

épanchement considérable, vous comprendrez que la résolution sera nécessairement plus lente dans ce cas que dans l'autre. Supposez, par exemple, que la plèvre contienne deux à trois litres de sérosité, vous ne serez pas surpris si trois, quatre, cinq, six mois et davantage se passent avant que l'épanchement ait complètement disparu; cette lenteur plus grande de la résorption tient peut-être autant à la pression exercée par le liquide en excès sur la membrane séreuse chargée de le résorber qu'à la quantité même de ce liquide. Or, ce liquide épanché ne reste pas impunément dans la cavité qui le renferme, il détermine une réaction fébrile; aussi, plus l'épanchement persistera, plus l'individu restera fébricitant: les fonctions nutritives en seront troublées; car, ainsi que l'ont parfaitement démontré les belles expériences de M. Cl. Bernard¹, il suffit de donner la fièvre à un animal pour qu'aussitôt les fonctions digestives s'exécutent mal, pour que les sucs gastriques, perdant leurs qualités physiologiques, ne soient plus aptes aux opérations de la chimie vivante dont ils sont chargés dans le travail de la chymification. Cette fièvre continue, liée à la présence d'un épanchement dans la plèvre, épuise l'individu et le fera tomber dans un état analogue à la fièvre hectique.

Cette fièvre hectique arrive nécessairement lorsqu'il existe une *pleurésie suppurée*, un *empyème de pus*, comme on l'a appelée.

S'il y a des cas où des épanchements pleurétiques même très-abondants persistent longtemps sans que la sérosité se transforme en pus, il en est d'autres, et cela s'observe principalement chez les enfants, où cette transformation a lieu plus ou moins rapidement, la pleurésie restant simple en ce sens qu'elle n'est l'expression d'aucune diathèse.

Vous savez, en effet, messieurs, qu'au début d'une phlegmasie qui occupe une membrane séreuse, le microscope découvre à peine quelques éléments du pus, mais que si la maladie dure plus longtemps, le microscope fait voir des granules purulents devenant de plus en plus nombreux à mesure que l'inflammation augmente. Ainsi la membrane séreuse pleurale, lorsqu'elle a été longtemps enflammée, finit par sécréter du pus, comme le font d'ailleurs les membranes cutanée ou muqueuse. Si, au début d'un catarrhe bronchique, il n'y a pas de pus dans les crachats, après un peu de temps la matière de l'expectoration devient mucosopuriforme.

Il importe donc de ne pas laisser trop longtemps persister une phlegmasie de la plèvre, sous peine de voir les épanchements primitivement séreux devenir purulents; ce motif doit nous déterminer à faire la ponction dans les cas où les épanchements sont considérables, puisque, ainsi que je viens de le dire, la résolution se fera longtemps attendre.

Indépendamment de ces pleurésies aiguës devenant purulentes par le

1. Claude Bernard, *Liquides de l'organisme*, t. II, p. 372.

fait de la persistance de la fluxion inflammatoire, il en est d'autres qui, de leur nature, sont d'emblée suppuratives. Ces *pleurésies suppuratives* doivent nous arrêter un instant.

En vertu d'une disposition spéciale de l'économie, disposition souvent imposée par l'état puerpéral, imposée aussi par les fièvres éruptives, par la variole, mais principalement par la scarlatine, les phlegmasies des membranes séreuses, de celles qui tapissent les grandes cavités splanchniques, comme des membranes synoviales, ont une tendance extraordinaire à passer à suppuration.

Ainsi, chez des femmes récemment accouchées, une affection articulaire qui, dans toute autre condition de l'organisme, n'aurait été qu'une arthrite franchement inflammatoire, devient immédiatement une arthrite suppurée; une pleurésie qui, dans les circonstances ordinaires, n'eût été qu'une pleurésie simple, devient une pleurésie suppurative. Ceux d'entre vous qui ont lu la thèse de M. A. Charrier¹, savent combien ces pleurésies suppurées furent communes en 1854.

Nous recevions, il y a peu de temps, dans nos salles, une femme qui sortait de cet hôpital de la Maternité, où elle était accouchée onze jours auparavant.

