

qui avait jusque-là compté des partisans, est délaissée, on songe à substituer définitivement au bistouri le trocart qu'on employait dans les ponctions abdominales. Lurde, en 1765, conseille l'usage de cet instrument déjà proposé, près d'un siècle auparavant, par Drouin; Lurde le conseille d'ailleurs fort timidement, dans la crainte de léser le poumon. Il fait plus : il engage à fermer la canule avec le doigt à chaque inspiration, en la laissant ouverte pendant l'expiration, de manière que l'air ne puisse s'introduire. Cependant le conseil de Lurde n'est pas si bien accueilli qu'on ne compte Chopart et Desault parmi ses adversaires. On reproche au trocart de pénétrer brutalement, de risquer de blesser l'artère intercostale et le poumon. Il avait fallu plus de cent ans pour que l'idée émise par Drouin trouvât un soutien, et l'on voit encore avec quelle difficulté elle entraîne des adhésions, bien que l'avenir lui appartint.

Enfin, en 1808, Audouard soulève de nouveau une question considérée comme définitivement résolue, et dont il attaque la solution universellement admise. Depuis que la paracentèse était pratiquée, on prescrivait invariablement de ne laisser écouler au dehors le liquide, quel qu'il fût, que peu à peu. Le premier jour, on en évacuait une portion, et chaque jour on facilitait l'écoulement d'une petite quantité. Ce précepte était donné dans la persuasion que ces liquides s'échappant subitement, il en résulterait un vide mortel dans la poitrine; plus tard, on avait substitué à cette hypothèse reconnue insuffisante, une autre explication; mais la règle n'en avait pas moins été maintenue. Audouard soutint et prouva que l'évacuation, même subite, de l'épanchement, n'avait pas les inconvénients qu'on lui supposait.

De 1808 à 1843, époque où, je vous l'ai dit, je publiai mes premiers travaux, le procédé opératoire subit à peine quelques modifications, les changements apportés ne sont pas consacrés par l'expérience; seulement un certain nombre de faits sont et demeurent acquis : c'est, d'une part, la possibilité d'évacuer brusquement le liquide, sans accomplir l'opération en plusieurs temps; c'est ensuite la nécessité d'empêcher, autant que possible, l'introduction de l'air, sans en redouter d'ailleurs outre mesure les inconvénients. De ces deux principes incontestés, il résulte que le trocart est préféré au bistouri; que la perforation des côtes est rarement pratiquée; enfin que diverses soupapes sont imaginées pour remplir l'office du doigt, que Lurde plaçait à l'orifice extérieur de la canule.

Tous les appareils destinés à s'adapter au trocart pour prévenir l'introduction de l'air et laisser un libre cours au liquide, sont construits d'après le même principe que Schuh et Reybard signalaient presque en même temps, mais que le premier de ces deux observateurs s'appliquait surtout à définir. L'appareil de Schuh, complexe et composé d'un sys-

tème de soupapes et de réservoirs difficiles à faire fonctionner, a été abandonné depuis par son auteur. Le trocart imaginé par Reybard doit à sa simplicité d'avoir été adopté par tous les opérateurs. Le procédé consiste, comme vous le savez, messieurs, à munir l'extrémité libre de la canule d'une baudruche qu'on enroule autour de l'instrument, et qu'on ramollit ensuite par l'eau. La baudruche ainsi disposée fait fonction de soupape, et a, sur tout autre mécanisme, l'avantage de n'exiger ni précision ni réparations¹.

Même à l'époque où la paracentèse de la poitrine s'effectuait dans des conditions et avec des instruments peu favorables, elle était rangée parmi les moins délicates de la chirurgie. Cependant la ponction du thorax restait au nombre des hardiesses qu'autorise seulement un péril de quelque urgence. La cause n'en était pas l'imperfection du procédé opératoire; elle résidait tout entière dans l'insuffisance des indications.

