande douleur au côté droit, avec fièvre continue, pour laquelle elle fut saignée plusieurs fois et mise à l'usage des remèdes ordinaires en pareille occasion. La douleur ayant beaucoup diminué, il lui resta une petite fièvre lente accompagnée de quelque peine à

(1) Willis, *Pharm. rat.*, p. II, sect. I, c. 13, p. 136.

respirer, ce que l'on regarda comme une suite de son mal. La malade dans cet état se remit peu à peu à sa manière ordinaire de vivre et d'agir autant que ses forces le lui permettaient. Cependant les pieds et les mains devinrent enflés, la main et le pied droit surtout; le visage et les côtés étaient bouffis de temps en temps; enfin le ventre aussi parut enflé, la respiration fut pénible et difficile; la malade s'allita. Le pouls était petit, inégal et pressé. Duverney ne trouva pas le ventre assez gros ni assez tendu pour causer tous ces symptômes; ce qui le confirma dans la pensée qu'il avait eue, dès qu'il vit la malade, qu'il y avait de l'eau dans la poitrine. Il jugea à propos de commencer par la ponction au ventre: il en tira quatre à cinq pintes d'eau. La malade se sentit un peu soulagée, sans pouvoir néanmoins se tenir couchée sur le côté gauche. Au bout de quelques jours tous les symptômes étant redevenus aussi pressants qu'avant l'opération, Duverney se détermina à faire la ponction à la poitrine: il enfonça un troiscquarts entre la seconde et la troisième des fausses côtes, le plus près de l'épine qu'il lui fut possible, et tira environ trois demi-setiers d'une sérosité mucilagineuse, semblable à de la tisane citronnée. La malade qui ne respirait qu'avec peine, et qui ne pouvait demeurer dans aucune situation qu'à demi-courbée, et dont le pouls était serré et inégal, fut soulagée de toutes manières: elle dormit et respira avec liberté, en quelque position qu'elle se mit; les urines coulèrent assez abondamment, et cette dame fut si promptement rétablie qu'elle se trouva en état de vaquer à ses affaires au bout d'un mois (1).

Senac nous a conservé l'histoire d'une hydropisie de la poitrine guérie par la paracentèse. « Un palefrenier de la grande écurie du roi avait été guéri d'une pleurésie. Il fut saisi d'un étouffement qui ne lui permettait de respirer que lorsqu'il était assis: l'oppression était si grande qu'il n'aurait pas vécu quatre heures. Dans un danger si pressant, je n'hésitai point à faire ouvrir la poitrine; il en sortit six pintes d'eau jaune et claire. Elle continua à s'écouler pendant quelques jours. Enfin, dans un mois le malade fut parfaitement rétabli, et il suivit le roi à la chasse pendant plus de deux ans » (2).

La paracentèse du thorax a également réussi à Morand dans un cas que nous avons cité à l'article de l'empyème. On trouve dans le *Jour-*

(1) *Acad. des sciences*, 1703, p. 172.

(2) *Traité de la structure du cœur*, t. II, p. 266.

nal de médecine, t. XVIII, p. 451, l'histoire d'une hydropisie de poitrine guérie par la même opération. Le malade était un homme de trente ans, d'un tempérament sanguin, assez robuste. Depuis environ quatre mois, il éprouvait une difficulté de respirer accompagnée d'une toux sèche et convulsive. Le médecin auquel il s'adressa lui trouva beaucoup d'oppression, la voix entrecoupée, une toux violente : il se plaignait d'une douleur profonde dans le côté gauche, et de sueurs abondantes qui le prenaient pour peu qu'il agit : il ne pouvait se coucher que sur le dos ; et quoiqu'il mangeât assez bien, il tombait dans un amaigrissement considérable. La maladie n'avait été précédée par aucune affection de la poitrine ; mais, dans le mois où elle se déclara, le malade, étant excédé de fatigue et fort échauffé, s'était reposé dans des lieux frais ; il lui était même arrivé plusieurs fois de boire de l'eau froide, quoique couvert de sueur. On lui prescrivit des bouillons adoucissants et incisifs, des loochs avec du kermès. Ces remèdes ne le soulagèrent point : au contraire, les accidents redoublèrent, l'oppression devint excessive, la douleur du côté gauche augmenta considérablement, ce côté parut œdémateux ; le visage se bouffit, le ventre se tuméfia, les pieds et les mains enflèrent aussi ; les urines diminuèrent, et le ventre devint paresseux. Le malade ne pouvait se remuer sans sentir une masse d'eau qui semblait le suffoquer, enfin il présentait tous les symptômes de l'hydrothorax. Dans cet état, la paracentèse paraissant la seule ressource sur laquelle on pût compter, elle fut pratiquée : on plongea un trois-quarts entre la troisième et la quatrième fausses côtes, en comptant de bas en haut ; le poinçon de l'instrument retiré, il sortit par la canule environ trois chopines, mesure de Paris, d'une matière lymphatique sanieuse, très-puante. Le malade qui était à l'agonie parut revivre à mesure que le liquide s'évacuait. On laissa la canule dans la plaie. Le malade éprouva un changement notable les six premiers jours ; le septième et le huitième furent moins tranquilles : l'oppression augmenta ; la matière qui suintait par la canule devint fort épaisse ; elle s'accumula, et le malade fut menacé une seconde fois d'une mort prochaine, ce qui décida le médecin et le chirurgien qui le traitaient à faire l'opération de l'empyème. Elle fut pratiquée : il sortit environ une livre et demie d'une matière puriforme et épaisse ; on pansa la plaie comme il est d'usage en pareil cas. Environ trois mois et demi après, elle fut entièrement cicatrisée, et le malade parfaitement guéri et ne sentant aucun mal dans la poitrine.