Le jour même de sa rentrée au logis, elle prend des douleurs de côté avec frisson de fièvre intense. Elle arrive à l'Hôtel-Dieu le cinquième jour, et nous constatons la présence d'une pleurésie occupant le côté gauche de la poitrine. La ponction devient bientôt urgente; elle est pratiquée le neuvième jour du début des accidents, et déjà nous retirons un liquide louche ressemblant à du bouillon épais et trouble. Très-certainement si l'on eût examiné ce liquide au microscope, on y eût trouvé les éléments du pus. Quelques jours se passent, l'épanchement se reproduit; deux semaines environ après, le point où la ponction a été faite se rouvre, en donnant issue à une grande quantité de pus fétide.

Cette femme succombe; à l'autopsie, nous trouvons, en ouvrant le thorax, la cavité pleurale communiquant avec la plaie du trocart, remplie de gaz et de pus fétide; à la partie antérieure du poumon, nous trouvons une pleurésie circonscrite entre les deux lobes, formant une sorte de kyste contenant à peu près 200 grammes de pus.

Évidemment on ne pouvait mettre ici en cause la ponction du thorax comme ayant appelé la suppuration, puisque cette suppuration s'était faite aussi bien dans la pleurésie enkystée entre les deux lobes du poumon que dans celle qui occupait la grande cavité pleurale que la paracentèse avait d'abord vidée.

La pleurésie purulente s'était produite sous l'influence d'une dia-

1. Charrier, *Sur l'épidémie de fièvre puerpérale observée en 1854 à la Maternité de Paris*.

thèse spéciale, et cette tendance à la suppuration chez les femmes en état puerpéral est d'ailleurs un fait parfaitement connu de tous les médecins.

Il en est de même, je vous le rappelais tout à l'heure, dans les maladies éruptives. Vous savez, et je vous l'ai répété en vous parlant de la variole, avec quelle facilité, dans cette pyrexie, les plus légères inflammations aboutissent à la suppuration; il est bien fréquent, à la suite des varioles confluentes, de voir des abcès multiples se former dans tous les points du corps, se multiplier, se reformer pendant six semaines, pendant deux, trois mois, davantage encore, et il est malheureusement trop fréquent aussi que des individus qui ont échappé aux coups terribles de la maladie succombent à ses suites, épuisés par la colliquation qu'entraînent ces suppurations intarissables.

Mais c'est surtout consécutivement à la scarlatine que se manifeste la tendance aux suppurations des membranes séreuses et synoviales, suppurations qui, bien qu'elles ne soient pas fatalement obligées, ne s'en produisent pas moins très-fréquemment. Ainsi l'arthrite scarlatineuse, habituellement d'une bénignité notable, d'une durée beaucoup plus courte que le rhumatisme articulaire ordinaire, prend, en quelques cas, une véhémence considérable entraînant la mort des individus, et lorsqu'à l'autopsie on ouvre les articulations malades, elles sont remplies de pus. Dans ces cas aussi, on trouve des péricardites suppurées. Cette tendance aux suppurations se traduit enfin par des épanchements purulents dans les plèvres.

J'ai appelé votre attention sur ce point important dans nos conférences sur la scarlatine. Aux observations que je vous ai alors rapportées, je joindrai la suivante.

Le 9 septembre 1849, on apporta dans le service que je dirigeais à l'hôpital des Enfants un jeune garçon de six ans qui, depuis la fin du mois d'août, était dans un état très-alarlant. Le 20 de ce même mois il avait été pris d'une scarlatine qui paraissait avoir été très-sérieuse. Nous fûmes tout d'abord frappés de l'anasarque générale que présentait le malade; nous constatons en outre un épanchement considérable dans le côté gauche de la poitrine. Un large vésicatoire fut immédiatement appliqué, et je prescrivis une infusion de digitale en tisane. Huit jours après, la situation était considérablement empirée; le pauvre enfant, assis sur son lit, soutenu par des oreillers, avait une respiration haletante, répondait à peine par monosyllabes aux questions qu'on lui adressait. La face était livide, cyanosée et les extrémités refroidies. Les battements du cœur étaient rapides et petits; les pulsations artérielles ne se sentaient plus aux artères radiales; tout semblait indiquer une mort prochaine.

La matité était absolue dans tout le côté gauche de la poitrine, dont la dilatation était évidente; mais la voussure du thorax et l'effacement des

espaces intercostaux étaient masqués par l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire sous-cutané. En avant, là seulement où nous pouvions ausculter, on n'entendait aucun bruit respiratoire. Le cœur était complètement dévié de sa position normale, sa pointe battait au bord droit du sternum; la langue, blanche sur les bords, était un peu sèche et râpeuse sur son milieu; il y avait des garde-robes diarrhéiques.