Un moyen thérapeutique, que ce soit un médicament ou une opération chirurgicale, n'a de succès possible qu'à la condition de satisfaire à une exigence déterminée. Tant que les motifs qui doivent décider de son emploi sont imparfaitement connus, le remède reste inusité. Tout au plus et de temps en temps, un expérimentateur, servi par le hasard, signale-t-il une réussite; ceux qui essayent de l'imiter manquent de direction, usent trop timidement ou abusent trop résolument d'un moyen qu'ils discréditent, et qui retombe bientôt dans l'oubli. Tel a été le sort de la paracentèse du thorax, et il n'est pas surprenant que de Haen se demandât, à propos de l'hydropisie de poitrine : « Cur ita laudata paracentesis sive ut » primum sive saltem ut alterum adhibendum auxilium spatio xxiii seculorum theoretice commendetur et vix unquam instituta legatur? »

Il me reste à vous rappeler les indications auxquelles cette opération devait répondre.

Lorsque Hippocrate conseillait la ponction de la poitrine, il indiquait expressément le but que l'opération avait à remplir : évacuer le liquide contenu dans la cavité thoracique; mais il ne fournissait que des signes insuffisants pour reconnaître pendant la vie l'existence de l'épanchement. La description qu'il a laissée des symptômes s'applique à des affections de nature très-diverse; elle comprend, avec l'hydropisie de poitrine, les épanchements hémorrhagiques purulents, et surtout l'hydropneumothorax. Ainsi cette belle expérience de la succussion, qui figure encore aujourd'hui parmi les signes physiques les plus précieux, est donnée comme un criterium absolu. Déjà on avait compris que ces phénomènes locaux manquaient de précision, et l'on y avait joint un ensemble de phénomènes généraux encore plus trompeurs. Il est curieux de voir qu'au com-

1. Voy. Gaujot, *Arsenal de la chirurgie contemporaine*, Paris, 1867; et plus loin, p. 810.

mencement du XIX^e siècle, le diagnostic des épanchements pleuraux n'avait pas gagné en exactitude et en sûreté. Reproduite invariablement par tous les écrivains, la description hippocratique est encore répétée par Mursinna, qui pourtant, en 1811, avait fait quatre opérations, dont deux suivies de guérison, guidé seulement par des indications si infidèles. Dans sa remarquable dissertation, le chirurgien allemand insiste sur le bruit provoqué par la succussion comme un élément indispensable. Il parle de l'œdème des extrémités inférieures et du scrotum comme d'un symptôme à peu près constant, et ajoute, sans plus tirer partie de la découverte de son compatriote Avenbrügger, que quelquefois on constate à la percussion un son mat et tout à fait particulier. De Haen avait fait mieux que personne ressortir l'impuissance du diagnostic. Sa monographie de l'hydropisie du thorax n'est qu'une longue critique des phénomènes indiqués comme caractéristiques par ses devanciers : « Suspicio morbi duntaxat » est eaque cum aliorum morbis signis ita intricata, ut certi quid concludi nequeat. » Ailleurs il insiste sur les déceptions qui attendent le médecin : « Subdolos hic morbus raro dum curabilis est cognoscitur. »

De ces causes d'incertitude, senties et proclamées par tous les bons observateurs, il résultait que la paracentèse n'était appliquée que dans un nombre de cas extrêmement limités et de la nature de ceux qui rentrent dans le domaine de la chirurgie. On attendait que les côtes fussent énormément distendues, que le pus tendit à faire irruption dans un espace intercostal visiblement soulevé, et l'on n'opérait que quand la suppuration avait été provoquée par une blessure de la poitrine.