Ces observations montrent que l'opération de la paracentèse peut être faite avec succès dans l'hydropisie de la poitrine ; mais on pourrait en citer un grand nombre d'autres desquelles il résulte que cette opération a souvent été pratiquée sans succès, et quelquefois même au grand préjudice des malades. Ces résultats différents tiennent sans doute à ce qu'on a appliqué la paracentèse à des cas dans lesquels elle ne convenait pas, ou de ce qu'on y a eu recours trop tard. Il serait donc bien important de déterminer ceux où elle peut être utile, et ceux où elle ne doit avoir aucune utilité ; mais la chose est très-difficile.

Lorsque l'hydropisie de la poitrine est essentielle ou primitive, qu'elle dépend d'une cause externe, ou qu'elle est la suite d'une maladie aiguë, telle qu'une pleurésie, une péripneumonie, ou qu'elle succède à une maladie exanthématique qui a disparu en peu de jours, et que le malade, jeune encore, a conservé la plus grande partie de ses forces, on peut espérer de guérir cette hydropisie en donnant issue à la sérosité par une ouverture pratiquée aux parois de la poitrine. Mais ce concours de circonstances favorables à la paracentèse du thorax se rencontre très-rarement. En effet, l'hydrothorax est presque toujours la suite de l'affection organique de quelqu'un des viscères de la poitrine ou de l'abdomen, ou bien il attaque des sujets avancés en âge, faibles, cacochymes, épuisés par des maladies antérieures ; ou bien encore il dépend d'une vraie cachexie séreuse ou hydropique, et se trouve joint à l'hydropisie de l'abdomen et à l'anasarque. Or, dans tous ces cas, la maladie étant incurable, l'opération procurerait tout au plus un soulagement passager, et elle pourrait hâter la mort du malade. Dans les cas les plus favorables au succès de l'opération, on ne doit la pratiquer qu'après avoir reconnu l'insuffisance des autres moyens pour la guérison de la maladie. En se conduisant autrement, on risquerait d'ouvrir la poitrine à des malades qu'on aurait pu guérir par des remèdes internes convenables à leur état. C'est ce qui serait arrivé chez le malade dont nous allons parler, si nous nous fussions hâtés de pratiquer l'opération, comme nous en avons d'abord formé le projet. Un jeune homme de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatique, fut renversé le 21 juin 1819, par la roue d'une voiture vide qui lui passa obliquement sur le corps, depuis la hanche gauche jusqu'à l'épaule du même côté. Il fut saigné trois fois après cet accident. Cependant il ne tarda pas à éprouver tous les symptômes d'une pleu-

