

préviennent ces accidents, puisque, en évacuant rapidement la sérosité, elle permet au poumon de reprendre immédiatement sa place, avant que des adhérences aient eu le temps de se former.

§ 3. — Les indications de l'opportunité de la paracentèse se tirent de la quantité de l'épanchement. — Les phénomènes généraux, l'oppression, sont des phénomènes trompeurs. — Ce sont les signes fournis par l'auscultation et par la percussion qui peuvent seuls servir de guide. — Opération (procédé opératoire). — De quelques phénomènes qui surviennent pendant l'écoulement du liquide. — Quintes de toux. — Écoulement de sang par la plaie. — La sérosité, en se refroidissant, se prend en gelée quelquefois rosée. — Pleurésies aréolaires. — Objections contre la paracentèse. — Paracentèse dans les empyèmes de pus. — Injections iodées et canules à demeure. — Ponction de la poitrine par l'aspirateur de Dieulafoy. — Lavage de la plèvre par le siphon de Potain.

Messieurs, je vous ai donné les raisons qui rendent la paracentèse de la poitrine une opération nécessaire; je vous ai dit les accidents qu'elle est appelée à prévenir, les circonstances dans lesquelles elle est applicable; je dois maintenant établir les indications de son opportunité.

Lorsque les accidents dont je vous ai parlé, lorsque des syncopes ou des lipothymies se répètent, lorsque des accès de suffocation se manifestent, l'intervention chirurgicale est urgente, car la paracentèse peut seule empêcher la mort. Je vous ai rappelé, à l'appui de cette proposition, un certain nombre de faits. En voici un autre :

Un médecin, M. D..., âgé de trente-cinq ans, n'ayant jamais eu d'affection de poitrine, commença, en août 1848, à ressentir de la gêne dans la respiration, de l'accélération dans les battements du cœur, de la faiblesse générale; la nuit surtout les battements du cœur étaient encore plus précipités, et le décubitus même dorsal était pénible; cela dura ainsi pendant un mois. M. Andral constata l'existence d'un épanchement thoracique qu'il rattacha à une pleurésie chronique passée inaperçue, et conseilla un large vésicatoire.

Le 13 octobre, M. D..., après s'être exposé à un froid très-vif, prit une nouvelle pleurésie très-aiguë, qui se développa à gauche. Trois saignées copieuses furent pratiquées dans les jours qui suivirent, et, en date du 25, M. Andral conseilla de nouveau un large vésicatoire. Quand je fus appelé, les symptômes avaient pris une gravité inquiétante. Le malade avait des syncopes, ses traits étaient décomposés, sa faiblesse était extrême; la peau avait une teinte pâle et cyanosée; le visage exprimait l'anxiété; la dyspnée était considérable, nous comptions trente inspirations; le pouls, irrégulier, battait 115. Nous trouvions une matité complète de tout le côté gauche; le médiastin et le cœur étaient refoulés à droite. En présence de ces accidents, attendre n'était plus possible, et la paracentèse fut immédiatement pratiquée; elle donna issue à quatre litres d'une sérosité limpide et jaune.

Je reviendrai plus tard sur quelques particularités intéressantes de cette observation. Pour le moment, j'ajouterai que la convalescence fut assez longue; que, le 2 décembre, le malade, qui commençait à se lever, voulut aussitôt reprendre sa clientèle; mais qu'il se vit forcé de suspendre ses visites, en raison des accès de suffocation qu'il éprouvait. Il se rendit dans le voisinage de Dieppe, et là l'exercice à cheval lui redonna la force et la santé. A partir du 1^{er} juin, M. D... se considéra comme guéri; mais sa poitrine était rétrécie à gauche, et présentait toujours de la matité et de l'obscurité du bruit respiratoire. Ces phénomènes étaient alors peut-être plus marqués qu'ils ne l'étaient une heure après l'opération, huit mois auparavant. Cependant quelques mois plus tard il ne sentait plus aucune trace de la maladie, la déformation de la poitrine avait elle-même disparu. Aujourd'hui M. D... jouit de la meilleure santé.

Ainsi, messieurs, dans des circonstances analogues à celle-ci, il n'y a pas d'hésitation possible, et personne ne contestera l'absolue nécessité d'évacuer le liquide épanché, cause de tous les accidents.

