

Si l'on veut laver la plèvre après l'écoulement du liquide purulent, on procède de la façon suivante : on introduit l'extrémité effilée du tube de verre dans le tube pleural, on place l'extrémité du long tube de verre en Y dans le liquide à injection chaud et celle du plus court dans le vase inférieur; on laisse le tube pleural fermé, on laisse ouverts les deux grands tubes, on pratique l'aspiration à l'extrémité du tube le plus court (tube d'écoulement), et alors le liquide du vase supérieur s'écoule par le mécanisme du siphon. Si l'on ferme alors à l'aide d'une pince le tube d'écoulement et que l'on ouvre le tube pleural, le liquide se précipitera dans la cavité thoracique; lorsque trois à quatre cents grammes de liquide auront été ainsi injectés, on ferme le tube qui amène le liquide du réservoir et on ouvre celui qui sert à l'écoulement. Aussitôt le liquide, mélangé de pus, qui remplissait la poitrine, s'écoule dans le vase inférieur. La couche de liquide que celui-ci contient prévient l'entrée de l'air dans la plèvre, au cas où l'appareil ne fonctionne pas. En répétant cette manœuvre cinq ou six fois, la poitrine sera bien lavée, le liquide sortira limpide. Deux litres de liquide servent au lavage, et l'opération dure trente à trente-cinq minutes. Le tube de verre sert à juger du fonctionnement de l'appareil; il faut avoir soin, avant d'enlever cet appareil, de fermer le tube de caoutchouc fixé à demeure dans la plèvre; il faut aussi fermer le tube d'écoulement; l'appareil est ainsi amorcé.

À côté des avantages de ce procédé, il importe de mentionner ses inconvénients qui sont (indépendamment de la difficulté de maintenir la sonde dans la plaie et de l'entrée possible de l'air dans la plèvre), de produire une fistule pleurale et de se boucher souvent dès qu'il existe d'épaisses fausses membranes. Quand ces fausses membranes sont très-abondantes, le mieux est de se résoudre à l'opération de l'empyème¹.

Le procédé de M. Potain a donné des succès, mais après plusieurs mois de traitement.

Messieurs, permettez-moi, en terminant ces conférences sur la paracentèse de la poitrine, de vous rapporter une dernière observation, intéressante à plus d'un titre, mais surtout bien propre à démontrer encore les avantages pour moi incontestables de cette opération, et son innocuité dans les cas mêmes où elle semblerait le plus contre-indiquée en raison des complications qui accompagnent l'hydrothorax.

Cette observation est celle d'un homme de trente-six ans, entré le 11 avril 1863, salle Sainte-Agnès, n° 25.

Il disait n'être malade que depuis trois mois, ne tousser et n'éprouver d'oppression que depuis cette époque. Depuis lors aussi, il crachait du sang de temps à autre. En réalité, il était atteint d'une *insuffisance des*

1. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1871; — *Gazette des hôpitaux*, nov. 1871.

valvules aortiques, avec rétrécissement probable de l'orifice. Le cœur était considérablement hypertrophié, et il y avait de la voussure précordiale : à la base, souffle très-intense, quoique doux, au second temps, et souffle beaucoup moins net au premier temps. Le pouls était d'ailleurs bondissant comme dans l'insuffisance. Il y avait de l'œdème des extrémités inférieures depuis trois semaines.

Le 14 mai, à la suite d'une oppression assez considérable, le malade cracha en très-grande abondance du sang noirâtre ou mêlé à du mucus bronchique, comme dans l'*apoplexie pulmonaire*. C'était, en effet, un accident de cette nature qui était survenu chez cet homme.

Le lendemain, dans le côté gauche de la poitrine survint une violente douleur qui arrache des cris déchirants. Cependant il n'y a rien de notable à l'auscultation. Le jour suivant, un peu de crépitation au niveau du bord axillaire de l'omoplate.

Le 17, frottement superficiel, rude, ronflant; matité notable dans le tiers inférieur de la poitrine. La douleur pleurétique persiste avec la même intensité.

Le 18, tous les signes non douteux d'un épanchement se manifestent enfin : *matité* dans les deux tiers inférieurs de la poitrine à gauche; *abolition du murmure vésiculaire* en ces points; *souffle et égophonie* type à la jonction du tiers supérieur avec le tiers moyen de la poitrine en arrière. La douleur est toujours très-vive.

Le 19, matité jusqu'au sommet de la poitrine en arrière, son skodique en avant; cœur dévié à droite; oppression considérable; anxiété extrême, reconnaissant pour causes : l'affection cardiaque, la torsion du cœur sur son axe, l'abondance de l'épanchement et la persistance de la douleur.

Le 20, M. Peter pratique la paracentèse, qui donne issue à 2000 grammes de sérosité non mélangée de sang, et cependant riche en fibrine. Ce qui démontre tout à la fois qu'il n'y a ni hémato-pneumothorax, puisque la sérosité ne contient pas de sang; ni hydrothorax simple, puisque cette sérosité est fibrineuse; c'est-à-dire, en d'autres termes, qu'il s'agit d'une véritable pleurésie.

Un soulagement notable suit l'évacuation de cette sérosité. Mais, trois jours plus tard, l'apoplexie se renouvelle et provoque le retour des douleurs et la reproduction de l'épanchement, qui remonte, six jours après la paracentèse, jusqu'à la première côte, la pointe du cœur bat sous le mamelon droit.