résie à gauche : elle fut combattue avec succès par une seule application de sangsues suivie de celle d'un vésicatoire sur le côté affecté. Le malade recouvra la santé ; mais six semaines plus tard les membres supérieur et inférieur gauches s'infiltrèrent. L'emploi des diurétiques les ramena à peu près à leur état naturel, mais alors la respiration devint gênée, sans que le malade éprouvât aucune douleur dans le thorax. Il entra à l'hôpital de la Charité le 11 août. Le côté gauche de la poitrine était très-agrandi, les côtes étaient plus écartées que dans l'état naturel ; on sentait distinctement entre les espaces intercostaux distendus la fluctuation d'un liquide, lorsqu'on frappait d'une main à une certaine distance de l'endroit sur lequel étaient placés les doigts de l'autre main. La percussion ne donnait aucun son, quel que fût le point du côté malade sur lequel on l'exerçait ; les battements du cœur se faisaient sentir au côté droit de la poitrine, près de l'aisselle. Le malade ne pouvait respirer qu'étant debout ou couché sur le côté gauche, il éprouvait d'ailleurs dans toutes les positions une dyspnée très-forte, sans toux ni expectoration. Toutes les autres fonctions s'exerçaient avec régularité : l'abdomen était néanmoins distendu par un liquide dont les ondulations s'y faisaient sentir lorsqu'on frappait la poitrine ; la face était pâle et un peu bouffie, il y avait encore un reste d'infiltration dans le membre supérieur gauche ; l'urine était rare et haute en couleur, cependant le malade n'était point altéré. Il n'y avait aucun doute sur l'existence d'un hydrothorax compliqué d'un commencement d'hydropisie ascite, et j'avais d'abord formé le dessein d'ouvrir la poitrine pour donner issue au liquide qu'elle contenait ; mais comme ces accidents n'étaient pas pressants, que le malade conservait toutes ses forces, et que d'ailleurs en pratiquant la paracentèse du thorax je n'aurais pas évacué le liquide épanché dans l'abdomen, je changeai de dessein et je tournai mes vues vers la thérapeutique interne. Je prescrivis une tisane diurétique et deux pilules par jour de poudre de digitale, de deux grains chacune. L'état du malade ne tarda pas à s'améliorer : l'urine devint plus abondante et moins colorée. Le même traitement fut continué, en augmentant progressivement la dose de la digitale, qui fut portée jusqu'à un gros par jour. Le 19 décembre, le malade quitta l'hôpital dans un état de santé parfaite. Les deux côtés de la poitrine paraissaient presque égaux en capacité ; les battements du cœur se faisaient sentir à gauche du sternum, preuve que cet organe, d'abord refoulé

à droite par le liquide, était revenu à sa position naturelle ; la respiration et toutes les autres fonctions s'exerçaient avec toute la régularité désirable. J'ai revu le malade vers la fin du mois de juin 1820, il était très-bien portant.

Lorsque l'hydrothorax est accompagné de toutes les circonstances favorables au succès de la paracentèse, et que l'insuffisance des autres ressources de l'art est bien reconnue, on doit pratiquer cette opération le plus tôt possible. Un trop long retard diminuerait les chances de succès en faisant perdre au malade la plus grande partie de ses forces et en amenant des complications fâcheuses. Si l'hydropisie est peu considérable et s'est formée promptement, on pourra évacuer complètement le liquide, en pratiquant aux parois de la poitrine une incision dans l'endroit et de la manière que nous avons indiqués précédemment. Dans le cas contraire, on fera une ou deux ponctions successives avant d'en venir à une ouverture suffisante pour vider tout à fait la poitrine ; en un mot, on se conduira comme nous l'avons dit en parlant de l'empyème. Après l'opération, on prescrira un régime et des médicaments internes propres à en assurer le succès, et à prévenir la récurrence de la maladie. (a)

(a) — En parlant des épanchements de diverse nature qui peuvent se faire dans la poitrine à la suite des plaies pénétrantes de cette cavité ; en parlant de l'empyème ou épanchement de pus ou de sérosité purulente, et en parlant de l'hydrothorax ou épanchement de sérosité, Boyer insiste sur les difficultés que présente le diagnostic de ces divers épanchements, et par conséquent sur les embarras qui en résultent pour diriger le praticien sur le choix des moyens thérapeutiques. Je crois devoir revenir sur le diagnostic des épanchements pleurétiques, et j'ajouterai quelques notes sur l'opération de l'empyème.

Boyer fait observer que le diagnostic de l'épanchement de pus dans la cavité des plèvres est éclairé par une fièvre lente, continue, accompagnée de rougeur des joues et de chaleur dans la paume des mains, qui augmente après les repas, et surtout le soir. Ce symptôme, commun à toutes les grandes suppurations intérieures, est accessoire dans les cas d'épanchements pleurétiques pour conduire le chirurgien à diagnostiquer la nature de l'épanchement ; mais il ne sert

pas à faire reconnaître son existence. Les vrais moyens de diagnostic de cette existence sont, suivant l'ordre de leur importance, l'auscultation, la percussion et la mensuration.