Cependant, malgré tant de raisons de s'abstenir, et quoique l'expérience n'ait que bien peu parlé, la conscience d'un résultat favorable, l'espérance d'un succès ne manque pas aux médecins. Ils se demandent pourquoi on attend si longtemps; ils sont convaincus plutôt par le raisonnement que par les faits; mais ils sont convaincus. Et cela n'est pas seulement propre à un écrivain. Dès 1624, Goulu, ainsi que je vous l'ai dit, prétendait que la paracentèse de la poitrine dans l'hydrothorax réussissait plus souvent que la paracentèse abdominale dans l'ascite : « Ergo in thoracis » quam in abdominis hydrope, paracentesis tutior. » Telle est la conclusion de sa dissertation. Majault, en 1774, reprend la même thèse et la résume ainsi : « Ergo hydropi pectoris paracentesis. » De Haen, de son côté, avait dit : « Ut si hydrops pectoris cognoscatur mature, nil est paracentesi tutius. »

La grande découverte de Laennec vint changer la face des choses; à des symptômes confus et inextricables, l'auscultation substitue des éléments simples et positifs de diagnostic. Les épanchements thoraciques sont classés désormais parmi les maladies les plus accessibles à l'investigation du médecin. Il semble qu'à partir de ce moment, les obscurités s'étant dissipées, le souhait tant de fois exprimé de donner plus d'extension à l'u-

sage de la paracentèse va enfin se réaliser. Il n'en est pourtant pas ainsi. Laennec, avec sa sagacité habituelle, avait défini toutes les indications de l'opération. Il conseillait la ponction dans les cas de pleurésie aiguë ou l'épanchement, très-abondant dès le début, augmente avec une telle rapidité, qu'au bout de quelques jours il détermine un état général ou local grave, et peut faire craindre la suffocation; c'est ce qu'il désigne sous le nom d'*empyème aigu*. Il la conseille encore à titre de ressource extrême dans les pleurésies chroniques, après qu'on a reconnu le défaut de succès de tous les moyens employés pour opérer la résorption du liquide épanché; mais il ajoute : « L'opération de l'empyème est rarement suivie de succès. » Cela tient à plusieurs causes qui toutes n'ont pas été également appréciées. Outre les états organiques qui contre-indiquent la ponction, la cause qui, à son avis, s'oppose le plus à sa réussite, est l'aplatissement du poumon qui, recouvert de fausses membranes, a perdu son élasticité. Par cette raison, l'empyème aigu offre plus de chances de succès que les empyèmes chroniques. Le mode d'opération habituellement suivi ne lui paraît pas susceptible de grands perfectionnements, et, bien qu'il ait insisté sur le grave danger de l'introduction de l'air, il ne semble pas se préoccuper de rechercher les moyens d'éviter cette complication. « La ponction avec un trocart dans un espace intercostal a été tentée plusieurs fois, dit-il; Morand, entre autres, y a eu recours sans succès. Récamier l'a plusieurs fois employée, en se servant d'un très-petit trocart. J'y ai eu moi-même recours assez souvent; mais je n'ai jamais obtenu aucun succès durable par ce moyen. » Trois pages plus loin, il exprime la persuasion que « l'opération de l'empyème deviendra beaucoup plus commune et plus souvent utile à mesure que l'usage de l'auscultation médiate se répandra. »

Comme vous le voyez, messieurs, l'opinion de Laennec n'est rien moins que décisive; il enlève d'une main ce qu'il accorde de l'autre. Tandis qu'il promet d'heureux résultats des moyens de diagnostic dont il a doté la science, il s'applique à faire douter du succès; il ne cite que des cas non suivis de réussite, et s'il insiste sur les conditions anatomiques, c'est pour faire ressortir celles qui lui semblent les plus fâcheuses. La défiance, bien que tempérée par un espoir meilleur pour l'avenir, était trop clairement énoncée pour engager à de nouveaux essais. Aussi qu'arriva-t-il? C'est que, lorsque dix ans plus tard, en 1835, la question de la paracentèse est portée devant l'Académie de médecine à l'occasion du mémoire du docteur Faure, la discussion est pleine de confusion et d'incertitude, des opinions contradictoires se font jour; mais de part et d'autres elles manquent de preuves, et les débats prolongés n'aboutissent à aucune conclusion¹.