La ponction du thorax était urgente; je la fis tout de suite, et je retirai un litre de pus. L'enfant, immédiatement soulagé, put s'endormir couché sur le dos. Dans le courant de la journée, il était notablement mieux. Aussitôt après l'opération, le cœur était revenu se placer à gauche, et nous entendimes du souffle au sommet de la poitrine.

Dans les deux jours qui suivirent, l'amélioration était considérable. La bouffissure générale avait diminué, surtout au visage, dont la lividité avait fait place à une coloration rose très-marquée. Cependant la plèvre contenait encore une assez forte proportion de liquide, et le cœur, bien que tendant à reprendre sa position normale, battait encore au niveau de la ligne médiane.

L'œdème général diminua sensiblement les jours suivants, mais les phénomènes thoraciques changèrent peu. Bien que l'appétit revînt, la faiblesse générale allait en augmentant; depuis notre visite du 10 septembre jusqu'à celle du 20, il y avait eu quatre selles diarrhéiques chaque vingt-quatre heures, cette diarrhée persista jusqu'à la mort, qui arriva le 24.

À l'autopsie, nous trouvâmes la cavité pleurale remplie d'un liquide purulent et les feuilletts pariétal et viscéral de la plèvre tapissée de fausses membranes. Le poumon était ratatiné sur lui-même, et les ganglions bronchiques contenaient des tubercules.

Quelle que soit la cause sous l'influence de laquelle elle s'est produite, qu'elle ait été d'emblée suppurative, qu'elle ne soit devenue purulente qu'après avoir été primitivement simple, la pleurésie suppurée est essentiellement grave, et tue le plus souvent ceux qui en sont affectés, car il faut regarder comme exceptionnels les cas dans lesquels la guérison s'opère par les seuls efforts de la nature. Il arrive en effet quelquefois que le pus épanché dans la poitrine se fasse jour par une perforation à travers les bronches. Nous en avons un exemple chez un malade couché au n° 11 de notre salle Sainte-Agnès, que vous avez vu rendant chaque jour par la bouche des quantités énormes de pus; il lui suffisait, pour en faciliter l'issue, de se pencher hors de son lit, la tête en bas, comme il l'a fait maintes fois devant vous. Cet homme avait un hydro pneumothorax considérable, et se portait d'ailleurs bien; il quitta l'hôpital sur sa demande.

Rappelez-vous encore le fait de cet individu que je voyais en consultation avec M. Bordes, fait dont je vous ai parlé en établissant le dia-

gnostic différentiel entre les vomiques péripneumoniques et les vomiques pleurales.

Je m'empresse d'ajouter que ces cas heureux sont, dans leur genre, très-exceptionnels, et que le plus souvent l'hydropneumothorax, surtout chez l'adulte, est mortel dans un espace de temps plus ou moins rapproché.

Même dans ces empyèmes de pus, la paracentèse du thorax, et c'est là que je veux en venir, la paracentèse du thorax est appelée à rendre de grands services. Si elle est loin d'offrir, il est vrai, les avantages incontestables qu'elle présente contre les épanchements excessifs liés à une pleurésie simple, du moins retarde-t-elle la terminaison fatale, et, dans un certain nombre de circonstances, elle a procuré la guérison lorsqu'on lui a associé la médication particulière dont j'aurai à vous entretenir. Bien entendu, je fais abstraction des cas dans lesquels il s'agissait de pleurésies purulentes symptomatiques d'une carie osseuse, de pleurésies suppurées tuberculeuses; cependant, ici encore, — je reviendrai plus loin sur ce sujet, — la ponction de la poitrine est de quelque utilité : pour le moment, il n'est question que des pleurésies survenues dans les conditions les moins défavorables, conditions que j'ai tout à l'heure indiquées.

Dans un intéressant travail¹, Aran avait fait connaître les heureux résultats que lui avait donnés ce mode de traitement. Des faits analogues ont été consignés dans différentes monographies; vous en trouverez notamment plusieurs dans la thèse inaugurale de M. Lacaze du Thiers, et assez bon nombre rassemblés par M. Boinet².

Le suivant, tiré de ma pratique particulière, mérite de vous être rapporté.

