

terminées par la percussion existent toujours, quoiqu'il n'y ait plus de liquide dans la plèvre.

Je ne veux pas accorder à ce signe une importance exagérée, mais je devais vous le signaler.

Avant de vous parler de la paracentèse de la poitrine, importante question qui nous occupera pendant plusieurs séances, je tenais, messieurs, à traiter quelques-unes des questions nouvelles qui se rattachent au diagnostic de la pleurésie; il me sera plus facile maintenant d'exposer devant vous ce que j'ai à dire de la ponction thoracique, n'ayant plus à m'arrêter à des détails diagnostiques qui m'auraient forcé quelquefois à abandonner mon sujet principal.

PARACENTÈSE DE LA POITRINE.

§ 1. — Observations. — Aperçu historique sur l'opération de la paracentèse de la poitrine, pratiquée pour les épanchements dans la cavité pleurale.

En 1855, je pratiquais la paracentèse de la poitrine chez une malade âgée de trente ans, qui était atteinte de pleurésie avec épanchement considérable.

Cette femme, couchée au n° 12 de la salle Saint-Bernard, s'était toujours parfaitement bien portée: elle nous avait, du moins, constamment répété que jamais elle n'avait éprouvé le moindre trouble sérieux dans sa santé jusqu'au moment où elle fut prise de l'affection qui l'amenait ici le 2 mai, et dont elle racontait ainsi le début:

Deux mois environ avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, sans malaise précurseur, sans s'être exposée à un refroidissement, sans aucune cause appréciable, elle ressentit tout à coup une douleur de côté qui, pendant la nuit, fut excessivement violente. Le lendemain, cependant, elle se rendit à son travail, bien que sa douleur n'eût pas complètement cédé, et s'exaspérât sous l'influence du plus petit effort. Sa respiration était gênée, beaucoup plus courte que d'habitude; un peu de malaise général, d'inspiration, furent les seuls phénomènes généraux qui se manifestèrent pendant sept semaines; mais depuis huit jours ils avaient augmenté, de telle sorte que la malade fut obligée d'abandonner ses occupations pour garder la chambre et même le lit une grande partie de la journée.

Le 2 mai, elle ressentit un frisson; son oppression, jusque-là très-peu prononcée, le fut davantage, et, dans l'après-midi, elle se fit admettre à l'Hôtel-Dieu. Le soir, M. Beylard, mon chef de clinique, lui trouvait de la fièvre et constatait les phénomènes suivants:

À la première inspection, en faisant découvrir la poitrine, il fut frappé

de la déformation du thorax. Du côté gauche, il y avait une voussure considérable; la région sous-claviculaire était plus effacée qu'à droite, et dans les grands mouvements d'inspiration, ce côté gauche paraissait immobile. La percussion donnait une matité absolue, s'étendant de bas en haut, en avant, jusqu'à 4 à 5 centimètres au-dessous de la clavicule; en arrière, jusqu'à la crête de l'omoplate. Au-dessus du niveau de la matité, en avant comme en arrière, on retrouvait la sonorité; là aussi, en appliquant l'oreille sur la poitrine, on entendait du souffle bronchique et de la bronchophonie. Le souffle s'entendait dans toute la hauteur du scapulum; dans la fosse sous-épineuse, il y avait une égophonie très-nettement caractérisée.

La malade toussait, mais peu, et n'expectorait pas. Le mouvement fébrile était d'ailleurs très-moderé.

Le diagnostic était facile: il s'agissait bien évidemment d'un épanchement pleurétique considérable, mais d'un épanchement produit par une de ces singulières pleurésies qui, tout en n'étant accompagnées que de peu de symptômes généraux, amènent une exhalation séreuse très-abondante.

C'est là, en effet, messieurs, un fait remarquable sur lequel j'appelle déjà toute votre attention, à savoir, qu'il est une espèce de pleurésie dans laquelle, à en juger par les phénomènes généraux réactionnels, le mouvement inflammatoire est fort peu de chose, dans laquelle aussi les troubles fonctionnels dépendants de la lésion de l'appareil respiratoire sont si insignifiants qu'ils passent inaperçus. Ainsi, tandis que dans la pleurésie aiguë ordinaire, en même temps que la fièvre et les autres phénomènes réactionnels sont très-prononcés, il y a un point de côté violent, une gêne considérable de la respiration; dans l'espèce particulière de pleurésie dont nous parlons, en même temps que la fièvre est presque nulle, le point de côté est à peine sensible, la respiration semble se faire comme d'habitude. Eh bien! messieurs, fait plus remarquable encore, c'est cette *pleurésie*, en quelque sorte *latente*, qui donne lieu aux épanchements les plus excessifs. Les troubles que ces épanchements devraient entraîner sont, je le répète, si insignifiants en apparence, que les individus ne réclament que très-tard les secours du médecin, et que celui-ci ne peut arriver au diagnostic qu'au moyen des signes fournis par la percussion et par l'auscultation.

