

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

médecins les plus recommandables, au nombre desquels je pourrais citer Chomel, Bricheveau et mon ami M. Pidoux.

Parmi les exemples que je pourrais ajouter à ceux-ci et à ceux que je vous ai rapportés, je présenterai le suivant :

Le 17 août 1847, je fus appelé en consultation auprès d'un homme âgé de quarante-quatre ans, qui était malade depuis plus de six semaines. Toujours bien portant jusque-là, il avait ressenti le 3 juillet, sous l'influence d'un refroidissement, les symptômes de la fièvre inflammatoire dite *coup de froid*. Employé à la Guerre, il continua tous les jours d'aller de la barrière Blanche, où il demeurait, au ministère, rue Saint-Dominique; chaque soir en rentrant de son bureau, il se plaignait de fatigue, puis d'un sentiment d'oppression qui de jour en jour augmentait davantage et qu'il comparait à l'effet d'un hausse-col comprimant péniblement le haut de la poitrine. Le 26 juillet, il fut obligé de s'arrêter. La dyspnée, la sensation d'étreinte du thorax, la faiblesse générale augmentant, il prit le lit et fit venir son médecin. Il toussait alors un peu. On trouva de la fièvre, et, me dit-on, des crachats rouillés, sans matité de la poitrine. Une saignée fut pratiquée; mais comme elle avait été suivie de syncope, on n'osa pas y revenir, et l'on commença un traitement destiné à produire une révulsion du côté de la peau de la poitrine et du côté du tube digestif, en même temps qu'on donna des potions opiacées pour combattre la toux. Ce ne fut qu'après huit à dix jours de maladie qu'on commença à reconnaître de la matité à gauche, dans toute l'étendue de ce côté, en avant et en arrière. On insista alors sur les vésicatoires, on y joignit les diurétiques, etc. Les symptômes s'aggravaient, la faiblesse et la fièvre étaient menaçantes; il y avait du délire la nuit, des sueurs profuses qu'débilitaient le malade; l'oppression restait médiocrement prononcée; mais les choses allant ainsi de mal en pis, on me fit l'honneur de me mander.

Je constatai les phénomènes suivants : Le pouls à 100, mou et très-dépressible; des sueurs continuelles, mais passives, quoique chaudes; la peau assez chaude; la figure colorée, l'œil vague, le cerveau vide, suivant l'expression vulgaire; pas de toux et la respiration à 25 par minute. Le malade est couché à plat : à mon arrivée il se met sur son séant, et ne se plaint que d'avoir de la fièvre et des sueurs qui le *minent*. Il ne demande qu'une chose, qu'on lui coupe cette fièvre, et ne parle ni d'oppression, ni de toux, ni de point de côté. Il a des urines et des selles involontaires. Son aspect rappelle, par l'expression du visage, celui d'un individu atteint de fièvre typhoïde, avec cette différence que la membrane muqueuse de la bouche est dans l'état normal.

En examinant la poitrine, je trouvai une matité absolue, à gauche, du haut en bas, en avant et en arrière, jusque dans les fosses sous-claviculaire et sous-épineuse; dans tous les points l'auscultation me révélait une ab-

sence complète de tout bruit respiratoire ou vocal, soit normal, soit morbide. De ce côté, les parois thoraciques ne vibraient pas sous la main quand on faisait parler le malade. A droite, la sonorité était normale, la respiration supplémentaire. Les espaces intercostaux n'étaient point élargis et le thorax ne semblait pas amplifié du côté affecté. L'épanchement s'étendait latéralement jusqu'à la ligne médiane du sternum; le cœur battait exactement à ce niveau, et on ne le sentait plus à la place qu'il occupe habituellement.

Je fus d'avis, vu l'abondance de l'épanchement et malgré le peu de dyspnée, que toute tentative ayant pour but de favoriser l'absorption serait inutile, nuisible même, en ce qu'elle ferait ajourner la ponction, qui me paraissait le seul moyen efficace à employer.

Pour permettre cependant d'*attendre le lendemain* (il était alors trois heures de l'après-midi), je prescrivis deux tasses de lait et de bouillon (on avait ordonné une diète absolue), puis une potion légèrement stimulante et additionnée de 30 centigrammes de sulfate de quinine.