La veuve d'un de nos estimables confrères de Paris, M. Pauly, prend à la suite des fatigues qu'elle avait éprouvées en soignant son mari, qui succomba à la phthisie, une pleurésie avec épanchement excessif du côté droit. Chomel, appelé auprès de la malade, conseille un traitement énergique; cependant le mal faisant des progrès, Chomel me prie de me joindre à lui et de pratiquer la paracentèse, si je le juge nécessaire. L'oppression était considérable, la masse du liquide épanché remplissait tout un des côtés de la poitrine : je fais l'opération, et je retire une grande quantité de sérosité un peu trouble. Deux ou trois jours après, l'épanchement s'est reproduit presque aussi abondant qu'auparavant; j'attends néanmoins quinze jours, mais ces quinze jours sont à peine écoulés que

1. Aran, *De l'utilité de l'association des injections iodées à la thoracocentèse, dans le traitement des épanchements purulents consécutifs à la pleurésie aiguë et chronique, etc.*

2. Boinet, *Du traitement des épanchements pleurétiques purulents par les injections en général et les injections iodées en particulier.* (Archiv. génér. de médecine, 1853, t. 1, p. 277.)

l'opération est de nouveau urgente. Cette fois le liquide est tout à fait louche, opalin, et contient évidemment du pus. Je me contente de lui donner issue; il se reforme pour la troisième fois, et pour la troisième fois aussi la paracentèse devient nécessaire. Nous la pratiquons M. Boinet et moi, mais alors nous y associons des injections iodées dans la cavité pleurale; sous l'influence de ce traitement continué pendant quelque temps par M. Boinet, la guérison est obtenue. Lorsque, plusieurs mois après, je revis la malade, elle avait repris de l'embonpoint, et disait avoir récupéré sa santé habituelle.

Mais c'est principalement chez les enfants que l'on peut compter sur le succès.

Dans une des séances de la Société de médecine des hôpitaux, Legroux et moi présentâmes chacun à nos collègues un enfant de six ans guéri d'une pleurésie suppurée, qui avait été traitée pendant très-longtemps au moyen des injections iodées. Je vais vous reproduire textuellement l'observation de mon petit malade.

Le 13 janvier 1853, Edme Bélize, âgé de six ans, fut pris d'une pleurésie, et traité par M. Fleury; les accidents marchèrent malgré le traitement le plus énergique, et vers la fin du mois Chomel fut appelé en consultation. Ces deux messieurs constatèrent l'existence d'un épanchement thoracique qui occupait toute la cavité pleurale du côté droit. Il y avait beaucoup de fièvre et d'oppression. Les diurétiques, les contro-stimulants, les révulsifs cutanés furent employés avec un surcroît d'énergie; mais de jour en jour l'épanchement sembla faire des progrès, et vers la fin du mois il survint une anasarque générale, une orthopnée extrême; c'est alors que je fus mandé en consultation.

La paracentèse de la poitrine offrait seule une chance favorable; nous la pratiquâmes immédiatement, et nous retirâmes à peu près deux litres de pus crémeux et inodore. Il y eut un grand soulagement; cependant, quinze jours plus tard, l'épanchement occupait de nouveau toute la cavité de la plèvre, et, au milieu de juin, le cœur, le foie étaient déplacés; les accidents les plus graves s'étaient manifestés; l'opération, jugée de nouveau nécessaire, fut pratiquée avec le même avantage immédiat. Cette fois le pus avait une odeur d'œufs gâtés.

Au commencement de juillet, l'épanchement s'était reproduit, mais il y avait une résonnance tympanique à droite, jusque sous la clavicule; la succession donnait lieu au gargouillement hippocratique; il y avait évidemment un hydropneumothorax. Nous résolûmes d'attendre; mais, le 15 août, les accidents avaient pris une telle intensité, que nous nous décidâmes à faire une troisième ponction, et à laisser une canule à demeure, afin de pouvoir faire des injections iodées.

Nous retirâmes encore deux litres à peu près d'un pus horriblement fétide, mêlé de bulles de gaz. On introduisit dans la plaie une petite ca-

nule légèrement conique, de 3 centimètres de longueur, ayant à son extrémité externe une plaque comme un bouton; elle était fermée par un bouchon métallique qui s'enfonçait comme un clou dans son orifice.

