

puisque la matière épanchée est trop consistante pour pouvoir s'écouler par la canule. La thoracentèse n'ajoute rien à la gravité des accidents, mais c'est une opération inutile; nous reviendrons plus tard sur cette particularité curieuse des épanchements de la plèvre.

Trousseau s'est efforcé de faire, surtout, résider l'indication de la ponction dans la quantité du liquide épanché, et de montrer que les signes physiques fournis par la percussion, l'auscultation et la mensuration, ont dans ce cas une bien autre valeur que ceux tirés de la gêne de la respiration. « Toutes les fois, dit-il, qu'on aura reconu un épanchement très-abondant; que, quelle que soit sa nature, il pourra être évalué à environ deux litres de liquide; toutes les fois que cet épanchement, survenu sans phénomènes locaux très-prononcés, sans symptômes réactionnels considérables, tendra à s'accroître rapidement; lorsqu'après un certain temps, neuf ou dix jours par exemple, bien que la maladie ait été plus ou moins énergiquement combattue par les moyens ordinaires de la thérapeutique, la quantité de liquide épanché aura notablement augmenté, l'indication me paraît encore précise: il faut faire la ponction de la poitrine. » (Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. I. p. 672.)

Il étaye cette opinion, qui peut paraître un peu absolue, sur cette double considération: que des malades placés dans les conditions précitées, et dont l'état semble peu alarmant au point de vue de l'asphyxie, sont enlevés souvent d'une manière tout à fait inopinée par une syncope, surtout quand leur épanchement siège du côté gauche, et que, si l'on diffère l'opération, on voit souvent la collection passer à la purulence, devenir le prétexte d'une poussée tuberculeuse générale, amener un refoulement ou un encapuchonnement du poumon qui laisse peu de chances à une opération tardive, ou bien être le point de départ d'hétéromorphies très-graves du thorax et de la colonne vertébrale.

On le voit, adopter sans restriction cette opinion, c'est élargir singulièrement le domaine de la thoracentèse et conduire à faire la ponction dans des cas où une persistance plus longue dans l'emploi des moyens médicamenteux, et peut-être aussi un de ces efforts critiques de la nature, qu'elle accuse si souvent par une diarrhée ou une diurèse spontanées, auraient pu suffire à amener la guérison. Nous croyons, pour notre compte et pour l'avoir constaté plusieurs fois, qu'une matité « s'étendant de la base de la poitrine jusqu'à la clavicule en avant, jusqu'au sommet de la fosse sus-épineuse en arrière, refoulant le diaphragme, le foie, la rate, le cœur » (Trousseau, *op. cit.*, p. 672), n'implique pas à elle seule, et abstraction faite de la dyspnée, la nécessité

de la ponction. Ce signe physique n'a pas, comme a voulu l'établir Trousseau, une valeur univoque en lui-même, et il ne saurait, quand il est isolé de tout autre, devenir une raison absolue de se déterminer à la thoracentèse.

La méthode aspiratrice, créée et vulgarisée par les efforts de Dieulafoy, a, il faut le reconnaître, singulièrement étendu le champ des applications de la thoracentèse. Ce médecin distingué déclare la ponction aspiratrice « absolument insignifiante; » il exonère cette opération de toute responsabilité dans le passage à la purulence; il croit que les accidents de syncope, d'asphyxie, d'hémiplégie, qui ont été observés dans des cas exceptionnels, sont dus à des conditions de l'état général ou sans rapport avec la ponction (il est certain que la syncope peut survenir dans les épanchements, principalement ceux du côté gauche, en dehors de toute action chirurgicale); quant à l'œdème aigu du poumon, la congestion pulmonaire, avec ou sans expectoration albumineuse, il croit que ces accidents peuvent être prévenus par la précaution, érigée par lui en règle absolue, de désemplir peu à peu la poitrine et de ne jamais retirer plus d'un litre par séance. (Dieulafoy, *loc. cit.*, p. 726.)

Quant à l'âge de l'épanchement, on peut dire qu'en face d'une asphyxie imminente due, dans tous les cas, à une élévation brusque du niveau de l'épanchement, son ancienneté n'est pas une contre-indication absolue, c'est simplement une condition défavorable: les arcs costaux ont, en effet, perdu leur élasticité, les espaces sont élargis, le poumon est refoulé par l'épanchement dans la gouttière vertébrale, où des adhérences, souvent étroites, le maintiennent immobile; son tissu est condensé par cette compression et un grand nombre de ses vésicules sont demeurées imperméables. S'il est difficile d'espérer qu'après l'évacuation du liquide un poumon, dans cet état, puisse remplir de nouveau la cavité pleurale, il faut bien remarquer que l'imminence de l'asphyxie tient bien moins alors à l'inertie du poumon comprimé qu'à la diminution de la cavité pleurale par le refoulement du médiastin et aussi à la gêne mécanique éprouvée par le cœur, dont la pointe va battre quelquefois sous l'aisselle opposée, et par les gros vaisseaux de sa base qui subissent une véritable torsion.

L'intensité de la dyspnée est, à coup sûr, l'élément le plus important pour asseoir une détermination. S'il est incontestable, ainsi que Trousseau en a cité des exemples, et comme j'en ai vu moi-même, que des épanchements, ne déterminant pas de dyspnée, ont enlevé en quelques jours des sujets, ce sont là des faits exceptionnels dont il faut tenir compte pour le pronostic,

mais qu'il faut oublier quand il s'agit de tracer les indications de la thoracentèse; car, autrement, pour être logique, on serait conduit à pratiquer celle-ci dans tous les cas d'épanchements abondants ayant neuf ou dix jours de durée et abstraction faite de l'état de la respiration.