Mais le lendemain, à huit heures du matin, le malade mourait, après quelques heures d'agonie indéfinissable, de syncopes répétées, de délire, sans dyspnée considérable. Après la mort, la percussion de la poitrine nous donna les mêmes résultats que la veille.

Ces exemples malheureux, que l'on pourrait multiplier, parlent assez haut, pour que personne aujourd'hui, je pense, ne conteste qu'un épanchement pleurétique simple puisse, par son excès, entraîner la mort. Nous verrons plus tard comment celle-ci arrive.

Ces épanchements excessifs peuvent être liés à l'existence de la pleurésie aiguë la plus franche, et je ne crois pas que le clinicien ait jusqu'ici pu reconnaître les signes à l'aide desquels il lui sera permis d'affirmer qu'une pleurésie sera ou ne sera pas accompagnée d'un épanchement abondant; cependant il est certain, ainsi que l'a fort bien dit M. Pidoux¹, que « ces épanchements excessifs surviennent principalement dans une forme particulière de la pleurésie très-différente de la pleurésie ordinaire. »

Nous sommes dans l'habitude de distinguer deux périodes dans la pleurésie. La première période, *inflammatoire* par excellence, caractérisée anatomiquement par les altérations dont vos auteurs vous ont donné la description, période dans laquelle les phénomènes ordinaires de la fièvre inflammatoire, le point de côté violent, la toux sèche pleurétique, sont très-prononcés. Cette période est très-courte; on a même contesté, Laennec entre autres, qu'elle fût réellement distincte de la seconde. Celle-ci est la *période d'épanchement*; l'élément inflammatoire y paraît relativement plus faible, mais elle dure pendant un temps difficile à limi-

1. Pidoux, *Mémoire sur le pronostic de la pleurésie latente, etc.*, 1850.

ter, et à sa suite les produits épanchés, subissant des transformations, s'organisent en fausses membranes.

Contrairement à ce qui arrive le plus habituellement, l'élément inflammatoire peut être très-peu notable, si l'on en juge du moins par le peu d'intensité des symptômes locaux et des symptômes généraux, tandis que la sécrétion séreuse prend des proportions considérables.

Cela, du reste, n'a rien de spécial à la plèvre, car nous l'observons aussi pour les autres membranes séreuses. Voyez, en effet, ce qui se passe pour les membranes synoviales. Dans certaines formes de l'inflammation des articulations, la phlegmasie, caractérisée par l'intensité de la douleur locale et de la réaction générale, prend une grande vivacité, sans que d'ailleurs l'épanchement synovial devienne considérable; dans d'autres cas, l'épanchement, bien que proportionnel par son abondance à la véhémence de l'inflammation, cède avec la même rapidité que la phlegmasie elle-même; enfin il est des cas, malheureusement assez communs, dans lesquels le mouvement inflammatoire a été presque nul, tandis que l'exhalation du liquide synovial devient énorme et reste telle des mois entiers, résistant aux remèdes les plus énergiques et les mieux appliqués.

De même pour la péritonite, dans laquelle l'épanchement ascitique n'est jamais plus considérable que dans le cas où la phlegmasie de la membrane séreuse semble avoir été le moins violente. Vous en avez récemment observé un exemple chez une jeune femme de notre salle Saint-Bernard, qui était affectée d'hydropéritonite depuis plusieurs mois.

L'hydrothorax aigu, cette forme particulière de la pleurésie dont je vous parle, est évidemment lié le plus souvent à un état spécial, à une sorte de *diathèse séreuse* qui, pouvant se manifester seulement par l'épanchement pleural, peut aussi se traduire simultanément par d'autres épanchements dans différentes cavités.

Quelques-uns d'entre vous ont, sans doute, présent à l'esprit le fait de ce malade qui nous fut envoyé par M. Rostan, et qui succomba dans notre service à une double pleurésie compliquée de péritonite.

Cet homme était entré dans les salles de mon honorable collègue pour un épanchement pleurétique considérable qui nécessita la paracentèse. A la demande de M. Rostan, ce fut moi qui la pratiquai; nous retirâmes un liquide séreux parfaitement transparent. L'épanchement s'étant reproduit, une seconde opération fut faite; cette fois encore nous obtînmes de la sérosité pure. L'épanchement se reproduisit de nouveau; le malade passa dans mon service. Il avait alors une pleurésie double, et de plus une péritonite subaiguë ayant également donné lieu à un épanchement ascitique considérable.