Chaque matin on retirait le bouchon, on laissait écouler le pus, puis on faisait une injection contenant à peu près 30 grammes de teinture d'iode, 40 grammes d'eau et 20 à 30 centigrammes d'iodure de potassium.

Pendant six mois, la quantité de pus varia d'un jour à l'autre de 100 à 300 grammes. En général, il n'avait pas de fétidité. De temps en temps il se tarissait complètement; il survenait de la fièvre, et l'air qui sortait par l'ouverture de la canule était d'une puanteur horrible.

Au bout de six mois, c'est-à-dire vers le mois de février 1854, on s'aperçut que l'injection faite dans la cavité pleurale pénétrait dans les bronches et jusque dans la bouche de l'enfant; on remplaça alors la solution iodée par de l'eau chlorurée, plus tard par du vin aromatique.

Cependant chaque mois on voyait la quantité du liquide diminuer; la poitrine se rétrécissait, la colonne vertébrale s'inclinait à droite. Les forces et l'appétit se rétablissaient; on donnait une alimentation succulente, du vin de quinquina, de temps en temps de l'huile de poisson.

Enfin, dans le courant du mois de juillet 1864, onze mois à peu près depuis que la canule avait été placée à demeure, et dix-huit mois depuis le début de la maladie, on s'aperçut qu'il ne s'écoulait presque plus de liquide. Au commencement de septembre, la sécrétion cessa tout à fait; l'introduction d'un stylet prouva que la cavité fistuleuse avait disparu, et l'on retira la canule.

La santé de l'enfant, au moment où je rapportais ce fait à mes collègues des hôpitaux, était parfaite. La respiration s'entendait dans tout le côté droit; l'affaiblissement de la poitrine, l'inclinaison de la colonne vertébrale, si considérable six mois auparavant, diminuaient de jour en jour.

Dans ce cas remarquable, un épanchement purulent avait donc nécessité trois ponctions: une perforation pulmonaire s'est produite, et nous avons dû pratiquer plus de deux cents injections iodées, presque autant d'injections chlorurées ou aromatiques; pourtant la guérison avait été complète.

J'appelle votre attention, comme j'appelai celle de la Société des hôpitaux, sur l'abondance extraordinaire de la sécrétion purulente, que l'on peut évaluer en moyenne à près de 200 grammes par jour, pendant près de deux cents jours, c'est-à-dire l'énorme poids de 40 000 grammes ou 40 kilogrammes (80 livres). Vous comprendrez qu'une alimentation soutenue et toujours copieuse ait été nécessaire pour lutter contre cette prodigieuse spoliation. Je pourrais vous rapporter deux faits exactement semblables observés chez deux enfants, l'un, de la clientèle de M. Mousset, qui eut un empyème à la suite d'une fièvre typhoïde; l'autre, dans la

clientèle de M. Vigny, chez lequel la pleurésie suppurée avait succédé à un catarrhe chronique: chez ces deux enfants nous obtinmes une guérison plus rapide que chez le premier, et la médication chirurgicale fut la même.

Je me contenterai de vous citer encore une observation dont a été le sujet un jeune garçon auprès duquel j'étais mandé par M. Bonfils.

C'était un jeune Américain, âgé de neuf ans, qui, vers la fin du mois de mai 1862, avait été atteint d'une pleurésie à gauche, nettement accusée, très-franche d'abord dans ses allures et d'une intensité ordinaire. Elle fut jugée bénigne et traitée en conséquence, quand, après un certain temps, on reconnut que l'épanchement, loin de diminuer, augmentait, si bien que la respiration devenait de plus en plus gênée, que le liquide remplissait la presque totalité de la cavité pleurale et que le cœur était déplacé. Le 17 juin, M. Bonfils, jugeant qu'il fallait recourir à la ponction du thorax, me manda en consultation. L'épanchement occupait les deux tiers du côté gauche de la poitrine, refoulait fortement le cœur à droite; la gêne de la respiration était extrême: l'hésitation n'était pas possible, l'opération était urgente; elle fut immédiatement pratiquée par mon confrère, et la canule du trocart donna issue à un flot de pus bien lié dont nous retirâmes environ 600 grammes.

Je ne fus pas surpris de ce résultat que j'avais prévu. J'étais fondé à croire à une pleurésie purulente, en raison de la persistance de l'épanchement et en raison aussi de ce que cette pleurésie semblait s'être développée consécutivement à une rougeole, que l'enfant avait eue quelque temps auparavant, et dont il ne s'était jamais complètement relevé.