1. Bulletin de l'Académie de médecine, 1838, t. 1, p. 62.

Pendant que dans le pays où l'auscultation avait été découverte, on inclinait, sur l'autorité de Laennec, à contester l'efficacité de la paracentèse appliquée aux divers épanchements que les médecins sont appelés à traiter; tandis que les chirurgiens persistaient seuls à l'employer dans les épanchements traumatiques, on espérait davantage à l'étranger de l'opération éclairée par les nouveaux moyens de diagnostic.

En 1834, Becker publiait à Berlin une monographie sur la pleurésie chronique, où, après avoir exposé comment les progrès de l'examen de la poitrine permettaient de mieux appliquer la ponction, il rapportait cinq exemples de paracentèses pratiquées à sa sollicitation par Dieffenbach dans des cas de pleurésie chronique, avec cette épigraphe : « *Melius est anceps remedium quam nullum.* » En 1835, Thomas Davies¹ s'appliquait, assez mal à propos d'ailleurs, à réfuter l'opinion de Laennec qui refuse, disait-il, toute utilité à l'opération. Il déclarait, contrairement à l'opinion du médecin français, que la ponction est inutile dans le pneumothorax; mais qu'elle rend de notables services dans l'hydrothorax, dans l'empyème, et qu'elle compte surtout des succès chez les enfants. Son procédé consistait à ponctionner dans l'espace intercostal avec un trocart de petite dimension, sans employer aucun appareil accessoire pour empêcher l'introduction de l'air. Il conseillait seulement, et son avis a été suivi pendant longtemps en Angleterre, de faire précéder l'opération d'une ponction exploratrice pratiquée avec une aiguille, dans le but de s'assurer de la nature de l'épanchement, de sa consistance, de la présence des fausses membranes, etc.

L'appui prêté par Th. Davies à une opération alors si peu en faveur ne fut pas inutile. Son opinion, ignorée en France, eut du retentissement dans son pays, et fut depuis lors invoquée comme une autorité par tous ceux qui se livrèrent à de nouveaux essais; mais elle n'entraîna pas une entière conviction. Si les observateurs qui recouraient à la ponction en louaient les résultats, ceux qui s'abstenaient de la pratiquer ne manquaient pas d'arguments à lui opposer. C'est ainsi que Stokes² et, plus tard, Watson insistèrent sur les conséquences fâcheuses de la paracentèse, qui, devant, suivant eux, convertir une inflammation séreuse en une inflammation suppurative (opinion fautive reproduite de nos jours), ne pouvait être tentée que quand la vie du malade était dans un péril immédiat.

La confiance se soutenait en Allemagne. A Becker vint se joindre Schuh (de Vienne). En 1839, Schuh, dans sa *Dissertation sur l'influence que la percussion et l'auscultation sont appelées à exercer sur la pratique chirurgicale*, déclare que la paracentèse est un moyen de guérison radicale.

1. Davies, *On Diseases of the Lungs and Heart*, 1835, in-8.

2. Stokes, *Diseases of the Chest*, Dublin.

dans les cas d'épanchements thoraciques chroniques succédant ou non à une période aiguë, et il pose les principes qu'il devait appliquer trois ans plus tard.

Telles étaient, messieurs, les opinions contradictoires soutenues avec une égale vivacité, lorsque j'apportai à cette question de thérapeutique le tribut de mes propres recherches. Le docteur Reybard avait déjà¹ donné la description de son ingénieux instrument; mais, plus préoccupé du mode d'opération que des indications de l'opération elle-même, il n'avait rien ajouté à ce que les autres avaient enseigné sur ce sujet. Il convient lui-même avoir eu peu d'occasions d'appliquer sa méthode, et en l'absence de faits, il suppose que les hydropisies de poitrine, déterminées, dit-il, le plus souvent par une inflammation de la plèvre, doivent être guéries par une seule ponction. Le reste de cette dissertation pleine d'intérêt est consacré spécialement à l'étude des plaies de poitrine.