Ainsi notre malade est allée consulter deux médecins, et l'un d'eux à qui elle a demandé conseil pour des accidents qu'elle accusait du côté de la matrice, en voyant qu'elle était venue à pied chez lui, et qu'elle venait de monter ses étages sans se plaindre de la moindre oppression, ne soupçonna même pas qu'elle avait un épanchement dans la poitrine. Vous comprenez, messieurs, que si je vous signale cette particularité, ce n'est pas pour reprocher à notre confrère une erreur de diagnostic,

qu'en définitive il n'a pas commise; je veux seulement vous montrer combien il est facile de laisser passer inaperçue une affection qui ne se révèle que par des signes physiques qu'il faut chercher.

Je me rappelle qu'en 1845, une nourrice vint à pied, et portant son enfant avec elle, de la pointe Saint-Eustache, où elle demeurait, à l'hôpital Necker où j'étais alors chargé d'un service, ayant ainsi fait environ 4 kilomètres sans en éprouver une grande fatigue. Elle avait cependant un épanchement si considérable, que le jour même de son entrée dans nos salles, je jugeai la paracentèse indispensable, et que je retirai 2500 grammes de liquide par la ponction. Assurément cette femme semblait bien peu malade; elle se trouvait elle-même l'être si peu, que la veille encore elle travaillait comme à son ordinaire.

L'absence d'oppression est quelque chose de très-capital à considérer; je ne saurais trop insister sur ce phénomène que notre malade de la salle Saint-Bernard vous a mis à même d'observer. Bien que sa poitrine contint 2 litres de sérosité, sa respiration paraissait à peine gênée. Retenez ce fait, car la dyspnée a été donnée, et autrefois je l'ai donnée moi-même, comme l'indication principale de la nécessité de la paracentèse. Je m'étais singulièrement mépris sur sa valeur; en effet, je vous le dirai dans le cours de ces conférences: attendre qu'elle se manifeste, ainsi qu'on le posait, ainsi que je le posais moi-même en principe, c'est courir le risque de ne pas agir à temps et de laisser mourir les malades, comme cela m'est arrivé. Une seule chose importe avant tout, c'est de reconnaître l'étendue de l'épanchement; or, la percussion et l'auscultation sont là pour nous fournir à cet égard des renseignements qui ne peuvent pas nous tromper; c'est d'examiner attentivement chaque jour la poitrine des sujets, et lorsqu'à l'aide de cet examen on suit les progrès de l'hydrothorax, lorsqu'on voit celui-ci augmenter avec une grande rapidité, quel que soit le degré de la dyspnée, que la gêne de la respiration soit nulle ou grande, l'indication est précise, il faut opérer.

C'est là, messieurs, ce qui m'a engagé, à ma première visite, à ne pas attendre davantage chez notre femme du n° 12 de la salle Saint-Bernard.

La veille au soir, ainsi que je vous le disais, M. Beylard avait encore trouvé de la sonorité dans la fosse sus-épineuse, et dans une étendue de 4 à 5 centimètres sous la clavicule. Le lendemain, la matité était absolue partout. Dans l'espace de quinze heures, l'épanchement avait donc fait de grands progrès, puisqu'il était permis d'évaluer à près d'un demi-litre la quantité de liquide sécrété du soir au matin; de plus, des déplacements d'organes témoignaient de cette augmentation.

Le cœur n'était plus dans sa position normale; sa pointe battait sous le sternum, vers le bord droit de cet os; cette situation nous a été facile à établir à l'aide du stéthoscope et du plessimètre. Afin de m'ôter toute chance d'erreur, afin de ne pas être influencé par ma vue, j'ai percuté

les yeux fermés, et nous avons ainsi limité la matité commençant à droite à 3 centimètres en dehors de la ligne médiane; le médiastin, le cœur, étaient donc évidemment déviés et considérablement refoulés à droite; puis, en percutant de haut en bas, nous avons une matité s'étendant au niveau du rebord des fausses côtes où nous trouvions la rate sortie de la place qu'elle occupe normalement, ce qui indiquait le refoulement du diaphragme.