Aussitôt après la ponction, la respiration se fit mieux, on entendait le murmure vésiculaire là où il n'y en avait pas un instant auparavant, et la résonnance thoracique se produisait; le cœur regagnait sa place habituelle.

Pendant les dix ou quinze jours qui suivirent, l'épanchement se maintenant modéré, la respiration paraissait plus libre; l'état général ne s'aggravant pas, on put espérer que la maladie céderait d'elle-même. Mais, bientôt, de fâcheux symptômes se manifestèrent de nouveau. Du 17 juin au 16 août, les accidents se reproduisirent avec une effroyable gravité; cependant comme par intervalles on constatait une certaine amélioration dans l'ensemble des symptômes, on resta spectateur de la lutte, attendant une indication positive d'intervenir dès que la situation le commanderait.

Vers le milieu du mois de juillet, la maladie sembla, pendant une douzaine de jours, entrer dans une meilleure voie, quand, au commencement du mois d'août, elle s'aggrava à ce point que le danger devint menaçant.

L'examen de la poitrine donnait, à l'auscultation, en arrière et latéra-

lement, un bruit de souffle tubaire et amphorique qui avait son maximum d'intensité dans la partie supérieure de la gouttière vertébrale : à la percussion, un peu de sonorité dans quelques points disséminés, ce qui faisait présumer que l'épanchement était assez peu considérable et que l'on avait affaire à l'une de ces pleurésies aréolaires dans lesquelles on trouve des fausses membranes infiltrées de pus, bien plus que du liquide collectionné. On était d'autant plus porté à penser ainsi, que, de ce côté, la poitrine était déformée et aplatie en arrière, tandis qu'en avant et latéralement elle présentait une légère voussure formée par la saillie des côtes qui étaient écartées les unes des autres d'une façon anormale. A ce niveau, la matité était absolue et l'on n'entendait aucun bruit respiratoire. Le cœur était refoulé en haut.

Quoique le malade fût dans une situation alarmante, on hésitait à intervenir chirurgicalement, car le diagnostic de la lésion locale offrait de grandes incertitudes; on se demandait si le trocart, dans le cas où l'on se risquerait à pratiquer une nouvelle ponction, ne tomberait pas au milieu d'une masse de fausses membranes qui ne laisseraient point écouler de liquide. Cependant la déformation, la voussure qui se prononçait chaque jour de plus en plus en avant, la matité absolue, l'absence de toute espèce de bruit, rendaient évidente l'existence d'un épanchement circonscrit, et comme cet épanchement allait en augmentant, que l'oppression était excessive, le 19 août, deux mois après la première ponction, M. Bonfils se vit dans la nécessité d'en pratiquer une seconde.

Il retira 300 grammes de pus épais, phlegmoneux, comme celui qui avait été évacué le 17 juin, et cette fois encore l'opération procura un soulagement immédiat, bien que les signes fournis par la percussion et par l'auscultation ne fussent en rien modifiés.

A quelques jours de là, à la fin d'août, il se forma, à plusieurs centimètres au-dessus de la plaie du trocart, plaie qui était d'ailleurs déjà cicatrisée, il se forma, dis-je, une petite tumeur fluctuante, occupant un espace intercostal dont la peau à ce niveau présentait une teinte violacée. Sans attendre davantage, le 1^{er} septembre, cet abcès fut ouvert avec le bistouri, et il s'établit une fistule pleurale qui, pendant deux mois et demi environ, laissa suinter du pus, très-lié d'abord, qui devint à la fin séreux, sans jamais présenter de mauvais caractères, et dont la quantité diminua progressivement.

A dater de ce moment, la santé générale reprit le dessus, l'affection locale tendit régulièrement à la guérison. L'épanchement devenait de moins en moins abondant, et en même temps la poitrine subissait la déformation qui se produit graduellement en pareil cas.

Au mois d'octobre, le malade sortait, et M. Bonfils le rencontra jouant aux Tuileries. Trois mois après, la déformation du thorax avait disparu, et il y a quelques jours on m'amenait dans mon cabinet ce jeune en-

fant, qui était aussi radicalement guéri que possible et se portait à merveille.