On le voit, nous ne saurions accepter, dans ce qu'elles ont d'absolu, les opinions de Trousseau sur les indications de la ponction du thorax dans les épanchements séreux, et nous estimons que c'est sur l'ensemble des éléments divers que nous venons d'énumérer, et non pas sur un seul d'entre eux, qu'une détermination doit être prise. A l'inverse du savant clinicien de l'Hôtel-Dieu, nous pensons que, de tous ces signes, celui tiré de l'intensité de la dyspnée est de beaucoup le plus important pour reconnaître et la nécessité de la ponction et le moment où elle doit être pratiquée. En résumé, il y a lieu de se tenir à moitié chemin de l'abstention et de l'abus, en matière de thoracentèse. Cette opération est facile à pratiquer, habituellement inoffensive, séduisante par la rapidité des résultats qu'elle donne; aussi est-on tenté d'y recourir là où l'expectation ou l'intervention médicamenteuse suffiraient. Il faut bien savoir, en effet, que la ponction de la poitrine, pour simple qu'elle soit, peut (toutes les opérations chirurgicales en sont là) avoir quelquefois une issue fâcheuse. Legroux a vu la mort survenir trois quarts d'heure après la ponction dans un cas de pleurésie d'origine traumatique (*Société des hôpitaux de Paris*, 23 juillet 1875.) Besnier a cité un cas analogue. A coup sûr, il n'y a rien là qui doive arrêter devant une indication nettement posée; mais c'est une raison pour ne recourir à la ponction que quand les moyens ordinaires paraissent insuffisants.

Le docteur Bowditch, de Boston, a publié la statistique suivante des cas de thoracentèse qu'il a pratiquée ou qu'il a vu pratiquer. Sur un total de 75 opérés, 29 guérirent. Sur 26 épanchements séreux, il y eut 21 guérisons, tandis que 49 thoracentèses pratiquées pour des épanchements sanguins ou purulents ne donnèrent que 8 succès. Des 26 épanchements séreux, 6 devinrent purulents après la première ponction, et, sur ce nombre, 5 eurent une issue funeste. Sur 24 épanchements primitivement purulents, il constata 7 guérisons, 7 morts immédiates et 10 consécutives à des fistules, à la phthisie, etc. Des 7 épanchements sanguinolents et des 3 séro-sanguinolents, aucun ne survécut. La ponction fut répétée jusqu'à huit fois en six semaines et neuf fois en huit mois. (*Union méd.*, 1863.)

Martineau a, dans 19 cas de pleurésie simple qui ont nécessité la ponction, obtenu 19 guérisons; dans le cas de pleurésie sé-

reuse se rattachant à la phthisie, deux fois l'épanchement ne s'est pas reproduit; sur 4 cas d'empyème, il a obtenu 3 succès. Quoiqu'on ne puisse compter sur des séries aussi heureuses, ces chiffres laissent au moins l'impression d'une méthode très-régulière et susceptible de rendre de grands services (1).

(1) 671. La ponction étant décidée, voilà le procédé auquel il faut recourir tel qu'il est décrit par Trousseau, qui avait une si grande habitude de la thoracentèse : « On se munit d'un bistouri ou, mieux encore, d'une lancette et d'un trocart ordinaire, celui dont on se sert pour la ponction de l'abdomen ou de l'hydrocèle. Ce trocart est armé d'une baudruche, dont on entoure le pavillon de la canule et que l'on ramollit en la mouillant. A défaut de baudruche, un boyau de poulet, de lapin ou de chat, un morceau de vessie feraient l'affaire. Après avoir fixé le tube membraneux sur l'instrument avec du fil, on s'assure que cette sorte de soupape fonctionne bien en aspirant et en soufflant alternativement par l'extrémité de la canule opposée au pavillon. Enfin, comme appareil à pansement, on se munit d'un morceau de taffetas d'Angleterre ou de diachylon taillé en croix de Malte, destiné à fermer la plaie après l'opération.

» Le lieu d'élection pour la paracentèse de la poitrine est le 6<sup>e</sup> ou le 7<sup>e</sup> espace intercostal, en comptant de haut en bas, à peu près à 4 ou 5 centimètres en dehors du bord externe du muscle grand pectoral.

» Le malade étant à demi couché sur le bord de son lit, le tronc soutenu par des oreillers, un aide est chargé de maintenir la poitrine du côté opposé, de manière à résister au mouvement de recul involontaire que fera le malade au moment où le trocart pénétrera dans la plèvre. Avec la main gauche, on tend fortement la peau; puis, avec une lancette tenue de la main droite, on fait une ponction qui n'intéresse que la peau et qui est juste assez grande pour donner passage au trocart. La précaution de faire l'incision de la peau au-dessous du point où l'espace intercostal doit être perforé, dans le but de détruire le parallélisme de l'incision des téguments et de celle des muscles, est inutile (?). On place la pointe de son trocart dans la petite plaie et, d'un coup sec, on pénètre à travers les muscles dans la cavité thoracique. On s'assure que le trocart a pénétré dans la cavité pleurale, en sentant que la pointe de l'instrument joue librement dans un espace creux; on retire le dard, en ayant soin de déplier la membrane qui doit servir de soupape et que l'on avait momentanément repliée sur le manche du trocart; on la déplisse de manière qu'elle fonctionne convenablement. Le dard retiré, le liquide s'écoule d'abord lentement, puis par jet continu, en fin par jets saccadés, la membrane étant soulevée par le flot dans le mouvement d'expiration et s'appliquant exactement sur le pavillon de la canule pendant l'inspiration. Quand l'écoulement s'est arrêté, quand on a retiré la quantité voulue de liquide, on enlève l'instrument par un mouvement brusque; on essuie les gouttelettes de sang et de sérosité qui suintent encore par la