En présence de cet épanchement excessif, en raison des progrès rapides qu'il avait faits en un aussi court espace de temps, il était de mon devoir de ne pas remettre une opération qui me paraissait urgente, sous peine de ne pas trouver peut-être, le lendemain, la malade en vie. Je pratiquai la paracentèse de la poitrine, suivant le procédé que je vous décrirai, et nous retirâmes 2000 grammes (2 litres) de sérosité citrine, d'une limpidité parfaite. A mesure que la sérosité s'écoulait, la patiente éprouvait un bien-être contrastant avec le malaise dont elle se plaignait auparavant. La voussure du thorax s'effaçait, et, à l'aide du plessimètre, nous pouvions suivre la marche du cœur, dont la pointe reprenait sa place vers la mamelle gauche.

D'un autre côté, la rate rentrait sous les fausses côtes.

Après l'opération, qui, de l'aveu même de cette femme, ne fut en aucune façon douloureuse, le pouls, auparavant faible et irrégulier, avait repris sa force et sa régularité habituelles, la malade n'accusait plus qu'une grande faiblesse qui l'empêchait de se tenir assise, de crainte de tomber en syncope.

Cependant tout le liquide épanché n'avait pas pu être évacué; la matité existait encore jusqu'au niveau du mamelon; mais la respiration s'entendait dans toute l'étendue de la poitrine. Là où quelques minutes auparavant nous ne percevions aucun bruit, nous entendions maintenant du souffle, du retentissement de la voix et de l'égophonie.

La résolution de cet épanchement s'opéra graduellement, sans que rien de bien notable se manifestât les jours suivants. L'état général s'améliora progressivement; le 15 mai la résolution de la pleurésie était complète, la guérison assez parfaite pour que cette femme pût, sur sa demande, sortir de l'hôpital. En percutant la poitrine, nous trouvions néanmoins encore de la matité, ou plutôt de la dureté du son, depuis la fosse sous-épineuse jusqu'en bas, matité qui persiste longtemps après la pleurésie la plus ordinaire, et qui s'explique par la présence de fausses membranes qui mettent un certain temps à disparaître. A l'auscultation, nous constatons que le murmure vésiculaire s'entendait partout, mais encore accompagné de râles muqueux, sous-crépitants, gros.

Messieurs, des faits analogues à celui-ci se présenteront plus d'une fois, sans aucun doute, à notre observation. Je ne saurais cependant laisser échapper cette occasion de vous parler de la paracentèse de la poitrine

dans les cas d'épanchements consécutifs à la pleurésie, et je vous demande la permission de consacrer quelques conférences au développement de ce grave et important sujet.

Je n'ai pas la prétention d'avoir imaginé la paracentèse de la poitrine; je n'ai inventé aucun instrument spécial pour faciliter cette opération, je n'ai conseillé aucun procédé opératoire qui ne fût connu auparavant; mais je crois avoir, sinon le premier, du moins l'un des premiers et en même temps que plusieurs praticiens étrangers à notre pays, formulé nettement la nécessité de la paracentèse dans les pleurésies avec épanchements excessifs; j'en ai établi avec précision, peut-être avec plus de précision que cela n'avait été fait avant moi, les indications; je crois, enfin, avoir popularisé une méthode qui, maintenant, est à peu près généralement adoptée, et, à ce titre, je pense avoir fait faire quelques progrès à la thérapeutique de la pleurésie.

Voici, au reste, messieurs, comment j'ai été conduit à poser en précepte la nécessité d'intervenir par une opération chirurgicale dans les cas d'hydrothorax considérable.

En 1832 entrant à l'Hôtel-Dieu, dans ces mêmes salles dont je dirigeais alors le service conjointement avec Récamier, une femme d'une cinquantaine d'années, atteinte depuis cinq jours d'une pleurésie aiguë. L'oppression était extrême, la matité complète à gauche, le cœur était refoulé à droite, les côtes étaient écartées. Un large vésicatoire fut appliqué sur la poitrine; on donna de la digitale; en un mot, une médication énergique fut instituée. La malade mourut le lendemain de son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, nous trouvâmes la plèvre gauche distendue par une énorme quantité de sérosité limpide, dans laquelle nageaient quelques flocons fibrineux. Le poumon était refoulé contre la colonne vertébrale, et tapissé, ainsi que la plèvre costale, de quelques fausses membranes légères. Nous ne trouvâmes d'ailleurs ni productions tuberculeuses, ni aucune autre lésion grave.