Vers la fin de 1841, deux professeurs de l'école de Vienne, Schuh² et Skoda, dont le premier, ainsi que je viens de vous le dire, avait déjà préconisé théoriquement les bons effets de la paracentèse de la poitrine, publièrent également une étude importante sur ce procédé thérapeutique. Leur monographie, devenue classique en Allemagne, mérite d'occuper un rang distingué dans l'histoire de la paracentèse du thorax. Ils commencent par poser en principe que la pleurésie guérit le plus souvent dans les cas où l'épanchement n'est pas excessif et où il n'existe pas de complications. Si l'épanchement est très-considérable, la nature même, aidée par les moyens connus, n'amène la guérison qu'après des mois ou des années. Les suites fâcheuses de la pleurésie sont la déformation de la poitrine, l'anémie avec ses plus graves conséquences, la disposition aux syncopes, et, par suite, à la mort subite, le développement des tubercules, l'hypertrophie avec dilatation du cœur droit.

Si l'épanchement est de plusieurs livres, si les phénomènes fébriles sont dissipés, si depuis une à trois semaines il n'y a pas eu d'amélioration, la paracentèse est indiquée; l'opération est un moyen de guérison radicale ou simplement un palliatif.

Les deux auteurs cherchent à réfuter les raisons indiquées contre la paracentèse, exposent avec détail les divers temps du procédé opératoire, et engagent à ne pas évacuer la totalité du liquide, de crainte que le déplissement soudain du poumon et que le remplacement des organes refoulés par l'épanchement n'entraînent quelque accident, crainte chimérique, à mon avis, ainsi que j'aurai à le discuter devant vous.

Le travail de Schuh, appuyé par l'autorité de Skoda, n'eut pas même

1. Reybard, *Mémoire sur les épanchements dans la poitrine, et sur un nouveau procédé opératoire pour retirer les fluides épanchés sans laisser pénétrer l'air extérieur dans le thorax* (*Gazette médicale*, janvier 1841).

2. Schuh, *Medicinisches Jahrbücher de k. k. Orsterreich. Staates*, Wien, 1831.

en Allemagne le retentissement qu'il méritait; à l'étranger il resta inconnu, et nous ne le voyons pas une seule fois invoqué par les expérimentateurs anglais ou français.

Presque en même temps, comme si dans l'histoire de cette opération il était écrit que chaque espoir de succès serait contre-balancé et contredit, Hope dictait ses notes sur le traitement de la pleurésie chronique¹. Là il s'efforçait de prouver que le traitement des épanchements pleurétiques n'a pas besoin du secours de la chirurgie, que les moyens fournis par la matière médicale sont toujours suffisants. D'accord en cela avec les médecins qui, lors de la discussion en 1835 devant l'Académie, soutenaient que la pleurésie n'est jamais mortelle, d'accord avec Stokes, avec Watson, Hope déclare que le défaut de réussite tient à la timidité avec laquelle sont administrés les remèdes. Il vante l'emploi des mercuriaux poussé résolument, l'usage d'un régime réconfortant, d'une diète animale même malgré la fièvre, de quelques diurétiques, et cite trente-trois observations de pleurésies chroniques guéries par cette médication.

Les discussions soulevées par ces écrits, d'ailleurs peu nombreux, retombent dans l'oubli; l'attention ne se fixe pas sur les indications, sur les avantages ou le danger de la paracentèse, et les recueils médicaux se bornent à rapporter de temps à autre une observation de paracentèse pratiquée dans les formes d'épanchement les plus diverses et avec les résultats les plus variables.

