

l'air dans la cavité de la séreuse et d'exposer le cerveau, privé brusquement d'une compression habituelle, à tous les inconvénients d'un collapsus subit, sont écartés aujourd'hui (si tant est que le premier soit bien redoutable) par le perfectionnement du manuel opératoire et par la précaution, d'une part, de n'enlever que peu de liquide à la fois, d'une autre part d'exercer sur la tête une compression qui supplée celle du liquide. Quant à la lésion de la substance cérébrale, rien ne saurait, il est vrai, prémunir contre cet écueil quand l'hydrocéphalie est intraventriculaire; mais, si l'on choisit un point bien fluctuant on a des chances de trouver la couche du cerveau réduite à la minceur d'une membrane, et sa perforation ne fait pas, dès lors, courir de grands risques. Restent les dangers de l'inflammation des méninges. Ici encore il ne faut pas s'exagérer ce péril; une séreuse macérée dans de la sérosité n'est guère irritable, en effet, et d'ailleurs on agit avec des trocarts fins et qui ne produisent dès lors qu'une ponction peu susceptible d'être l'occasion d'une méningite. On le voit, nous inclinons à la pratique de cette opération, mais surtout dans les cas d'hydrocéphalie survenue après la naissance, chez des enfants nés avec une conformation régulière de la tête. Chez les hydrocéphales de naissance, tout au plus la ponction peut-elle être considérée comme une ressource palliative propre à prolonger la durée de leur chétive existence. Le fait du docteur Kitsell, qui sauva un de ses enfants atteint d'hydrocéphalie aiguë en le ponctionnant, est bien de nature à encourager les praticiens et à justifier l'intervention chirurgicale dans des cas analogues. Hâtons-nous d'ajouter que l'opération n'est indiquée à nos yeux que par l'accroissement continu du volume de la tête et par la gravité des accidents de compression cérébrale (*). (Voir, pour les détails de cette observation si remarquable, le *Bullet. de Thérap.*, t. XXXVIII f. 425).

(*) 669. Tous les points du crâne dans lesquels il y a écartement des os, et par suite bourrelet fluctuant, sont susceptibles d'être ponctionnés. On peut donc choisir une des fontanelles ou une suture. La fontanelle antérieure n'est pas assez déclive; la postérieure est trop éloignée des ventricules latéraux. La suture coronale est dans le même cas. Comme on doit toujours supposer qu'on a affaire à une hydrocéphalie ventriculaire, il faut choisir un point qui se rapproche le plus possible de l'un des ventricules latéraux; la suture fronto-pariétale offre cet avantage. C'est à un pouce au-dessus de l'angle antéro-supérieur du pariétal gauche que Kitsell ponctionna son fils. Ce point paraît, en effet, le plus favorable.

La méthode des évacuations successives est de beaucoup la meilleure;

Pour nous résumer, nous dirons que la ponction est, dans l'hydrocéphalie du premier âge, principalement dans l'hydrocéphalie acquise, une ressource à laquelle il ne faut pas hésiter de recourir quand il y a des accidents cérébraux pressants. L'ossification des sutures et des fontanelles, qui marche si rapidement, comme on le sait, chez les hydrocéphales, est, bien entendu, une contre-indication formelle; le vide créé par la ponction ne pouvant s'effacer, il y aurait infailliblement reproduction du liquide.

Quant au *spina-bifida*, ou hydrorachis, la ponction lui est applicable quand il n'y a pas d'hydrocéphalie concomitante. Dans ce cas, en effet, on voit souvent la ponction simple amener une inflammation des membranes rachidiennes qui se communique à celles du cerveau et qui amène promptement la mort. Dans un article critique très-remarquable, consacré à l'examen des moyens de traitement du *spina-bifida*, Debout s'est efforcé de démontrer que les accidents de la ponction dépendent en grande partie du mode opératoire employé, et que le procédé d'A. Cooper, dit *procédé de l'aiguille*, offre seul toutes les chances désirables de sécurité (*).

elle doit être adoptée dans tous les cas. On a cité plusieurs observations d'ouverture spontanée ou accidentelle qui se sont terminées par la guérison; ce résultat, à notre avis, imputable à l'évacuation progressive et très-ménagée du liquide, porte avec lui son enseignement. Dans l'un des cas relatés dans le tableau précédent, la chute de la partie postérieure de la tête sur un clou avait ouvert la fontanelle postérieure: l'enfant guérit. Dans un autre, non moins remarquable, rapporté par le docteur Sedywick, l'écoulement se fit spontanément, et à deux reprises séparées par une année, par les fosses nasales, et se continua plusieurs jours: une guérison définitive s'ensuivit. L'art doit imiter ce procédé de la nature et n'évacuer le trop-plein du liquide que peu à peu, pour ne pas soustraire brusquement le cerveau à une pression à laquelle il est habitué.

Quelques médecins ont recommandé de maintenir l'ouverture béante, pour faciliter l'écoulement du liquide au fur et à mesure qu'il se reproduit; c'est la pratique qu'a employée Kitsell; mais on préfère généralement, et avec raison, les ponctions successives. Pour cette opération, on se servait jadis du bistouri, d'une aiguille cannelée ou d'un trocart; mais le trocart aspirateur a aujourd'hui remplacé avec avantage tous ces instruments, et lui seul doit désormais être employé.

Quand on a évacué une quantité de liquide suffisante, on exerce, à l'aide de bandelettes de diachylon, une compression exacte sur le crâne, qui a été préalablement rasé. La production d'accidents de compression serait, bien entendu, une raison pour relâcher ces bandelettes.