Ce fait était singulièrement en contradiction avec ce que je croyais savoir alors, avec tout ce qui était dit par la plupart des auteurs, du peu de gravité de la pleurésie: une expérience plus grande devait m'apprendre encore combien étaient erronées les idées généralement reçues sur ce point. D'autres faits malheureux observés par moi et par d'autres allaient donner un démenti à cette loi posée par M. Louis, acceptée par ses élèves, et répétée par de nombreux échos, que la pleurésie n'est jamais une cause immédiate de mort, loi fondée sur une série de 150 cas de pleurésie simple terminée par la guérison.

Depuis, du reste, l'un de mes élèves, M. Lacaze du Thiers¹, a ras-

1. Lacaze du Thiers, *De la paracentèse de la poitrine et des épanchements pleurétiques qui nécessitent son emploi* (Thèses de Paris, 1851).

semblé un certain nombre d'observations, les unes que je lui ai communiquées, les autres puisées à différentes sources, qui démontrent péremptoirement que, malgré cette fameuse loi, on peut mourir et mourir subitement par le fait d'un épanchement pleurétique aigu. Tout récemment encore, M. Lasègue voyait mourir sous ses yeux un jeune médecin atteint de pleurésie, et au moment même où il se préparait à faire la ponction.

En 1843, le 7 avril, je recevais au n° 31 de la salle Sainte-Anne, à l'hôpital Necker, une femme âgée de quarante-deux ans, dont les extrémités inférieures, la vessie et le rectum, étaient paralysés. L'intelligence était nette, et cette paralysie, qui n'atteignait pas les extrémités supérieures, survenue brusquement, trois ans auparavant, ne s'était pas modifiée depuis cette époque.

Dix jours avant son arrivée à l'hôpital, la malade avait été prise de point de côté, avec toux, oppression et mouvement fébrile. L'examen de la poitrine nous fit reconnaître tout de suite une pleurésie avec épanchement du côté droit.

La matité s'étendait jusque sous la clavicule; nous entendions du retentissement égophonique de la voix et du souffle bronchique. La toux était sèche. Une saignée que je fis pratiquer amena quelque soulagement, mais l'oppression continua à être fort grande. Le lendemain, l'orthopnée prit une extrême intensité. Le pouls devint petit, misérable, et la mort survint, sans agonie, douze jours après le début de la maladie.

Je ne parlerai pas des lésions de l'appareil nerveux qui n'avait rien d'aigu; mais dans la plèvre droite existait un épanchement purement séreux; le poumon, appliqué contre la colonne vertébrale, était ratatiné et recouvert de fausses membranes molles, comme réticulées; quelques flocons fibrineux nageaient dans la sérosité épanchée.

Cet exemple de mort subite causée par une pleurésie aiguë, avec épanchement excessif, me remettait en mémoire celui que j'avais observé onze ans auparavant dans le service de Récamier; il me donnait à réfléchir: Je me demandais si, dans ces deux cas, la terminaison fatale n'eût pas été empêchée par une opération qui aurait rapidement débarrassé la poitrine du liquide qu'elle contenait, et à la présence duquel on pouvait attribuer les accidents; je me demandais si la paracentèse n'était pas là formellement indiquée.

A un mois juste d'intervalle, dans cette même année 1843, le 8 mai, une femme de trente ans, couturière, entrant au n° 8 de la salle Sainte-Thérèse, également pour une pleurésie avec épanchement qui, faute aussi à nous d'avoir recours à la ponction de la poitrine, devait promptement l'emporter. Cette femme, accouchée à la Maternité le 19 avril précédent, en était sortie le 27, bien portante, à cela près d'un peu de toux qui durait depuis quatre jours; le lendemain 28, elle tombait malade, peut-

être à la suite de ces imprudences auxquelles s'exposent si souvent les malheureuses accouchées. Toujours est-il que, le 28, elle fut prise de fièvre, d'un peu d'oppression, que sa toux avait augmenté. Ces accidents firent des progrès jusqu'au 8 mai, qu'elle vint à l'hôpital Necker, où elle fut admise avec son enfant dans notre service de nourrices. Les lochies, qui, depuis quelques jours après le début de la fièvre, avaient cessé de couler, avaient bientôt reparu, et maintenant encore elles marchaient régulièrement; la sécrétion du lait était peu abondante.