Mais, en dehors de ces cas, toutes les fois que les signes fournis par la percussion et par l'auscultation feront reconnaître un épanchement pleurétique très-abondant, qui pourra être évalué à environ 2 litres de liquide, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature; toutes les fois que cet épanchement, survenu sans phénomènes locaux très-prononcés, sans symptômes réactionnels considérables, tendra à s'accroître rapidement; lorsque après un certain temps, neuf ou dix jours par exemple, — que la maladie ait été plus ou moins énergiquement combattue par les moyens ordinaires de la thérapeutique, — la quantité de liquide épanché aura notablement augmenté, l'indication me paraît encore précise : il faut faire la ponction de la poitrine.

Lorsque la cavité pleurale n'est pas tout à fait pleine, bien que l'opération soit exempte d'inconvénients et qu'elle présente encore des avantages, on peut attendre, on peut retarder d'un jour, de deux jours, de quatre même, en ayant soin toutefois de surveiller de près le malade. Dans ces cas, il est arrivé, ainsi que je l'ai vu, que des épanchements assez considérables pour que l'on se croie dans la nécessité d'agir plus tard chirurgicalement, se résorbassent spontanément.

Mais quand l'épanchement est excessif, au point de remplir complètement la cavité séreuse, ce qu'indique la matité absolue s'étendant depuis la base de la poitrine jusqu'à la clavicule en avant, jusqu'au sommet de la fosse sus-épineuse de l'omoplate en arrière, refoulant le diaphragme, le foie, la rate, le cœur, la paracentèse doit être faite le plus tôt possible. Les accidents que je vous rappelais tout à l'heure sont menaçants.

Sans doute, je n'oserais pas affirmer que la mort serait nécessairement la cause immédiate de cet épanchement excessif; mais, je ne sau-

rais trop vous le répéter, des faits dans lesquels cette terminaison funeste est arrivée faute d'intervenir à propos, ces faits sont assez nombreux pour que le clinicien soit autorisé à pratiquer une opération qui, en tout état de cause, n'entraîne aucun danger.

A supposer que les malades ne meurent pas subitement, ils resteront exposés aux accidents consécutifs dont je vous ai entretenus assez longuement pour qu'il me paraisse inutile d'y revenir.

On serait tenté de croire que l'opportunité de la paracentèse n'existe réellement qu'autant que les individus affectés d'épanchement pleurétique présentent une oppression considérable; qu'il n'y a urgence d'opérer qu'autant que la suffocation est imminente : c'est là, messieurs, une grave erreur contre laquelle je dois vous prémunir.

L'oppression est un des signes les plus trompeurs, et, en vous parlant de la jeune femme qui nous a fourni l'occasion de ces leçons, j'ai appelé votre attention sur ce point capital. Le fait est d'une importance clinique trop grande pour que je craigne d'y insister de nouveau.

Il est des malades qui, dès le début de la pleurésie, alors qu'il y a à peine quelques cuillerées de liquide épanché dans la cavité pleurale, ont une oppression considérable qui va en diminuant à mesure que l'épanchement augmente, il en est d'autres, au contraire, chez lesquels cette oppression ne survient qu'au moment où il y a un épanchement déjà appréciable, et qui augmente à mesure que celui-ci fait des progrès. Il en est d'autres enfin qui, bien qu'ils aient eu presque d'emblée un hydrothorax considérable, n'ont jamais accusé la moindre gêne de la respiration. C'était le cas de notre femme du n° 42 de la salle Saint-Bernard; c'était aussi le cas d'un homme que nous avons eu couché au n° 49 de la salle Sainte-Agnès.

Cet individu, fort et vigoureux, exerçant une profession dans laquelle il employait les préparations de plomb, entra à l'Hôtel-Dieu, se plaignant de coliques. Nous constatons sur la sertissure de ses dents un liséré bleuâtre qui semblait bien indiquer que nous avions affaire chez lui à des accidents saturnins. Il restait étendu sur le dos, sans avoir l'air d'éprouver le plus petit sentiment d'oppression. En palpant la région abdominale, nous rencontrions, du côté gauche, une tumeur mobile qui descendait jusque dans la fosse iliaque. Nous crûmes d'abord qu'elle était constituée par des matières stercorales accumulées dans le côlon; le malade n'accusait aucun trouble du côté de l'appareil thoracique. Cependant, en examinant la poitrine, nous fûmes surpris de trouver, à la percussion, une matité absolue s'étendant de haut en bas du côté gauche jusqu'à la clavicule, et jusqu'au sommet de la fosse sus-épineuse de l'omoplate. Le cœur, refoulé à droite, battait au delà du sternum jusque sous la mamelle, et la tumeur du ventre n'était autre que la rate refoulée en bas. Nous n'entendions aucun bruit respiratoire.