En 1844, mon mémoire lu à l'Académie, en préoccupant de nouveau l'opinion, appela de nouvelles recherches. La même impulsion était donnée en Angleterre. On commençait à se sentir sur un terrain assez solide pour laisser de côté les hypothèses et pour n'en appeler qu'aux faits. C'est dans cet esprit que sont conçues les deux monographies qui, en Angleterre, closent la liste des publications de quelque importance relatives à la ponction du thorax : le mémoire de Hamilton Roe, intitulé *De la paracentèse du thorax dans l'empyème et dans l'hydrothorax inflammatoire*², et ceux de Hughes³. Roe donne d'excellents préceptes, et considère les résultats de l'expérience comme très-satisfaisants. Il ne redoute pas la syncope, qui, à ce qu'on objectait, menaçait la vie du malade immédiatement après l'opération; il ne redoute pas davantage l'introduction de l'air, contre laquelle il ne prend d'ailleurs aucune précaution. Son procédé opératoire est extrêmement simple; il se réduit à la ponction avec un trocart de médiocre dimension dans un espace intercostal, sans lieu précis d'élection.

1. Hope, *British and foreign medico-surgical Review*, London, 1841.

2. Hamilton Roe, *London medico-chirurg. Transact.*, 1844.

3. Hughes, *Guy's hospital Reports*, 1844, et *London medical Gazette*, 1846.

Ainsi, messieurs, cet aperçu historique de la paracentèse de la poitrine vous montre combien cette opération, dont la nécessité avait été cependant reconnue dès les premiers âges de la médecine, a eu de peine à s'établir dans le domaine de la thérapeutique, et cela, parce qu'en définitive, les indications n'en avaient pas été établies d'une manière aussi positive qu'elles l'ont été dans ces derniers temps.

2. — Circonstances qui nécessitent la paracentèse de la poitrine. — La pleurésie peut être mortelle. — L'épanchement excessif peut entraîner la mort subite. — Il peut entraîner la mort par asphyxie. — Au contraire, la paracentèse peut guérir immédiatement, et, dans ce cas, la température redevient brusquement normale. — La persistance de l'épanchement peut occasionner la fièvre hectique. — Il peut devenir purulent. — Pleurésie traumatique. — La pleurésie peut occasionner le développement de la diathèse tuberculeuse. — La pleurésie latente est souvent une manifestation de cette diathèse, que l'épanchement reste séreux, qu'il soit purulent, ce qui arrive le plus ordinairement. — La paracentèse est encore utile alors qu'il existe un hydro-pneumothorax. — Pleurésie cancéreuse.

Messieurs, pour justifier la nécessité de la paracentèse de la poitrine dans la pleurésie avec épanchement excessif, un premier fait est essentiel à établir, c'est que, contrairement à l'opinion émise par M. Louis, la pleurésie est quelquefois mortelle.

Elle peut l'être immédiatement par le fait de l'excès de l'épanchement.

Elle peut l'être d'une façon plus médiate, en devenant le point de départ d'accidents auxquels les individus succombent tôt ou tard. Ainsi la persistance de l'épanchement, soit que le liquide épanché dans la cavité pleurale reste séreux, soit qu'il dégénère en pus, amènera la fièvre continue, la fièvre hectique qui épuiserà les malades. Ajoutons que, par la nature même de l'inflammation qui lui donne naissance, l'épanchement est souvent d'emblée purulent.

De plus, la fluxion constante vers les viscères thoraciques est susceptible de provoquer le développement de la diathèse tuberculeuse chez les individus qui portent en eux la prédisposition.

Enfin, en raison de sa durée, la pleurésie devient de moins en moins curable, le poumon contractant des adhérences qui l'empêchent à jamais de reprendre sa place dans la cavité thoracique et de remplir les fonctions dont il est chargé.

Passons en revue ces différentes propositions aujourd'hui également admises, et que j'ai contribué peut-être à faire accepter.

La pleurésie peut être mortelle par le fait même d'un épanchement excessif.

J'ai déjà établi ce premier point dans notre dernière conférence; je l'ai établi non-seulement sur des faits personnels que je vous ai cités, mais sur d'autres auxquels j'ai fait allusion, et qui ont été observés par les