Le 9, douzième jour de la maladie, à ma visite du matin, je faisais écrire sur la feuille d'observation : Oppression sans orthopnée, face un peu anxieuse; toux sèche, peu fréquente; expectoration aérée, peu abondante, ayant l'aspect de la salive; matité complète du côté gauche de la poitrine, jusque sous la clavicule; voussure considérable en avant, absence du bruit respiratoire; cependant on entend dans le lointain un murmure très-faible, sans égophonie, sans retentissement de la voix. A droite, respiration puérile. Le cœur est reporté au delà de la ligne médiane. Je prescrivis une saignée du bras de quatre palettes; je maintins la malade à une diète sévère, ne lui permettant que du bouillon et lui recommandant de boire très-peu.

Le lendemain rien n'était changé dans la situation; le sang tiré la veille de la veine était fortement couenneux. On continua le même traitement.

Dans l'intervalle du 11 au 17 mai, une légère amélioration se manifesta, mais pour se démentir bientôt et faire place à une aggravation du mal; des tendances aux syncopes survinrent. Deux vésicatoires volants furent appliqués sur le côté affecté, à-peu de jours de distance, et je donnai des préparations diurétiques.

Le 17, l'aggravation était notable. La malade était couchée sur le dos, sans oreillers et sans paraître oppressée; cependant son visage était pâle, ses yeux largement ouverts, son anxiété extrême; sa respiration était faible, incomplète, son pouls misérable, mais son intelligence était nette. Il semblait qu'elle mourût étouffée par une puissance contre laquelle elle ne luttait plus.

J'avais présents à l'esprit les deux faits dont je vous parlais tout à l'heure, et dont l'un était trop récent pour que j'eusse pu l'oublier si vite; je voyais notre femme dans un péril aussi imminent que les deux autres, et je songeai à la paracentèse. Toutefois, comme cette opération avait quelque chose d'insolite au vingtième jour d'une pleurésie, qu'elle était alors hautement condamnée par tous les médecins de notre pays dans les épanchements aigus et même dans tous les cas d'hydrothorax; comme enfin l'oppression ne me paraissait pas considérable, j'eus la faiblesse coupable de vouloir attendre, afin d'éviter tout reproche d'imprudence. Je donnai l'ordre à mon interne de surveiller la malade, et de faire la ponc-

tion suivant le mode arrêté entre nous, si la vie paraissait près de s'éteindre. A sept heures du soir, mon élève la visita pour la dernière fois. Elle ne lui semblait pas être dans un plus mauvais état que le matin; il crut pouvoir différer la paracentèse, et s'absenta quelques instants. Une heure plus tard, la malheureuse femme s'éteignait sans agonie.

L'autopsie nous montra le cœur complètement refoulé à droite, la plèvre gauche distendue par une énorme quantité de liquide que nous évaluâmes à 4 litres au moins. Cette sérosité, limpide dans sa partie supérieure, était séro-purulente dans sa partie déclive; le poumon était ratatiné et aplati contre la colonne vertébrale. Cependant au sommet il avait contracté une adhérence intime avec la plèvre costale, et, en ce point, il offrait une cicatrice due à un tubercule en voie de résorption. Nulle part ailleurs nous ne trouvâmes d'altération organique appréciable.

Justement effrayé de ce dont je venais d'être témoin, je reconnus un peu trop tard la nécessité de pratiquer la paracentèse dans les cas analogues, et je résolu, ces cas échéants, d'y recourir le plus tôt possible. L'occasion ne devait pas se faire attendre.

Au mois de septembre suivant, j'étais allé à Tours voir ma mère gravement malade. Pendant mon absence, un de mes bons amis, M. Michel Masson, auteur dramatique, dont le nom vous est parfaitement connu, m'avait fait demander pour sa fille. C'était une jeune personne de seize ans, d'une santé si parfaite d'ailleurs, à cela près d'une très-grande irritabilité nerveuse, qu'à peine avais-je été consulté pour elle une fois, depuis dix ans que j'étais le médecin de sa famille.