L'auscultation mérite, certes, le premier rang : elle nous apprend à distinguer les plus petits épanchements comme les plus grands, et leur nature fluide comme leur nature gazeuse. L'oreille seule ou armée du stéthoscope sert à reconnaître les phénomènes produits par ces divers épanchements; mais je crois que dans les cas difficiles, il vaut mieux se servir du stéthoscope que de l'oreille nue, parce que les diverses sensations produites par les liquides et les gaz arrivent plus nettes et plus pures à l'oreille. L'auscultation, ai-je dit, mérite le premier rang parmi les moyens de diagnostic des épanchements pleurétiques : en effet, pour peu qu'un épanchement liquide existe, elle nous le fait reconnaître; elle nous apprend que la respiration n'est plus perceptible à l'ouïe au niveau de l'épanchement, et qu'au-dessus de lui on entend un bruit particulier quand le malade parle. Ce bruit, nommé égophonie ou voix chevrotante, paraît dû à l'ébranlement imprimé à la lame la plus superficielle du liquide par l'air mis en mouvement dans les vésicules pulmonaires et dans les bronches. Ce signe est d'une grande importance dans les épanchements purulents à la suite des plaies pénétrantes, parce qu'ils sont, en général, moins considérables que les épanchements purulents à la suite des pleurésies : et comme le pus est moins susceptible d'être résorbé que la sérosité purulente, il est indispensable de lui donner issue et par conséquent d'avoir des symptômes qui permettent de reconnaître positivement sa présence. D'ailleurs, dans les cas de cette espèce, ni la percussion ni la mensuration ne peuvent être des guides assez certains. Dans les épanchements plus considérables, l'auscultation a encore une très-grande importance; mais elle est moindre parce que la percussion peut nous faire connaître l'étendue de l'épanchement : cependant l'égophonie nous sert ici pour établir que l'absence du son est le résultat de la présence d'un liquide. L'auscultation nous fait encore reconnaître dans les cas de ce genre un souffle tubaire, différent de celui de la pneumonie, en ce qu'il est moins prononcé. Dans les épanchements très-considérables, l'auscultation a encore moins d'importance. L'absence du son, l'écartement des côtes, le déplacement du cœur, sont des signes trop sensibles pour qu'on ait besoin d'autres moyens de diagnostic. D'ailleurs, ici, nous n'avons plus le

signe si important dont je viens de parler, l'égophonie. Elle n'existe plus lorsque les épanchements pleurétiques dépassent les deux tiers de la hauteur de la poitrine.

L'auscultation est le seul moyen de reconnaître la présence simultanée de gaz et de liquide dans la cavité thoracique; et, sans entrer ici dans le domaine de la médecine, et me contentant de prendre des exemples dans ma pratique chirurgicale, je dirai que cet enfant, dont j'ai parlé en traitant des plaies pénétrantes de la poitrine, et chez lequel j'ai arrêté les progrès d'un emphysème en pratiquant deux incisions sur les parties latérales du cou, a eu un épanchement pleurétique avec épanchement d'air que j'ai diagnostiqué à cause du tintement métallique et de la respiration amphorique très-prononcées qui existaient chez lui. La percussion n'aurait pu le faire reconnaître : elle aurait bien fait distinguer que la partie supérieure de la poitrine donnait une résonnance plus grande que dans l'état normal, mais elle n'aurait pas appris pourquoi.

Indépendamment du diagnostic simple de la maladie, l'auscultation nous donne encore le diagnostic des progrès d'augmentation et de diminution du mal : elle nous les donne, pour ainsi dire, par lame millimétrique, et elle nous conduit ainsi dans une voie thérapeutique très-sûre, puisqu'elle nous dit si nos moyens curatifs sont suffisants ou insuffisants.

Mais pour retirer de l'auscultation tous les avantages qu'elle offre, il faut savoir en faire une bonne application aux cas qui se présentent. Pour cela il faut examiner non-seulement les différents points de la poitrine, mais encore les examiner dans différentes positions, afin de bien s'assurer de la présence du liquide que des adhérences récentes ou anciennes peuvent retenir dans certaines limites, et afin d'arriver à reconnaître plus exactement sa quantité. Il faut aussi se rappeler qu'à droite la présence du foie empêche le liquide d'être dans une position aussi déclive qu'à gauche; et que, de ce côté, la présence de l'estomac peut donner lieu à quelques phénomènes résultant des liquides et des gaz qui peuvent se trouver dans sa cavité. D'ailleurs l'existence de l'égophonie sera toujours un signe certain qui devra conduire le chirurgien. Il ne faut pas oublier non plus qu'il se forme quelquefois entre les deux plèvres des abcès circonscrits, que l'auscultation servira à faire diagnostiquer à cause de l'absence de tous les symptômes propres aux épanchements pleurétiques.