Rien ne pouvait donc ici nous faire soupçonner l'existence de ce énorme épanchement, si ce n'étaient les signes physiques fournis par la percussion et par l'auscultation. Quoique notre homme ne parût en aucune façon incommodé, je jugeai la paracentèse nécessaire; je la pratiquai le lendemain matin. Nous retirâmes plus de 3500 grammes (7 livres) de sérosité citrine parfaitement limpide. En cherchant à nous éclairer sur les antécédents, nous pûmes savoir que l'épanchement avait dû commencer à se faire six semaines ou deux mois auparavant. Le malade se rappelait qu'à cette époque il s'était exposé à du refroidissement; il se rappelait aussi avoir eu un point de côté léger, de la toux; mais il n'en avait pas moins continué de suivre son régime ordinaire. La guérison fut rapide, et quelques jours après l'opération, cet individu sortait de l'hôpital.

A quelque temps de là, mon chef de clinique, M. Moynier, pratiqua la ponction de la poitrine chez un jeune garçon de treize ans et demi qui, tout en ayant plus de deux litres de sérosité épanchée dans la cavité pleurale, semblait n'éprouver aucune gêne de la respiration.

Au commencement du mois d'avril, cet enfant avait éprouvé du dérangement dans sa santé à la suite d'un travail forcé. Ce dérangement consistait dans de l'embarras gastrique, qui céda à quelques jours de repos et à un purgatif. Le rétablissement ne fut cependant pas complet, le malade gardant un peu de malaise et n'ayant pas sa vivacité accoutumée.

Le 22 de ce mois, il prit froid en restant quelque temps immobile dans un appartement au rez-de-chaussée, et le soir il eut du frisson qui se renouvela deux jours de suite. En même temps, il ressentit une douleur au côté droit de la poitrine, douleur qui gagna le côté gauche en remontant jusqu'à l'épaule. Il eut des quintes de toux sans expectoration. Cependant il ne changeait rien à ses habitudes, aidant sa mère qui était femme de ménage, et conservant son appétit accoutumé. Il éprouvait si peu de peine pour respirer, que le 1^{er} mai il montait deux seaux d'eau au quatrième étage de sa maison; que six jours après encore, il allait à la Madeleine et rentrait à pied chez lui, rue Lafayette. Ce fut le lendemain qu'il consulta M. Burq : il se plaignait alors d'avoir un peu moins d'appétit depuis quatre ou cinq jours; il était tourmenté par des quintes de toux devenues plus fréquentes et par des accès de fièvre revenant le soir, mais qui, une fois passés, le laissaient dormir tranquillement toute la nuit.

M. Burq reconnut un épanchement considérable du côté gauche de la poitrine et m'amena le malade. Je constatai une voussure considérable du thorax, les côtes étaient soulevées, les espaces intercostaux étaient effacés. Il y avait absence de vibrations thoraciques; une matité absolue, depuis la base de la poitrine jusqu'à la fosse sous-épineuse en arrière, jusqu'à la clavicule en avant; absence de tout bruit respiratoire. A droite,

le murmure vésiculaire était exagéré. On sentait la pointe du cœur battre en dehors et au-dessous du mamelon de ce côté droit.

La ponction me parut non-seulement indiquée, mais urgente, et M. Moynier fit l'opération. Deux litres de sérosité citrine s'écoulèrent par la canule du trocart. Ainsi que cela arrive ordinairement, et comme je vous le dirai plus loin, à mesure que la poitrine se vidait, le malade était pris de quintes de toux incessantes; sur la fin, le liquide, changeant de nature, devint sanguinolent et même tout à fait sanglant: c'est là encore un accident que j'aurai à vous signaler lorsque je vous parlerai des phénomènes qui accompagnent la paracentèse. Au fur et à mesure que le liquide épanché s'écoulait, le cœur reprenait sa place sous la mamelle gauche; le son et le murmure vésiculaire revenaient aussi dans le côté affecté. Après l'opération, il y eut une tendance à la syncope, et les quintes de toux se reproduisirent jusque dans la soirée. Le lendemain, l'état général était satisfaisant; il y avait encore un peu de matité à la partie inférieure gauche de la poitrine, et la respiration était faible de ce côté. La guérison fut complète sept jours après.