Il y avait donc évidemment, chez cet individu, une singulière disposition aux phlegmasies des membranes séreuses.

A l'autopsie, nous trouvons la surface du péritoine couverte de petites granulations qui donnaient à cette membrane l'aspect de la chair d'oiseau, et n'avaient aucun des caractères des productions tuberculeuses, dont nous ne trouvons d'ailleurs aucune trace dans les autres organes.

Un mot maintenant sur la marche de ces *pleurésies latentes*.

A la suite d'un coup de froid, ou même sans cause déterminante appréciable, un individu est pris de frisson, de malaise, d'inappétence, de courbature; il ressent un point de côté peu considérable; ce point de côté peut même manquer tout à fait; il a pendant quelques jours une petite toux sèche. Ces premiers symptômes durent assez peu de temps, et sont assez vite oubliés pour que le malade ne vous en parle pas, ou ne vous en parle qu'autant que vous rappellerez ses souvenirs sur ce sujet. Cependant le mal a suivi sa marche lente, et alors, ou bien il éprouve de la gêne de la respiration, de l'essoufflement au moindre mouvement; la dyspnée est telle, que le décubitus horizontal est impossible, surtout le décubitus sur le côté sain; il y a de l'orthopnée; ou bien cette gêne de la respiration est si insignifiante, que vous trouvez votre malade couché à plat sur le dos, et que souvent la dyspnée est bien plus appréciable pour le médecin que pour le patient lui-même. Si alors vous examinez la poitrine avec le plessimètre et le stéthoscope, vous constatez l'existence d'épanchements quelquefois énormes qui ont refoulé les organes, le cœur, la rate, le foie, qui ont déformé le thorax en dilatant outre mesure le côté affecté, et ces épanchements considérables vont entraîner des dangers plus sérieux.

La mort subite peut en être la conséquence. Il n'est pas rare, en effet, je vous le répète, que des individus atteints d'épanchements excessifs de la plèvre succombent tout à coup, sans avoir paru éprouver une oppression notable, sans qu'il y ait jamais eu chez eux des menaces de suffocation. Ils meurent enlevés par une *syncope*. A l'appui de cette proposition, j'invoque, messieurs, l'expérience de mes confrères qui ont cité des exemples de mort subite survenue dans ces conditions; je pourrais vous en rapporter aussi plusieurs faits tirés de ma propre pratique. Ces syncopes mortelles peuvent s'expliquer par le déplacement considérable qu'a fait subir à l'organe central de la circulation la masse de liquide épanché. Le cœur, je vous l'ai dit, se trouve violemment repoussé hors de la place qu'il occupe habituellement; les gros vaisseaux, l'aorte, éprouvent une torsion qui entrave singulièrement le cours du sang, et, sous l'influence d'une cause occasionnelle, comme un mouvement plus ou moins brusque du corps, la circulation va être complètement arrêtée. Peut-être aussi la mort arrive-t-elle par suite de la gêne apportée à la circulation, qui favorise la formation de caillots dans le cœur et dans les gros vaisseaux.

Cette opinion que j'avais émise depuis longtemps a trouvé sa vérification dans un fait signalé par M. Blachez. Ainsi ce médecin a rap-

porté l'intéressante observation d'un malade qui succomba brusquement dans une syncope, et à l'autopsie duquel on trouva un caillot qui occupait le tronc de l'artère pulmonaire dans toute son étendue, puis se bifurquait pour se prolonger jusqu'aux divisions de troisième et quatrième ordre de la branche gauche de l'artère pulmonaire. On remarqua que l'épanchement pleurétique siégeait à gauche. Dans ce cas, la pleurésie était chronique; il y avait environ un litre et demi de liquide épanché, le cœur n'était pas déplacé, et la mort subite a été probablement le résultat de la coagulation du sang dans l'artère pulmonaire.

Bien que, dans un grand nombre de cas, les malades n'accusent pas d'oppression, bien que la dyspnée soit peu apparente pour le médecin, il se peut aussi que les épanchements excessifs amènent la mort par *asphyxie*; asphyxie lente, conséquence de la gêne considérable apportée dans les fonctions respiratoires, l'hématose ne se faisant pas dans le poumon du côté affecté, et ne se faisant qu'imparfaitement dans l'autre dont le jeu est nécessairement troublé par la présence du liquide qui remplit une des cavités pleurales, refoule le médiastin et diminue ainsi la capacité de l'autre cavité.