Le dimanche 3 septembre 1843, elle éprouvait déjà de l'inappétence et de la fièvre. Le 5, elle se mit au lit, et je ne la vis que le 8. Je constatai beaucoup de pâleur des téguments, une fièvre assez vive, un peu de dyspnée, sans toux ni expectoration; sans aucun accident gastrique. En explorant la poitrine, je reconnus l'existence d'un épanchement énorme dans la plèvre gauche, remontant jusqu'à la clavicule. Partout la matité était complète; nulle part on n'entendait de bruit respiratoire, de souffle ou d'égophonie. Le cœur, déjeté à droite, occupait la ligne médiane. Je pratiquai une saignée du bras; je prescrivis du calomel et des boissons peu abondantes.

Le lundi 11, huitième jour de la maladie, les accidents s'étaient beaucoup aggravés; la peau était froide, le visage pâle; la jeune fille, tout à fait assise sur son lit, soutenue par des oreillers, position que l'orthopnée la forçait de garder, avait de la tendance aux lipothymies et poussait des gémissements continuels. J'appliquai un large vésicatoire en arrière de la poitrine.

J'étais décidé à pratiquer la paracentèse; et comme l'indication était pressante, je ne voulus pas de consultation, craignant, d'une part, que l'appareil d'une réunion médicale n'épouvantât la malade; d'autre part,

que la lutte d'opinions, qui ne manquerait pas de s'élever, ne donnât à la famille une indécision fatale. J'arrivai donc le mardi matin, fin du neuvième jour, pourvu des instruments nécessaires et parfaitement déterminé à faire ce que mon devoir me commanderait, sans appareil, comme s'il s'agissait de la chose du monde la plus simple.

Je trouvai la jeune malade dans un état voisin de la mort, et je me reprochais de n'avoir pas fait, dès la veille au soir, ce que je ne pouvais différer maintenant.

Je procédai à l'opération de la manière que je vous indiquerai lorsque nous décrirons le manuel opératoire, d'ailleurs fort simple, de la paracentèse. Je retirai 800 grammes environ de sérosité d'une belle couleur d'ambre et parfaitement transparente. Le lendemain, elle avait conservé sa transparence; mais on y apercevait une espèce de tissu lamelleux, mollasse, formé évidemment par de la fibrine qui s'était condensée par le refroidissement. Bien qu'il m'eût été facile de retirer une plus grande quantité de ce liquide, je ne voulus pas, satisfait d'avoir ôté ce qui, par excès, rendait l'épanchement mortel, et d'avoir ainsi réduit la maladie à l'état d'une pleurésie simple, qui, dès lors, pouvait et devait guérir par les moyens ordinaires.

L'opération terminée, la jeune fille sembla revenir à la vie; elle respirait aisément, n'avait plus d'anxiété, son pouls avait repris un peu d'ampleur. Les organes, le poumon, le cœur, étaient revenus à peu près à leur place; le murmure respiratoire avait reparu; il existait, en haut et en avant, un peu de résonnance tympanique, que je crus devoir attribuer à l'introduction de quelques bulles d'air. J'ignorais alors l'existence de la résonnance exagérée que l'on observe dans la plupart des cas de pleurésie, résonnance que plus tard M. Skoda devait découvrir et faire connaître. Pendant la nuit qui suivit, la malade dormit six heures.

Le lendemain matin, il y avait beaucoup d'agitation nerveuse, mais la respiration était facile; la malade parlait avec volubilité, et faisait d'assez longues phrases sans reprendre haleine. Son visage était calme, sa peau peu chaude, son pouls à 112.

Deux jours après la ponction, il y eut dans la nuit onze heures de sommeil. L'épanchement avait très-notablement diminué; le cœur se replaçait de plus en plus à gauche, et dépassait déjà la ligne médiane; à la partie antérieure de la poitrine, la matité ne s'étendait plus que jusqu'au niveau de la quatrième côte.

Je passe rapidement. Sous l'influence des vésicatoires volants appliqués sur la poitrine, des boissons diurétiques et de la digitale, l'amélioration fit de rapides progrès. Le 28 septembre, seize jours après la paracentèse, le pouls était à 80; l'appétit était prononcé; les règles étaient revenues, quoique moins abondamment que dans l'état normal. A partir de ce mo-

ment, tous les symptômes morbides disparurent; la respiration redevint normale, et la malade entra dans une convalescence qui ne se démentit pas.