En résumé, lorsque l'oppression vient s'ajouter aux signes physiques fournis par l'auscultation et par la percussion, sa signification est importante, mais son absence ne doit pas inspirer trop de sécurité; car on risque, faute d'intervenir à propos, de perdre des malades que l'opération aurait très-certainement sauvés; c'est donc l'auscultation et surtout la percussion qui nous donneront les indications les plus positives de l'opportunité de la paracentèse.

J'arrive maintenant, messieurs, à ce qui a trait à l'opération en elle-même.

Les détails dans lesquels je suis entré en vous traçant l'historique de la question me permettront d'être assez bref sur ce sujet.

Lorsque, étant donné un épanchement pleurétique aigu, la ponction de la poitrine est décidée, de quelle manière doit-on la faire?

Je vous ai dit que pendant longtemps on s'était formé une idée fort exagérée du danger de l'introduction de l'air dans la cavité pleurale. On croyait qu'il suffisait que quelques bulles d'air pénétrassent dans la poitrine pour entraîner des accidents mortels, le contact de cet air avec le liquide épanché amenant une sorte de fermentation putride. Je vous ai dit qu'en vue de prévenir ces inconvénients, les chirurgiens avaient imaginé différents appareils, et je vous ai parlé en particulier de l'appareil de Schuh. Celui qu'avait inventé Récamier, construit d'après le même principe, se composait également d'un système de soupape adaptée au pavillon de la canule du trocart. Maintenu à l'aide d'un ressort et couverte d'un morceau de buffle, ressemblant tout à fait à la clef d'une flûte, cette soupape restait exactement appliquée sur l'orifice de l'instrument, et ne se soulevait que sous l'influence d'une pression de dedans en dehors.

Quelque ingénieux que fût cet appareil, bien moins compliqué que celui de Schuh, il présentait encore des inconvénients dont le moindre était de n'être pas à la portée de tous les praticiens. L'appareil de M. Reybard, par son extrême simplicité, offrait tous les avantages: je vous ai montré en quoi il consistait; c'est celui qu'emploient aujourd'hui tous les opérateurs, c'est celui dont vous me voyez me servir.

Toutefois je vous ferai remarquer que, dans les cas où M. Reybard le croyait utile, nous nous en passons généralement. C'était surtout, en effet, pour vider les collections purulentes que le chirurgien de Lyon jugeait la paracentèse nécessaire: or, dans ces circonstances, l'introduction de l'air dans la cavité pleurale est un accident presque toujours inévitable, et dont on n'a point à se préoccuper, puisque, pour amener la guérison des empyèmes de pus, on laisse quelquefois une canule à demeure dans la poitrine, ainsi que je vous le dirai plus loin; et que, de toutes les manières, il se forme une fistule qui établit une communication entre l'extérieur et la cavité de la plèvre.

Mais lorsqu'il s'agit d'un épanchement séreux, la canule de M. Reybard est d'une utilité incontestable; il est même indispensable de s'en servir. Je parle de la canule de M. Reybard, et non de son procédé opératoire, car celui-ci est loin de présenter la même simplicité que celle-là. Voici quel était ce procédé, tel que l'a décrit l'inventeur dans son mémoire publié en 1841¹. On pénètre dans la poitrine, soit à travers un espace intercostal dont on incise les parties molles à l'aide du bistouri, soit en perforant une côte au moyen d'un foret, méthode bien anciennement conseillée, et qui, suivant M. Reybard, donne une grande facilité pour fixer la canule d'une manière plus solide, lorsqu'elle doit rester longtemps à demeure. Dans tous les cas, l'incision des parties molles doit être très-étendue, et il faut surtout avoir soin de ne pratiquer à la plèvre qu'un trou suffisamment large pour admettre la canule. Aussitôt l'ouverture faite, on saisit les deux lèvres de la plaie de la peau avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche en les rapprochant l'une de l'autre, puis de la main droite on introduit le trocart armé d'une pièce d'emplâtre agglutinatif percée. Toutes ces dispositions paraissent nécessaires au chirurgien de Lyon pour prévenir l'entrée de l'air dans la cavité pleurale. De plus, l'instrument ne doit être introduit qu'à un degré convenable, c'est-à-dire qu'il ne faut pas l'enfoncer trop avant, de crainte qu'il ne frotte contre le poumon; afin aussi d'éviter que celui-ci ne soit blessé, l'extrémité de la canule doit être arrondie.