Le moyen de prévenir cette terminaison fatale, le seul vraiment héroïque, est d'évacuer par une ponction de la poitrine le liquide épanché. Cette opération est complètement exempte de dangers; j'aurai cependant à discuter les objections qu'on lui a faites, et j'espère vous démontrer que les inconvénients qu'on lui a attribués sont purement imaginaires.

Indépendamment du premier fait qui a été l'occasion de ces conférences, vous avez été témoins, messieurs, de plusieurs autres dans lesquels la paracentèse de la poitrine, pratiquée dans des circonstances analogues, avait eu d'aussi heureux résultats. Ces faits se sont multipliés à l'infini, car de tous les côtés les médecins se sont empressés de les publier; pour ma part, je pourrais vous en citer un grand nombre: les uns qui me sont personnels, les autres que je dois à l'obligeance de mes confrères, qui ont bien voulu m'envoyer leurs observations. Je me bornerai à vous raconter encore les quatre suivants.

Le premier est tiré de ma propre pratique, et date déjà de loin; le second a été recueilli dans le service de mon ami M. le docteur Horteloup, mon collègue dans cet hôpital; le troisième m'a été communiqué par mon élève M. le docteur Bonfils; quant au quatrième fait, vous avez pu l'observer récemment dans mon service, et je vous le signalerai spécialement, parce qu'il présente d'importantes particularités au point de vue de la température.

Le samedi 22 juin 1844, M. Patin vint me chercher le matin, avant six heures, pour me conduire auprès d'une de ses clientes, Mme Schlagues-

1. P. Blachez, mort subite dans la pleurésie chronique. (*Union médicale*, février 1862, p. 213.)

tard, demeurant à la Chapelle-Saint-Denis, rue Marcadet, n° 3. Il avait été mandé pendant la nuit auprès de cette malade, qui, au quatorzième jour d'une pleurésie, était arrivée à un degré de suffocation tel, que sa vie semblait immédiatement menacée. Le dimanche 9 juin, elle avait éprouvé un peu de douleur dans le côté gauche de la poitrine et du malaise. Elle consulta légèrement un médecin, qui, attribuant à un état de chlorose l'essoufflement, la pâleur, le point de côté, prescrivit une nourriture généreuse, du bon vin, de l'exercice à pied. La pauvre patiente n'exécuta que trop ponctuellement cette fatale prescription; elle lutta avec énergie contre la fièvre qui l'accablait; enfin, vaincue par le mal, elle se mit au lit le huitième jour de la pleurésie, et appela M. Patin. Le côté gauche de la poitrine était complètement mat de haut en bas, et les espaces intercostaux étaient dilatés; le cœur était rejeté à droite.

Une médication énergique n'amena qu'un soulagement momentané. Le vendredi 21, il y eut un peu d'amendement après une apparition des règles; elles se supprimèrent le soir. Dans la nuit, l'oppression fit de rapides progrès, et la malheureuse femme sembla si près de sa fin, que l'on courut éveiller M. Patin. Il trouva la malade assise dans son lit, soutenue par des oreillers; la face était pâle, anxieuse, les yeux largement ouverts, les narines agitées de mouvements violents; la respiration était extrêmement difficile. Le côté gauche de la poitrine présentait une dilatation et une matité complète; on y entendait du souffle et de l'égophonie; la toux était modérée. Le cœur battait sous les cartilages du côté droit du sternum; le pouls était très-fréquent et misérable. L'épanchement était excessif, *la mort était imminente*. C'est alors que je fus mandé par mon confrère, et quand j'arrivai, notre parti fut bientôt pris; la paracentèse fut immédiatement pratiquée. Nous retirâmes ainsi, sans beaucoup de difficultés et dans l'espace de quelques minutes, 2 litres (4 livres) de liquide mesurés exactement. Il est facile de comprendre le soulagement extraordinaire que dut apporter l'évacuation de 16 palettes de sérosité. La pauvre malade était revenue à la vie. Son cœur avait repris sa place, et son pouls était plein, régulier, quoique assez fréquent encore; son oppression avait cessé. Couchée presque à plat, elle respirait avec calme et éprouvait un peu le besoin de dormir. La matité existait encore dans toute l'étendue de la cavité gauche du thorax, qui semblait moins volumineuse que celle du côté opposé. La bronchophonie et le souffle étaient restés les mêmes. Nous prescrivîmes la digitale, et nous recommandâmes de donner à boire le moins possible. La journée se passa dans un calme parfait; la nuit, il y eut sept heures de sommeil. Les jours suivants, on donna quelques purgatifs et l'on continua la digitale.