(*) 670. L'illustre chirurgien anglais se servait d'une aiguille à coudre,

II. *Plèvre*. — La pratique de la thoracentèse, dans les cas d'hydropleurie essentielle ou d'hydropleurie se rattachant à une inflammation aiguë ou chronique de la séreuse, après avoir traversé des vicissitudes nombreuses, est définitivement entrée dans la science, grâce aux beaux travaux de Becker, Davies, Schuh, Skoda, mais surtout de Trousseau, qui s'est appliqué, depuis vingt-cinq ans, à en généraliser l'emploi et à en tracer les indications avec cette ardeur de conviction qui était l'un des caractères de son tempérament scientifique. Ses efforts ont porté leurs fruits, et il n'est guère aujourd'hui de médecin qui n'ait eu l'occasion de pratiquer très-souvent la thoracentèse et de se convaincre de l'inanité habituelle des dangers attribués autrefois à cette opération, et, d'une autre part, de l'immense valeur de cette ressource thérapeutique quand elle est employée d'une manière opportune. Après avoir exposé ses idées sur la thoracentèse dans une foule d'articles de journaux et de communications académiques, Trousseau les a résumées dans sa *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, et c'est là la source à laquelle nous puiserons de préférence pour cette question qui a un intérêt pratique si considérable.

L'étude de la thoracentèse, dans les hydropisies de poitrine, se résume dans ces deux termes : l'indication, le procédé.

L'indication se tire de plusieurs éléments : de la nature du liquide, de sa quantité, de l'âge de l'épanchement, de l'intensité de la dyspnée.

Toutes choses égales d'ailleurs, la nature purement séreuse du liquide, sa limpidité, sa transparence, sont des présomptions favorables de la réussite de la ponction et, par suite, des indi-

à l'aide de laquelle il ponctionnait la tumeur dans son point le plus fluctuant. Une quantité de sérosité, variant de une à deux onces, sortait par cette ponction, que l'on réitérait dès que la tumeur tendait à reprendre son volume primitif. Dans un cas, il pratiqua ainsi, en quatre mois, trente et une ponctions successives. Dans l'intervalle des ouvertures, un morceau de carton mouillé était maintenu serré sur la poche à l'aide d'une bande circulaire de flanelle. La compression était suspendue dès qu'il se manifestait de la fièvre ou une tendance aux convulsions. Cette méthode était, avant l'emploi de l'aspiration, celle qui offrait le plus d'avantages, et il n'était pas rare de la voir aboutir à une guérison radicale. Les ponctions aspiratrices donnent aujourd'hui de bien autres garanties d'innocuité et de réussite. (Debout, de l'Etat de la thérapeutique concernant le trait. du spina-bifida. Ponction et compression de la base de la tumeur, in *Bullet. de therap.*, t. L, p. 448, 490.)

cations de la pratiquer ; mais ce sont là des caractères difficiles à constater dans un bon nombre de cas. La ponction exploratrice peut venir, il est vrai, en aide au diagnostic, et la nature purulente de l'épanchement est souvent rendue évidente par les conditions générales de la santé du sujet, par la connaissance acquise de l'état des poumons, par la constatation ou l'absence des signes de la fièvre hectique purulente ; mais, en l'absence de certitude, il y a des vraisemblances assez nombreuses pour qu'on puisse baser sur elles l'opportunité ou l'inopportunité de la ponction. Quoiqu'on en ait dit, en effet, le pyothorax n'indique nullement la thoracentèse au même degré que les épanchements séreux : dans la première de ces maladies, l'opération demeure une ressource exceptionnelle, indiquée seulement par l'imminence d'une perforation spontanée, l'accès de l'air dans une vaste collection purulente exposant les malades à des périls réels ; tandis que cette condition est beaucoup plus inoffensive qu'on ne l'a dit, quand il s'agit d'un épanchement séreux.

Quant aux épanchements sanguinolents, qu'ils se rattachent, comme cela arrive souvent, à une affection cancéreuse de la plèvre, ou qu'ils dépendent d'une simple exhalation sanguine indépendante de toute altération de cette membrane, comme dans certaines pleurésies traumatiques, ils ne contre-indiquent en rien, au cas où la ponction exploratrice les a fait reconnaître, l'opération de la thoracentèse. Mêmes considérations pour l'hydro-pneumothorax. La crainte de l'entrée de l'air serait puérile, puisque la fistule du poumon accumule ce fluide dans la cavité pleurale ; d'ailleurs, il y existe sous une pression considérable qui joint ses effets à ceux du liquide, et il y a avantage à établir une libre communication entre l'atmosphère extérieure et l'atmosphère intrapleurale aussitôt que des accidents d'asphyxie se manifestent. Dieulafoy, dans un travail récent, a d'ailleurs rapporté, avec beaucoup plus de vraisemblance, la transformation purulente d'une hydropleurie séreuse, après la ponction, aux qualités préexistantes du liquide qu'à l'action de l'air sur ce liquide. L'examen microscopique lui a montré, en effet, que tous les épanchements, quelque franchement séreux qu'ils paraissent, contiennent des globules sanguins et que leur aptitude à passer à la purulence dépend de la proportion de ces globules. (Dieulafoy, de la Thoracentèse par aspiration dans la pleurésie aiguë, à propos de 65 observ. de pleurésie aiguë et de 140 observ. de thoracentèse par aspiration, in *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1877.)

Les épanchements fibrineux ou gélatiniformes seraient, au contraire, dans le cas où ils pourraient être reconnus, une contre-indication formelle de tenter une ponction qui ne saurait réussir,