M. Reybard, comme je vous l'ai dit, conseillait ce procédé opératoire dans le cas de véritable empyème, c'est-à-dire lorsqu'il y avait une collection de pus. Si l'on peut se dispenser de prendre alors tant de pré-

¹ Gazette médicale, numéros des 16 au 25 janvier.

cautions, cette façon d'agir n'est plus seulement inutile, elle devient excessivement dangereuse dans le cas d'épanchement pleurétique simple, car on risque de transformer la pleurésie en un hydropneumothorax et en un empyème. En effet, messieurs, la canule n'est pas restée vingt-quatre heures dans la plaie, qu'elle a agi comme corps étranger, enflammant la peau, le tissu cellulaire, la plèvre, au voisinage de l'ouverture qu'on lui a faite; de plus, dans les efforts d'inspiration et d'expiration, malgré tout le soin que l'on mettra pour l'en empêcher, l'air, passant sur les côtés de la canule, s'introduit dans la cavité pleurale; à peine quelques jours se sont-ils écoulés, que l'on constate l'existence d'un hydropneumothorax, et que la sérosité si limpide contenue naguère dans la plèvre est bientôt convertie en un liquide fétide et purulent. C'est pour parer en partie à cet inconvénient que M. Reybard avait cherché à remettre en honneur la perforation d'une côte; mais il n'évitait pas le danger, il le retardait seulement. Le procédé que j'ai conseillé, et qui est aujourd'hui universellement adopté, est aussi simple qu'il est exempt de périls.

Les *instruments* indispensables se trouvent dans les mains de tous les médecins : un bistouri, mieux encore une *lancette*, beaucoup moins effrayante pour le malade, pour la petite incision qui ne doit intéresser que la peau; un *trocart* ordinaire, celui dont on se sert pour la ponction de l'abdomen ou de l'hydrocèle. Ce trocart est armé de sa baudruche dont on entoure le pavillon de la canule et que l'on ramollit en la mouillant. A défaut de baudruche, un boyau de poulet, de lapin ou de chat, un morceau de vessie, un condom, ferait l'affaire. Après avoir fixé le tube membraneux sur l'instrument avec du fil, on s'assure que cette sorte de soupape fonctionne bien en aspirant et en soufflant alternativement par l'extrémité de la canule opposée au pavillon. Enfin, comme appareil de pansement, un morceau de taffetas d'Angleterre ou de diachylon taillé en croix de Malte, destiné à fermer la plaie après l'opération.

Il s'agit à présent de déterminer le point où la ponction sera pratiquée. En moins de mots, quel est le *lieu d'élection de la paracentèse de la poitrine?*

Celui que je prends, c'est le sixième ou le septième espace intercostal, en comptant de haut en bas, à peu près à 4 ou 5 centimètres en dehors du niveau du bord externe du muscle grand pectoral.

Le malade étant à demi couché sur le bord de son lit, le tronc soutenu par des oreillers, un aide est chargé de maintenir la poitrine du côté opposé, de manière à résister au mouvement de recul involontaire que fera le patient au moment où le trocart pénétrera dans la plèvre. Avec la main gauche, on tend fortement la peau, puis avec la lancette tenue de la main droite, on fait une ponction qui, n'intéressant que la peau, sera juste assez grande pour donner passage au trocart. Cette ponction préa-

lable est nécessaire; car il n'en est plus de la paracentèse thoracique comme de la paracentèse abdominale. Ici, en effet, vous pouvez sans inconvénient procéder en un seul temps, puisque jamais vous ne rencontrerez que des parties molles; pour la ponction du thorax, il est indispensable de faciliter l'introduction de l'instrument, car si, au moment où vous donnerez le coup de trocart, le malade, surpris par cette douleur, faisait un mouvement qui tendrait à courber en dedans la poitrine, et par conséquent à diminuer l'étendue de l'espace intercostal en rapprochant les côtes les unes des autres, vous courriez le risque de tomber sur celles-ci. Grâce au petit procédé que je vous indique, de faire une ponction préalable, ce risque n'est plus à craindre. Cela fait, vous placez la pointe de votre trocart dans la petite plaie, et par un coup sec, vous pénétrez sans aucune peine, à travers les muscles, dans la cavité thoracique.