La percussion est un moyen thérapeutique, qui, je crois, a plus de valeur que Boyer ne lui en donne, mais qui est loin de valoir l'auscultation. La percussion bien faite, soit avec les doigts seuls, soit avec le plessimètre, permet de limiter la partie non résonnante de la poitrine; mais elle ne nous dit pas si cette absence de résonnance dépend de la présence d'un liquide ou d'adhérences anciennes très-épaisses, ou d'un engouement du poumon, ou de la présence d'un foie ou d'une rate devenus très-volumineux. L'auscultation, au contraire, nous le dit par l'égophonie, et par la sensation d'un murmure respiratoire obscur qui traverse le liquide et qui n'existerait pas si l'absence de ce murmure dépendait du volume du foie ou de la rate. Elle ne nous apprend rien non plus sur la présence ou l'absence de gaz dans la cavité de la poitrine; car l'excès de résonnance peut dépendre de toute autre cause que de la présence accidentelle de l'air dans la plèvre: il peut même n'être qu'un signe relatif à l'absence de résonnance dans d'autres points de la poitrine. La percussion n'a d'ailleurs rien qui remplace le tintement métallique. C'est pour cette raison que je n'ai placé la percussion qu'au dernier rang des moyens de diagnostic des épanchements pleurétiques.

Enfin, la mensuration me semble n'être qu'un signe illusoire des épanchements pleurétiques; car lorsqu'elle peut servir réellement, ces épanchements sont parvenus à un tel degré, qu'il n'y a plus aucun doute sur leur existence.

Il y a encore un symptôme que je dois rappeler, parce qu'il peut avoir quelque valeur dans les cas douteux; c'est l'absence de vibration dans les parois thoraciques du côté affecté, pendant que le malade parle.

Les divers moyens de diagnostic des épanchements pleurétiques sont utiles quand ces épanchements se manifestent par des signes extérieurs; mais lorsqu'ils sont latents, ou qu'ils dépendent d'une infection purulente, ils ne servent plus qu'à nous faire connaître la maladie confirmée et peut-être déjà au-dessus des ressources de l'art. Les cas de ce genre ne sont que trop fréquents à la suite des grandes opérations chirurgicales, et les praticiens ne sauraient être trop prévenus de leur possibilité, afin de diriger leur attention du côté de la poitrine.

Enfin, ces moyens de diagnostic sont encore inutiles dans les cas d'épanchements pleurétiques sus-diaphragmatiques, dans ceux qui se font entre le poumon et le médiastin, et dans les épanchements dou-

bles où l'absence de termes de comparaison ôte aux signes toute leur valeur.

L'opération de l'empyème, qui consiste à pratiquer une incision plus ou moins grande aux parois thoraciques, diffère beaucoup de la paracentèse du thorax. Celle-ci n'est qu'une simple piqûre faite pour donner issue aux liquides épanchés. Je crois que l'opération de l'empyème est préférable surtout pour les épanchements purulents; et qu'ici, comme dans tous les abcès, une grande incision vaut mieux qu'une ponction: le pus s'écoule librement, l'air circule avec facilité; ce liquide et ce gaz ne s'altèrent pas mutuellement, ou si l'un et l'autre sont viciés dans leurs principes constituants, ils sortent librement, et permettent ainsi aux parties profondes de se rapprocher des parties superficielles, et la cicatrice se fait sans peine. Aussi je ne pense pas que les instruments imaginés dans le but d'empêcher l'entrée de l'air dans la cavité thoracique soient très-utiles. Les succès assez nombreux d'opérations d'empyème doivent engager les praticiens à avoir recours à ce moyen thérapeutique quand les médicaments internes sont inutiles. Quant à moi, si j'avais à ouvrir la cavité des plèvres pour un épanchement purulent, je n'hésiterais pas à pratiquer une incision. Je n'ai vu qu'une seule fois faire cette opération, elle a été suivie de succès. Si au contraire j'avais à ouvrir la cavité des plèvres pour un épanchement de sérosité, je pratiquerais la ponction avec un troi-quarts, comme dans l'hydrocèle. Je ne craindrais ni dans l'une ni dans l'autre opération que l'entrée de l'air fût nuisible à la respiration: En effet, indépendamment de la pesanteur atmosphérique égale dans les deux côtés du poumon, nous avons l'autre poumon qui est sain et qui satisfait aux besoins de la respiration.

§ 2. — De l'hydropisie du péricarde ou hydropéricarde.

On trouve dans le péricarde de presque tous les cadavres une plus ou moins grande quantité de sérosité; mais, quelque grande qu'elle soit, cette collection séreuse ne constitue l'hydropéricarde qu'autant que l'individu dans le cadavre duquel on la trouve a été attaqué, peu de temps avant sa mort, de quelque une des maladies capables de produire l'hydropisie, et a éprouvé la plupart des symptômes qui l'accompagnent ordinairement. On appelle donc hydropéricarde un amas