Ce fait fut pour moi un grand enseignement; aussi n'hésitai-je plus à agir de la même manière lorsque l'occasion s'en présenta. Ayant à enregistrer trois cas de succès semblables, je m'empressai de les publier; j'en fis l'objet d'un premier mémoire que je lus en 1843 à l'Académie de médecine¹, et, l'année suivante, j'en lus un second sur le même sujet². En 1846, mon honorable confrère Bricheteau, devant qui, à l'hôpital Necker, j'avais pratiqué la paracentèse chez une jeune fille de quatorze ans qui guérit rapidement, fut chargé de faire un rapport sur ces deux mémoires; dans ce travail, véritable chef-d'œuvre d'érudition et de critique, ce praticien recommandable adopta, à peu de chose près, les conclusions que j'avais posées. C'est à peine si ce rapport souleva quelques objections; la discussion à laquelle il donna lieu passa inaperçue.

Je persistais plus que jamais dans la voie où je m'étais engagé; des succès qui se multipliaient m'encourageaient à m'y maintenir, lorsqu'en 1850, étant venu demander à mes collègues de la Société de médecine des hôpitaux leur avis à propos d'un cas de mort qui avait suivi la paracentèse de la poitrine, et des renseignements sur une particularité de cette observation, je fus amené à m'expliquer sur la question générale de la paracentèse. La controverse fut animée, car je me trouvais en face d'oppositions aussi vives que celles que j'avais rencontrées lorsque je publiai mes premiers faits de trachéotomie.

Alors, en effet, les insinuations malveillantes ne m'avaient pas manqué: si j'apportais des exemples d'enfants guéris par la trachéotomie, on répondait que ces enfants n'avaient pas eu le croup; que ceux-là seuls que je n'avais pu sauver en étaient réellement affectés; on ne m'avait même pas épargné les injures. Je n'y avais pas répondu, suivant mon habitude; n'écoutant que la voix de ma conscience, je continuais, espérant que tôt ou tard la vérité se ferait jour. Pour la trachéotomie, mon but était atteint, car cette opération est depuis longtemps du domaine public. La paracentèse de la poitrine, sans soulever les mêmes objections que celle-ci, rencontra cependant aussi beaucoup d'opposants; mais quand on apprit que je l'avais faite à peu près quinze ou vingt fois, deux entre autres sur des médecins de Paris, sans avoir à déplorer d'insuccès; quand plusieurs de mes confrères des hôpitaux et de la ville, de mes jeunes confrères, bien entendu, car les aînés n'aiment guère à suivre les exemples des jeunes; quand donc plusieurs de mes confrères, l'ayant aussi faite de leur côté, eurent à s'en féliciter, la paracentèse fut à son tour proclamée

1. *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. IX, p. 138.

2. *Ibid.*, t. X, p. 517.

comme un bon moyen de traitement des pleurésies aiguës avec épanchements excessifs.

Loin de moi, messieurs, l'idée de m'attribuer l'honneur de la découverte. L'opération de la paracentèse de la poitrine a été pratiquée de tout temps; mais exposée, comme tous les moyens thérapeutiques, à des fortunes diverses, si elle n'avait jamais été complètement abandonnée, du moins était-elle réservée pour les cas exceptionnels; on n'y recourait qu'avec une souveraine méfiance, et alors seulement que l'imminence du péril excusait l'excès de la hardiesse. Si maintenant elle a pris la place qu'elle aurait dû toujours garder; si aujourd'hui elle figure parmi les modes de traitement que leur innocuité habituelle encourage à employer, je crois avoir contribué à ce changement par mes travaux, par les indications que j'ai fournies, et, je dois le dire, surtout par les succès qui ont suivi ma pratique.

Avant de vous indiquer quelles sont les circonstances qui commandent ce mode d'intervention chirurgicale, laissez-moi vous rappeler brièvement l'histoire de la paracentèse du thorax, en la suivant dans ses principales phases : ce sera le seul moyen de vous montrer pourquoi une opération qui n'avait jamais pu devenir d'une pratique usuelle est aujourd'hui faite partout et par tous.