Je recommandais autrefois une autre manœuvre que depuis j'ai jugée complètement superflue. Afin d'éviter toutes les chances d'introduction de l'air dans la poitrine, je croyais nécessaire qu'il n'y eût pas de parallélisme entre l'ouverture extérieure et l'ouverture intérieure. Pour arriver à ce but, après avoir ponctionné la peau au-dessous de l'espace intercostal par lequel je voulais pénétrer, je la tirais fortement en haut en la faisant glisser de façon que ma petite plaie correspondît à cet espace intercostal. L'opération terminée, les parties reprenant une situation normale, le parallélisme entre les deux ouvertures était détruit. Mais je me suis depuis longtemps aperçu que c'étaient là des précautions inutiles : ce parallélisme se détruit tout naturellement par un mécanisme facile à comprendre. Lorsque la poitrine est distendue par une grande quantité de liquide, les côtes et les espaces intercostaux, se trouvant dans la situation où les met une inspiration forcée, perdent nécessairement les rapports qu'ils présentent, à l'état de repos, avec les points correspondants du tégument externe, sous lequel ils jouent sans que celui-ci suive le même mouvement. Il résulte de là qu'après la ponction et après l'évacuation du liquide, le thorax reprenant son amplitude normale ou à peu près normale, les côtes et les espaces intercostaux s'abaissent, tandis que le tégument ne se déplace pas, il en résulte, dis-je, que le parallélisme entre la plaie cutanée et l'ouverture pleurale se trouve nécessairement détruit. Sans doute, il ne le sera pas aussi complètement que lorsque l'on fait la petite manœuvre dont je vous parlais tout à l'heure; mais il n'est pas indispensable qu'il le soit aussi complètement; bien plus, cela peut avoir des inconvénients lorsqu'il s'agit d'un épanchement purulent.

Bien entendu, il n'est pas question des cas dans lesquels il faut laisser une canule à demeure. Le défaut de parallélisme, cela va de soi, serait ici une complication, et d'ailleurs peu importe de chercher, au moment de l'opération, à éviter l'entrée de l'air dans la poitrine, puisque ordinairement il doit y pénétrer plus tard par la canule. Je fais donc seulement

allusion aux cas d'épanchements purulents aigus traités par la simple ponction. Ici, dis-je, un manque trop absolu de parallélisme pourrait avoir de fâcheuses conséquences. Généralement après sept, huit, dix ou quinze jours, une nouvelle sécrétion purulente a eu lieu, et alors le pus se fait jour par la plaie de la poitrine qui se rouvre spontanément, ainsi que vous l'avez vu chez une malade de notre service au n° 25 de la salle Saint-Bernard. Si alors l'ouverture de la plèvre et celle de la peau ne se correspondent en aucune façon, il se fera sous les téguments une fusée purulente qui pourra amener des décollements et des fistules difficiles à guérir.

Revenons à l'opération. Le trocart a pénétré dans la cavité pleurale, ce dont on est assuré en sentant que sa pointe joue librement dans un espace creux; on retire le dard, en ayant soin de déplier la membrane qui doit servir de soupape, et que l'on avait momentanément repliée sur le manche de l'instrument: on la déplisse de façon qu'elle fonctionne convenablement. Le dard retiré, le liquide s'écoule d'abord lentement, puis par jet continu, enfin par jets saccadés, — je vous donnerai tout à l'heure la raison de ces différences dans l'écoulement, — la membrane étant soulevée par le flot dans le mouvement d'expiration, et s'appliquant exactement sur le pavillon de la canule pendant l'inspiration. Quand l'écoulement s'est arrêté, quand on a obtenu la quantité voulue de liquide, on retire l'instrument par un mouvement brusque; on essuie les gouttelettes de sérosité et de sang qui suintent encore par la petite plaie, et l'on applique sur celle-ci la croix de Malte de taffetas gommé ou de diachylon.

Il vous arrivera certainement, messieurs, ce qui m'est arrivé trois ou quatre fois à moi-même, et ce dont vous avez été témoins dans notre service. Au moment où vous retirez le dard du trocart: ou bien, contre votre attente, il ne s'écoule par la canule aucune goutte de liquide; ou bien il ne s'en écoule qu'une très-petite quantité. C'est là un accident dont vous devez être prévenus, car vous comprenez quels seront votre désappointement et votre contrariété. Vous vous êtes assurés d'une manière positive qu'il existait un épanchement dans la plèvre; la mensuration, la percussion de la poitrine vous avaient démontré que cet épanchement était considérable: vous aviez annoncé à la famille du malade qu'il y avait là trois litres d'eau que vous alliez faire sortir: vous donnez un coup de trocart, et rien ne jaillit. A quoi cela tient-il?

Je suppose un médecin pratiquant la paracentèse pour la première fois. Son diagnostic est exact; il s'est parfaitement rendu compte de la position des viscères thoraciques; il a senti et entendu les battements de la pointe du cœur; il a limité la place que cet organe occupe, et cependant il ne peut se défendre d'une certaine crainte. Mais alors même que l'épanchement est à droite, que le cœur est par conséquent très-loin du

point où la ponction va être faite, il hésite; alors qu'il opérerait hardiment s'il s'agissait de faire la paracentèse abdominale, opération plus dangereuse cependant que la paracentèse de la poitrine, il retient son coup, et voici ce qui peut en résulter.