Le mardi 25, je revis cette dame; la région claviculaire, toute la fosse sus-épineuse donnaient un son clair, et, dans ces points, on entendait le murmure vésiculaire; au niveau de la crête de l'omoplate, il y avait de

l'égophonie, de la bronchophonie, qui s'entendaient jusqu'en bas de la poitrine. Il y avait un peu de fièvre, un peu de toux sèche, mais pas d'oppression et de l'appétit. Nous permîmes des aliments légers, en continuant la digitale.

Huit jours après, le bruit respiratoire s'entendait, en arrière, jusqu'au milieu de la fosse sus-épineuse; au-dessous, le son était clair; vers l'angle de l'omoplate, il y avait une égophonie éclatante; plus bas, du souffle et de la bronchophonie; d'ailleurs, pas de râles, la toux était sèche. Cependant le mouvement fébrile persistait, bien que l'appétit fût très-vif. Nous fîmes appliquer un vésicatoire dans le dos, nous suspendîmes toute autre médication, et nous insistâmes sur l'alimentation. Seize jours après l'opération, les forces étaient revenues à ce point que la malade put aller à pied chez une de ses parentes qui demeurait à Clignancourt, à une distance de plus de deux kilomètres, y rester toute la journée, et, le soir, revenir de même à pied sans trop de fatigue. Je la revis trois jours après cette imprudence; elle se trouvait très-bien portante, n'avait ni toux, ni oppression, et son appétit était excellent. La partie postérieure du côté qui avait été le siège de l'épanchement donnait un son mat et bas, mais le bruit respiratoire s'entendait partout.

Voici le second fait : Un homme de trente-six ans entra, le 5 juin 1854, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Horteloup. Il était, disait-il, malade depuis trois semaines; cependant il ajoutait que depuis six mois il toussait. En interrogeant ses antécédents héréditaires ou personnels, rien n'indiquait la diathèse tuberculeuse. Sans cause appréciable pour lui, il avait donc été pris, trois semaines avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, d'essoufflement, de palpitations, de douleurs vagues dans la poitrine, sans point de côté fixe; il était resté sans fièvre et avait continué de travailler. La gêne de la respiration augmentant, il se fit admettre à l'hôpital.

On le trouvait dans un état d'anxiété extrême, suffoquant, parlant péniblement, d'une voix brève et saccadée; son visage était pâle, cyanosé, ses extrémités étaient refroidies. A la première inspection, le thorax paraissait évidemment dilaté du côté droit. La matité était absolue de haut en bas, en avant comme en arrière, un peu moins cependant sous la clavicule et le long de la gouttière vertébrale en haut. Là aussi seulement on entendait un peu de souffle lointain; partout ailleurs il y avait absence de bruit respiratoire. Le pouls était fréquent, petit. Un large vésicatoire fut appliqué sur le côté, et l'on prescrivit une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 10 janvier, l'état des choses n'avait pas changé, bien que le malade, retenez bien, messieurs, cette particularité sur laquelle j'ai appelé votre attention et sur laquelle j'aurai à revenir, bien que le malade se trouvât mieux. La teinte cyanique était même plus prononcée, surtout aux lèvres. L'asphyxie semblait imminente. Ce fut alors que mon honorable ami M. Horteloup me pria de le voir. Je jugeai la paracentèse urgente,

elle fut pratiquée séance tenante par M. Dal Piaz, interne de service, et donna issue à 22 palettes, environ 2500 grammes (5 livres) de sérosité citrine un peu louche.