S'il est une espèce de *pleurésie purulente* qui semble devoir déjouer tous les efforts de la médecine, c'est assurément celle qui survient chez les femmes en *état puerpéral*. La mort, dans ces cas, est en effet le plus souvent, pour ne pas dire toujours, inévitable; cependant dans ces cas même la paracentèse de la poitrine est applicable, et offre aux malades une chance de salut, ainsi que ce fait en témoigne.

Au commencement de 1858, M. Rousset me mandait en consultation auprès d'une jeune dame accouchée pour la première fois neuf jours auparavant. Le cinquième jour qui avait suivi l'accouchement, elle fut prise de fièvre et d'un peu de douleur du côté gauche : c'était le début d'une pleurésie. M. Rayet fut appelé; la médication la plus active et la plus rationnelle fut mise en usage. L'épanchement marcha avec une épouvantable rapidité; le cinquième jour de la maladie, les accidents prirent une telle intensité, que toute intervention médicale paraissait inutile. M. Rousset et M. Bouley, mon collègue à l'Académie de médecine et parent de la jeune malade, pensèrent que peut-être la ponction de la poitrine aurait quelques chances de prolonger la vie. Quand nous nous réunîmes, le pouls était tellement fréquent, si misérable, que la mort était imminente; nous ne pouvions nous dissimuler qu'il y avait un épanchement purulent. Nous savions ce que l'état puerpéral donnait de gravité à l'affection locale; mais la vie s'en allait, et l'opération ne pouvait, en définitive, apporter aucune mauvaise chance de plus.

Je fis la paracentèse, et je retirai à peu près 1500 grammes d'un liquide louche, déjà demi-purulent. Il y eut un soulagement immédiat; le pouls reprit de l'ampleur et perdit de sa fréquence. La malade sembla revenir à la vie, et témoigna sa gratitude avec un élan qui me parut d'un bien bon augure. Cependant la fièvre restait fort vive; il y avait un peu d'oppression. Quatre jours plus tard l'épanchement s'était reproduit, et de nouveau l'orthopnée était fort grande, bien que la vie ne parût pas être immédiatement menacée. De nouveau je fis la ponction dans l'espace intercostal immédiatement inférieur; cette fois, je retirai 1200 grammes de pus. Je refermai la plaie, comme je l'avais fait la première fois, bien préparé à inciser un espace intercostal et à faire des injections iodées, si le pus se renouvelait avec la même rapidité, et surtout s'il prenait de la fétidité.

Les choses allaient bien, la fièvre tombait, l'appétit revenait avec l'espoir et la gaieté; pendant la quinzaine qui suivit, nous constatâmes que le pus se renouvelait lentement. Il se fit alors au niveau des deux points où les ponctions avaient été faites un petit travail inflammatoire, puis il y eut un peu de fluctuation; à quelques jours de là les deux plaies se rouvrirent et donnèrent issue à un grand verre de pus parfaitement ino-

dore. Chaque jour, pendant un mois, il sortit une assez grande quantité de ce liquide. Alors une des plaies se ferma, et durant quatre grands mois, tous les deux ou trois jours, on trouvait dans le bandage de corps de la malade au moins deux ou trois cuillerées d'un pus lié et inodore.

Enfin la plaie se ferma pour ne plus se rouvrir. Quelques jours plus tard, il y eut de l'oppression, le malaise augmenta, puis, un beau jour, la malade rendit par la bouche près d'un verre de pus. L'épanchement pleural, en perforant le poumon, s'était fait jour jusqu'aux bronches.

Je n'étais pas sans inquiétude; mais je fus bientôt rassuré en voyant que la quantité de pus expectoré diminuait rapidement et qu'il ne prenait pas de fétidité.

Cette vomique n'était guérie que dans le courant de l'hiver, près d'un an après la première opération. L'année suivante, la jeune malade alla à Caunterets; elle passa ensuite l'hiver à Menton; elle va maintenant retourner à Nice. Elle est aussi bien portante qu'elle l'était avant son mariage, quoiqu'elle s'enrhume facilement, qu'elle prenne aisément de la fièvre, et qu'elle ait quelquefois un œdème des extrémités inférieures qui cède après quelques jours d'une diarrhée violente. La poitrine, qui s'était déformée, est aujourd'hui ce qu'elle était jadis. Il y a des râles muqueux habituels; mais rien ne fait supposer qu'il y ait des tubercules.