La plèvre costale se trouve quelquefois doublée par des fausses membranes superposées pouvant avoir jusqu'à un centimètre d'épaisseur. Dans les premiers huit, dix ou quinze jours de la pleurésie, cette couche pseudo-membraneuse n'adhère pas fortement aux parois costales, tout en ayant une résistance assez grande pour qu'on ait de la peine à la déchirer. En pénétrant timidement dans la poitrine, au lieu de percer cette couche, on la soulève avec le trocart de telle sorte que l'on forme alors une cavité accidentelle entre les fausses membranes et les parois costales. Si, pour se rendre compte de ce qui met obstacle à l'écoulement du liquide, on introduit par la canule un stylet de trousse, une aiguille à tricoter, on sent cet obstacle qui suit les mouvements de l'inspiration et de l'expiration; on ne peut alors se défendre de l'idée que l'on est arrivé sur le poumon, et, bien que certain de son diagnostic, le médecin effrayé n'ose pas continuer l'opération.

Dans ces cas, il faut chercher à déchirer cette fausse membrane, soit avec la lance même du trocart introduite à travers la canule et poussée plus profondément, soit avec le stylet ou avec l'aiguille à tricoter, instrument excellent dans cette circonstance. Si ces tentatives ont été inutiles, il faut faire une nouvelle ponction dans un espace intercostal au-dessus de celui où la première a été pratiquée.

Retenez bien ceci. S'il est nécessaire d'aller doucement dans le premier temps de l'introduction du trocart, c'est-à-dire lorsque la pointe traverse les muscles, dans le second temps, c'est-à-dire lorsqu'il les a traversés, il faut aller brusquement. En tenant votre instrument de façon à ne laisser libres qu'environ 3 centimètres, vous n'avez rien à craindre, puisque votre doigt lui-même vous empêchera d'aller plus loin que vous ne le voulez. Par cette manœuvre brusque, la fausse membrane ne fuira plus devant votre trocart, et vous pénétrerez inévitablement dans la cavité pleurale.

Dans d'autres circonstances, la ponction a été régulièrement faite, vous avez certainement pénétré dans la cavité pleurale, mais le liquide épanché ne s'écoule que goutte à goutte; c'est qu'alors vous avez affaire à une pleurésie aréolaire qu'il ne faut pas confondre avec une pleurésie enkystée. L'exhalation séreuse se trouve emprisonnée dans des cloisons fibreuses; ces aréoles communiquent bien les unes avec les autres, ou du moins le liquide contenu dans les unes passe bien dans les autres, mais il passe lentement et goutte à goutte. Dans ce cas, il faut, soit avec la canule, soit à l'aide du stylet ou de l'aiguille à tricoter, chercher à détruire, à déchirer ces cloisons fibreuses, et l'écoulement devient alors

un peu plus facile. Je dois dire, messieurs, que ces cas-là ne sont pas communs.

Il en est un que vous rencontrerez souvent. La canule est au milieu du liquide épanché, cependant, encore, celui-ci ne coule pas. Cela dépend de la manière dont le malade respire. D'une part, soit sous l'empire d'une certaine appréhension, soit par le fait de l'habitude qu'il a prise, il ne respire qu'avec le poumon du côté sain; d'autre part, le poumon du côté affecté, complètement refoulé contre la colonne vertébrale, ne contient pas d'air, qui peut seul, par la pression qu'il exerce de haut en bas sur le liquide, favoriser son écoulement. Cet écoulement n'a donc lieu qu'après qu'on a recommandé au patient de faire de grandes inspirations, et mieux encore de faire des efforts, de pousser comme pour aller à la garde-robe.

Le liquide jaillit par la canule, puis après un certain temps il sort en bavant, le jet ne reprenant que sous l'influence des efforts. La glotte étant fermée, l'air, qui ne peut s'échapper par l'ouverture supérieure de la trachée, continue à distendre le poumon; la capacité de la cavité pleurale se trouvant en même temps rétrécie par le fait de la contraction des muscles expirateurs et par la contraction du diaphragme, le liquide épanché, sollicité de toutes parts à sortir par l'ouverture faite à la poitrine, s'échappe par jets dont les saccades correspondent aux mouvements respiratoires et aux efforts d'expiration.