Le soulagement fut immédiat. Les phénomènes plessimétriques et stéthoscopiques furent modifiés; la matité diminua: on entendait du souffle et des râles muqueux. On prescrivit la tisane de digitale. Lorsque, huit jours après, je revis le malade, il était tellement changé, que je ne le reconnus pas d'abord. Il était dans le décubitus dorsal; il avait repris une bonne mine et de l'embonpoint.

Le 2 février suivant, il demandait sa sortie; l'état général était en effet très-satisfaisant, et s'il restait de la dureté du son du côté droit de la poitrine, le murmure vésiculaire s'y entendait néanmoins du haut en bas.

Madame L..., âgée de cinquante-quatre ans, fut prise, le 10 ou le 11 juillet 1861, d'un violent point de côté; sa respiration était anxieuse, haletante, gênée jusqu'à l'orthopnée.

Le 13 juillet, M. Bonfils constatait l'existence d'un épanchement notable de la plèvre gauche. L'intensité de la fièvre et des troubles généraux annonçait la gravité de la situation. Les vésicatoires, les purgatifs, les diurétiques, les teintures de scille et de digitale données à haute dose, n'enrayèrent en rien les progrès de l'épanchement, qui augmenta avec une rapidité foudroyante.

Le 18, cet épanchement remplissait la cavité pleurale, remontant jusqu'au niveau de la crête de l'omoplate, et déplaçant le cœur, dont la pointe battait à droite de la ligne médiane du sternum. La matité était absolue dans toute l'étendue de ce côté gauche de la poitrine, où l'oreille n'entendait aucun bruit respiratoire. La tendance à la lipothymie s'étant manifestée, la syncope étant menaçante, la ponction de la poitrine fut pratiquée en ma présence, et 1750 grammes de sérosité s'écoulèrent par la canule du trocart.

Immédiatement après l'évacuation du liquide, la respiration s'entendait dans tout le côté affecté, et la percussion donnait de la résonance là où auparavant il y avait une matité absolue. Le cœur avait repris sa place, et les accidents graves, si menaçants avant notre intervention, avaient disparu. Le lendemain, l'état général de la malade était satisfaisant, la respiration s'exécutait avec une entière liberté. Je dois ajouter cependant qu'il s'était produit un peu de liquide; mais des badigeonnages à la teinture d'iode en amenèrent promptement la résorption, et le neuvième jour après l'opération, la guérison était complète.

Voici maintenant l'observation à laquelle je faisais allusion tout à l'heure et qui n'est pas seulement intéressante parce que — comme dans un grand nombre d'autre cas — on a pu observer cliniquement que la convalescence a été le résultat immédiat de la paracentèse de la poitrine, mais

surtout parce que l'examen de la température avant et après l'opération est venu matériellement, et d'une façon pour ainsi dire mathématique, démontrer cette convalescence. En effet, le retour définitif de la température à l'état normal, coïncidant avec l'évacuation de l'épanchement, a prouvé tout à la fois et la guérison du malade et le bon effet de la ponction de la poitrine.

Le 11 juin 1864, entré à la salle Sainte-Agnès un jeune homme de vingt-trois ans, de constitution très-délicate, maigre, pâle, mais qui ne toussait pas cependant, et ne présentait aucun signe rationnel ou physique de tuberculisation. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il avait éprouvé un point de côté à droite, peu intense et accompagné d'une fièvre peu marquée; il ne s'était pas alité et avait pu venir à pied à l'hôpital. Nous constatons, en arrière et à droite, jusqu'à la hauteur de l'épine de l'omoplate, une matité absolue sans souffle ni égophonie, de la matité en avant; il n'y a qu'un espace peu étendu de la largeur d'une pièce de cinq francs où l'on perçoit la sonorité skodique en haut et près du sternum; l'état de ce malade reste stationnaire pendant douze jours; l'épanchement augmente plutôt qu'il ne diminue. Comme cet épanchement siège à droite, comme le malade, de faible constitution, est sujet tous les soirs à un mouvement fébrile, je crains la tuberculisation pulmonaire, et je me décide à faire pratiquer la paracentèse de la poitrine. L'opération est faite par M. Peter, alors mon chef de clinique, le matin du vingt-sixième jour de la maladie (la température marquant $38^{\circ},7$). On retire de la poitrine 750 grammes de sérosité qui, pressée le lendemain dans un linge, donne $3^{\text{e}},50$ de fibrine humide. Pendant les jours suivants on perçoit le murmure respiratoire dans toute la poitrine, mêlé de quelques râles sous-crépitants à droite et en arrière, bruit de cuir neuf en avant et en haut. Enfin le 8 juillet, le malade sort complètement guéri.