Comme il y a un œdème très-considérable des extrémités inférieures, on pratique des frictions avec l'huile de croton tiglium, afin de provoquer la sortie de la sérosité qui infiltre le tissu cellulaire. Le 29, grâce à ces frictions, la sérosité s'écoule en très-grande abondance par les jambes. Ils y a du mieux.

Cependant, bien que l'épanchement thoracique en soit un peu diminué,

on est obligé de recourir, le 31, à une nouvelle ponction de la poitrine qui donne issue à 1700 grammes d'une sérosité absolument semblable à celle fournie par la première paracentèse. Cette opération est suivie de quintes de toux, pendant lesquelles on entend le poumon se déplier et reprendre sa place, en même temps qu'on voit le cœur revenir en partie à la sienne; cependant il bat encore un peu plus en dedans qu'à l'état normal.

Depuis cette seconde ponction, la respiration se perçoit dans toute l'étendue de la poitrine à gauche, bien qu'elle soit obscurcie par la présence des fausses membranes qui tapissent la plèvre. Ainsi l'épanchement ne s'est pas reproduit.

Il y a aujourd'hui dix jours que cette nouvelle opération a été faite et qu'a définitivement cessé un état d'angoisse qui n'eût pas été longtemps compatible avec la vie, si l'on songe que l'épanchement venait s'ajouter à des causes multiples de mort, en supprimant pour ainsi dire tout un poumon à un homme dont l'hématose était déjà si compromise par son affection cardiaque.

On aura sans doute remarqué que, sans dépendre de l'affection du cœur, à la façon de l'hydrothorax, la pleurésie dans ce cas était liée indirectement à cette affection. C'est l'apoplexie pulmonaire qui a servi d'intermédiaire entre la maladie du cœur et l'épanchement pleural; non pas qu'il y ait eu rupture de la plèvre viscérale et épanchement sanguin dans la cavité du thorax (l'absence de coloration du liquide le démontre), mais quelques foyers superficiels ont pu irriter la plèvre et déterminer l'exsudation séreuse.

De ce que l'épanchement s'est reproduit après une première ponction, contestera-t-on l'utilité de la paracentèse de la poitrine? il faudrait oublier que l'évacuation du liquide a très-probablement empêché le malade de mourir asphyxié ou de périr subitement dans une syncope. La pleurésie d'ailleurs a duré un temps très-court, si l'on compare sa durée à celle qu'il était naturel d'attendre d'un épanchement aussi abondant, chez un homme condamné par l'affection cardiaque aux infiltrations séreuses et dont les tissus étaient peu propres par conséquent au travail de la résorption.

Il est possible que le liquide se reproduise; mais si l'état général s'est amélioré, une troisième ponction pourra prolonger encore les jours de ce malade, qui, privé des secours de la paracentèse, n'aurait pas supporté deux épanchements aussi considérables, et serait encore moins à même d'en supporter un troisième sans succomber aux accidents qui en résulteraient.

C'est donc parce que je suis convaincu de l'utilité, je dirai plus, de la nécessité de notre intervention chirurgicale chez cet homme, que j'appelle toute votre attention sur un fait qui me paraît comporter plus d'un utile enseignement.

A propos de ce fait, le rédacteur de la *Gazette des hôpitaux* rappelle qu'un de mes élèves, M. A. Masson (d'Yvetot), a rapporté dans un mémoire douze cas de paracentèse de la poitrine pratiquée par lui. « Dix fois, sur ces douze cas, l'opération a eu un plein succès, et l'auteur, bien placé pour ne pas perdre de vue les malades, a pu s'assurer que la guérison, presque toujours très-rapidement obtenue, était définitive. Jamais la plus légère complication imputable à la thoracocentèse n'est venue mettre obstacle à la guérison. Dans deux cas seulement la thoracocentèse n'a pas guéri les malades, ou plutôt ceux-ci sont morts malgré la ponction. Une femme, par exemple, ponctionnée pour une pleurésie tuberculeuse, est morte six mois après de sa phthisie. Un homme atteint d'hydropneumothorax avec un abcès du poumon, mourut après avoir à plusieurs reprises vomi des flots de pus.

« Le plus souvent, c'est quand le cœur était déplacé par l'épanchement que M. Masson a fait la ponction de la poitrine. La possibilité de la mort subite par le seul fait d'un épanchement abondant n'a pas peu contribué à dissiper chez lui toute hésitation. L'histoire du malade qui fait le sujet de sa première observation est un exemple frappant de cette issue terrible de quelques pleurésies.

» M. Masson a opéré aussi deux malades chez lesquels l'épanchement n'était pas abondant, mais qui cependant dépérissaient rapidement, et de façon à faire craindre une explosion tuberculeuse¹. »

Je tenais, messieurs, à vous signaler ces faits empruntés à la pratique d'un de nos honorables confrères. Ajoutés à d'autres que vous trouverez dans les différents recueils de médecine, ils viennent corroborer tout ce que je vous ai dit de la paracentèse de la poitrine, heureux si j'ai pu vous convaincre des services que cette opération est appelée à rendre, et diminuer l'effroi qu'elle semble encore inspirer à quelques médecins.

1. *Gazette des hôpitaux*, 1 juin 1863.