Les efforts de toux produisent les mêmes effets. Mais si au début il est nécessaire d'engager le malade à tousser, cela devient bientôt inutile. Lui qui ne toussait d'abord qu'à votre commandement, finit par avoir des quintes fréquentes et involontaires, parce que le poumon, n'ayant pas respiré depuis longtemps, éprouve, au moment où l'air pénètre dans les vésicules qui se déplissent, une sorte d'irritation, d'excitation au contact de son stimulus naturel dont il avait perdu l'habitude.

Cette toux involontaire peut devenir très-violente, invincible, très-fréquent et très-douloureuse.

Le docteur D..., dont je vous rapportais plus haut l'histoire, se plaignait d'éprouver, à mesure que l'air pénétrait dans sa poitrine, des douleurs telles qu'il avait peur de respirer; sa respiration était entrecoupée, saccadée, sanglotante, et ce ne fut qu'après cinq quarts d'heure de cet état qu'elle se régularisa.

Cette toux fatigante n'arrive quelquefois que plus tard dans le courant de la journée; les douleurs qui l'accompagnent me paraissent dépendre aussi de la déchirure des fausses membranes qui fixaient le poumon à la colonne vertébrale.

Indépendamment de ce qu'ils sont utiles pour solliciter l'issue du liquide, les efforts, les quintes de toux le sont encore pour prévenir la syncope, si tant est que cette complication soit à craindre. En chassant, en

refoulant, en effet, le sang vers le cerveau, ces efforts produisent une sorte de pléthore cérébrale qui s'oppose à ce que la syncope ait lieu.

Vers la fin de l'opération, le liquide qui s'écoule par la canule présente généralement des changements dans sa coloration. La sérosité est teinte en rouge par son mélange avec du sang, et très-fréquemment c'est du sang presque pur. C'est ce qui a eu lieu chez le jeune garçon dont M. Moynier a publié l'observation¹. C'est ce que je voyais chez une petite malade auprès de laquelle M. Dumontpallier me mandait en consultation.

C'était une petite fille de huit ans, qui n'accusait ni essoufflement, ni gêne de la respiration, bien que depuis quelque temps elle eût de la peine à courir, à monter un escalier, et que le moindre exercice la fatiguât. Elle disait ne souffrir de nulle part; cependant elle maigrissait, son appétit était moins soutenu, et sa maîtresse de pension, inquiète, avertit les parents, qui rappelèrent l'enfant auprès d'eux.

Il y avait une dyspnée très-apparente, quoique la malade ne s'en plaignit pas; l'inspiration était courte et fréquente. Le pouls était petit, serré, très-fréquent aussi. Il existait une petite toux sèche. La déformation de la cage thoracique était notable. A gauche, les dernières côtes étaient proéminentes en avant et décrivaient une ligne convexe plus élevée qu'à droite. Les espaces intercostaux étaient sensiblement effacés. La respiration costale ne semblait se faire que du côté droit. Le diamètre antéro-postérieur de la poitrine était plus considérable qu'à droite. La pointe du cœur battait au niveau du sternum. On ne sentait pas de vibrations thoraciques quand l'enfant parlait. Il y avait une matité absolue, en avant comme en arrière et latéralement, qui remontait jusque dans les régions sous-claviculaire et sus-épineuse, sans bruit skodique en avant. Absence complète de murmure respiratoire dans toute l'étendue de la poitrine de ce côté; au niveau de la racine des bronches, on entendait du souffle et du retentissement de la voix. A droite, la résonance à la percussion était exagérée, la respiration puérile, supplémentaire, sans mélange de râle ou de tout autre bruit anomal. Il existait évidemment un épanchement pleurétique considérable du côté gauche.

M. Dumontpallier me demanda mon avis. L'hésitation n'était pas possible: séance tenante je pratiquai l'opération. Elle fut peu douloureuse et donna issue à 670 grammes de sérosité parfaitement limpide, qui, d'abord d'un jaune verdâtre, se colora vers la fin en rouge; quelques stries sanguinolentes se précipitèrent au fond du vase, puis il s'écoula *plusieurs cuillerées d'une sérosité ressemblant à du sang vermeil tout à fait pur*.

Un changement sensible se manifesta rapidement. Dix jours après la

1. Eug. Moynier, *Remarques sur un fait de pleurésie aiguë accompagnée d'épanchement considérable, et traitée avec succès* (Bulletin général de thérapeutique, 1860, t. LIX, p. 273).