Or, voici ce que nous apprit l'examen thermométrique. Je vous ai dit qu'au moment où l'on allait faire la ponction, la température était de $38^{\circ},7$; la veille au soir elle avait été de $38^{\circ},6$, et depuis huit jours elle s'était tenue tous les soirs aux environs de ces chiffres, baissant tous les matins de 4 à 6 dixièmes de degré seulement. Eh bien! le soir même de l'opération, la température au lieu de s'élever, comme cela avait eu lieu jusque-là, tomba à 38 degrés; le lendemain matin, elle descendait encore et n'était plus qu'à *trente-sept degrés deux dixièmes*, c'est-à-dire qu'elle était revenue à la normale. Le soir elle baissait encore de quatre dixièmes et arrivait à $36^{\circ},8$; chiffre auquel elle restait le lendemain matin (quarante-huit heures après l'opération). A partir de ce moment jusqu'au jour où le malade quitta l'hôpital, la température resta celle de l'état physiologique et oscilla entre $37^{\circ},6$ et $36^{\circ},6$. Comme l'état de la température est le meilleur criterium de l'état de fièvre, et comme ici l'abaissement brusque et permanent de cette température a coïncidé

avec la thoracocentèse, on peut dire que le malade est entré en convalescence immédiatement après cette opération et que la guérison a été obtenue dès que le liquide a été évacué¹.

A ce propos, permettez-moi d'ajouter que, dans la pleurésie et en général dans les maladies inflammatoires des membranes séreuses l'*investigation thermométrique* ne donne pas une courbe aussi nettement caractéristique que dans certaines maladies à type régulier, comme les fièvres par exemple. Cependant, pour la pleurésie comme pour la péritonite, l'emploi du thermomètre a cela d'avantageux qu'il permet de différencier immédiatement ces maladies de certaines affections très-douloureuses qui les simulent. Ainsi, dès que, chez un malade qui souffre d'un point de côté intense ou de violentes douleurs dans le ventre, la température reste normale, on peut affirmer qu'il n'a qu'une pleurodynie et non pas une pleurésie dans le premier cas, qu'il n'a que des coliques et non pas une péritonite dans le second cas. Au contraire, on devra redouter, et l'on pourra même annoncer la pleurésie ou la péritonite si le thermomètre monte dès les premières heures du mal à 38° , $38^{\circ},5$ et au-dessus.

Je reviens maintenant à la paracentèse de la poitrine.

Cette nécessité de la paracentèse dans les cas où l'épanchement pleurétique excessif est susceptible d'amener la mort subite est aujourd'hui admise par tous les vrais praticiens; mais son utilité, sa nécessité est encore incontestable lorsqu'il s'agit de parer aux *accidents qui*, ainsi que je vous l'ai dit au commencement de cette conférence, *peuvent être la conséquence de la persistance d'un épanchement*. Elle est souvent alors le seul moyen d'empêcher la terminaison fatale, ou tout au moins de prolonger la vie du malade.

L'expérience démontre que, même dans la pleurésie la plus simple, la résolution complète de l'épanchement, quelque peu abondant qu'il soit, se fait très-longtemps attendre. Nous savons tous quelle différence présentent en cela la pneumonie et la pleurésie; qu'autant est rapide l'allure ordinaire de l'une, autant est lente celle de l'autre, sinon dans sa période aiguë, du moins dans sa période de décroissance. Tous les praticiens ont été frappés de ce fait, et il n'est pas rare de voir les malades, alors même qu'ils ont été le plus énergiquement, le plus rationnellement traités, garder un, deux mois et plus encore, après la cessation des accidents aigus, de l'obscurité du son, du souffle pleurétique, qui témoignent de la présence, non-seulement des fausses membranes, mais encore d'une certaine quantité de liquide épanché. Or, supposez, messieurs, qu'au lieu d'avoir affaire à un épanchement peu abondant, il existe un

1. Voy. A. Ducloux, *Quelques recherches sur l'état de la température dans les maladies* (1864); thèse où se trouvent cette observation et la courbe thermométrique qui s'y rapporte.