Je n'ai pas besoin de revenir ici sur l'observation que je vous ai citée dans nos conférences sur la scarlatine; il s'agissait d'un enfant que nous guérimes, M. Blache et moi, par la paracentèse, d'une pleurésie suppurée survenue dans le cours de la fièvre exanthématique; mais comme nouvel exemple de l'utilité de la ponction de la poitrine dans ces *empyèmes purulents et scarlatineux*, voici un de ceux que le docteur P. Brotherton a publiés¹:

« En octobre 1852, un garçon de quatre ans et demi fut atteint, à la suite de la scarlatine, d'accidents thoraciques graves. Le côté droit était le siège de l'affection, et présentait de la matité et de l'absence du bruit respiratoire. Il y avait une toux très-pénible, de l'œdème aux extrémités; le sommeil était mauvais. Les sangsues et les diurétiques n'avaient donné aucun soulagement. La paracentèse fut pratiquée le 2 novembre; la ponction fut faite avec un petit trocart, entre la septième et la huitième côte, à égale distance du sternum et de l'épine. Il s'écoula un pus épais, jaune, de bonne nature, dont la quantité ne put être appréciée. On appliqua sur la canule un gros morceau d'éponge creusé à son centre et trempé dans l'eau chaude; huit heures après, non-seulement l'éponge était remplie de pus, mais les vêtements de l'enfant en étaient traversés. L'amélioration fut rapide, et la plaie se referma. Le 15 novembre, de la fluctuation s'étant manifestée au siège de la ponction, une nouvelle ou-

1. *Monthly Journal of medical science*, juillet 1853.

verture fut pratiquée, et livra passage à dix onces de pus de bonne nature: la plaie resta ouverte environ un mois, et fournit un écoulement pendant tout ce temps. L'enfant se rétablit complètement et reprit sa bonne santé. »

Je n'irai pas plus loin, messieurs, sans arrêter votre attention sur ce fait, savoir, que parmi les cas nombreux de guérison que je viens de vous rappeler, il y en a un assez grand nombre où la pleurésie existait du côté droit.

En 1860, Aran publiait un travail dans lequel il établissait que presque constamment, lorsque l'épanchement avait lieu du côté droit, la ponction n'avait qu'un effet temporaire, que le liquide se reproduisait; ou bien, si tout avait d'abord bien réussi, après un temps assez court, on voyait survenir des tubercules. Or, il est au moins bien remarquable qu'Hippocrate avait déjà dit¹, sans se préoccuper d'ailleurs d'une explication qui n'était ni de son temps ni de son génie, que l'opération de l'empyème offrait plus de chance de succès lorsqu'elle était pratiquée du côté gauche. Quoi qu'il en soit, j'avoue que mon attention n'avait pas été fixée sur ce point avant qu'Aran en eût parlé; et aujourd'hui que j'y apporte plus d'attention, je suis forcé de confesser que, sans que rien puisse en rendre raison, les épanchements du côté droit ont lieu plutôt chez les tuberculeux; mais si Aran a été assez malheureux dans les ponctions qu'il a pratiquées lorsque l'épanchement ne siégeait pas à gauche, vous avez pu voir que, par un hasard que je ne puis trop comprendre, j'ai vu guérir un assez bon nombre de malades atteints de pleurésies à droite, pleurésies fort graves, qui avaient causé un épanchement énorme, et même un épanchement purulent.

Nous ne nous sommes occupés jusqu'ici, messieurs, que de faits de pleurésies suppurées, mais vos maîtres en chirurgie vous ont appris que l'empyème de pus peut être la conséquence d'une lésion traumatique de la poitrine, et ils vous ont dit que dans ces cas la paracentèse trouvait son indication.

Un malade que nous avons eu couché au n° 4 de la salle Sainte-Agnès nous en a offert un exemple remarquable.

C'était un charretier de robuste constitution, qui entra le 12 novembre 1856 dans notre service de clinique; son affection datait de six semaines. Il s'était trouvé pris et violemment serré entre deux charrettes, et tellement contusionné, qu'on avait été obligé de le transporter dans son domicile. Un médecin appelé ordonna le jour même une application de sangsues sur la partie blessée, et le lendemain il fit une large saignée du bras. Ces émissions sanguines ne calmèrent pas la douleur vive que le malade éprouvait, et qui persistait encore quinze jours

1. *De morbis*, lib. II, § 45.