Les premières données relatives à la ponction de la poitrine remontent à l'école hippocratique; dès lors le procédé opératoire est indiqué tel qu'il se conservera jusqu'à notre temps. L'opération se pratiquait de deux manières : ou en ouvrant avec l'instrument tranchant un des espaces intercostaux, ou en perforant une côte. L'ouverture de l'espace intercostal peut avoir lieu non-seulement par le bistouri, mais par le cautère actuelle. Quelle que soit la méthode qu'on ait choisie, la plaie reste béante jusqu'à ce que le liquide soit complètement évacué et n'ait plus de tendance à se reformer. Si les bords semblent vouloir contracter des adhérences, on prévient l'occlusion en introduisant une sonde métallique.

Tel est le fond sur lequel les chirurgiens qui se sont succédé depuis Hippocrate ont travaillé, et il n'est pas sans intérêt de voir combien peu il ont ajouté à la tradition. Galien ne change rien aux indications d'Hippocrate; Celse décrit l'opération avec peu de bonheur, et la paracentèse, presque oubliée par l'écrivain qui devait faire seul autorité pendant si longtemps, tombée en discrédit chez les médecins grecs et romains, n'est pas relevée par les Arabes.

Au moyen âge, on discute pour savoir lequel est préférable, pour pénétrer dans la cavité thoracique, du fer ou du feu; mais en somme, on n'admet guère que la ponction soit praticable en dehors des lésions chirurgicales.

Vers le xv^e siècle, on revient à la térébration des côtes, alors presque abandonnée; en même temps on conseille les injections détersives,

déjà indiquées par Galien et par Rhazès, comme un élément nécessaire. L'opération d'ailleurs est rarement essayée, le plus souvent repoussée même dans les cas extrêmes, et les plus grands chirurgiens, Fabrice d'Acquapendente par exemple, se plaignent de la voir tomber en désuétude. Cependant une étude plus attentive des faits, une obéissance moins servile à la tradition, conduisent à quelques remarques importantes.

On constate que, dans les plaies perforantes de poitrine, la guérison s'effectue peut-être plus rapidement quand on ferme la plaie de bonne heure, et l'on se demande s'il ne conviendrait pas également, après la ponction dans l'empyème, de ne pas laisser l'ouverture indéfiniment béante.

Du xvii^e au xviii^e siècle, l'opération de la paracentèse est l'objet de nombreux travaux de la part des chirurgiens. Bontius, en 1658, pose le premier, d'une manière positive, la question, déjà entrevue plutôt que débattue, de l'introduction de l'air dans la poitrine. Il déclare ne pas redouter ce contact de l'air, et considère les injections comme un moyen très-suffisant pour combattre les conséquences qu'on paraît craindre. Bartholin soutient la doctrine contraire : il insiste pour qu'on ferme la plaie le mieux possible, pour qu'on évite à tout prix le contact de l'air. Dès lors l'indication est posée; mais c'est seulement deux siècles plus tard qu'on parviendra à la remplir d'une manière satisfaisante.

A mesure qu'on se préoccupe davantage de cette introduction de l'air, on modifie le manuel opératoire. Le liquide est évacué à l'aide de moyens d'aspiration, et la succion, essayée d'abord très-timidement, à l'exemple de Scultet, devient un procédé recommandé par les maîtres de l'art.

Les chirurgiens sont entrés dans une voie nouvelle et toute favorable. Au lieu de discuter sur des probabilités théoriques, ils recourent à l'examen direct; comme les cas de paracentèse sont encore des raretés, ils empruntent leurs observations à l'examen des plaies de poitrine. C'est ainsi qu'on arrive, en considérant le peu d'accidents qu'entraînent celles-ci, à redouter moins la ponction du thorax, et à croire à son innocuité.

Par suite de cette tendance, plutôt bien sentie que nettement exprimée, les médecins commencent à s'inquiéter de la ponction dans l'hydrothorax. En 1624, Jérôme Goulu prétendait qu'elle réussissait plus souvent dans l'hydrothorax que la paracentèse abdominale dans l'ascite; vingt ans plus tard, on lisait dans les écrits de Zacutus Lusitanus qu'elle était aussi bien indiquée dans les épanchements de sérosité que dans l'empyème, lorsqu'on ne pouvait pas parvenir à évacuer le liquide d'une autre manière. Plus tard, Willis la pratiquait; Lower en citait un cas, et ces exemples sont répétés par les auteurs comme un encouragement.

Vers le milieu du xviii^e siècle, alors que la perforation par le cautère,