

par cette disposition, une sorte de barrière pour les liquides sécrétés entre la base du poumon et le diaphragme. Ainsi je conçois très-bien que la production des fausses membranes et de l'épanchement puisse être successive ou simultanée, et que ce dernier puisse rester circonscrit sans qu'il soit nécessaire de supposer une rémission et une exacerbation du travail inflammatoire.

Le traitement n'offre aucune indication spéciale; il faut combattre énergiquement l'inflammation, et modérer la douleur, qui, par une influence en retour, augmente la fluxion qui la provoque. Depuis trente ans je n'ai pas rencontré l'indication des saignées générales dans les maladies inflammatoires de la population parisienne et je les ai abandonnées, convaincu que la faiblesse et l'anémie prolongent la durée de ces maladies et peuvent en aggraver le caractère; on se contentera, quand l'état des forces le permettra, d'appliquer des ventouses autour de la base de la poitrine, pour exercer une action à la fois dérivative et déplétive sur les vaisseaux du diaphragme. En même temps, les narcotiques (la belladone, les préparations opiacées) seront administrés à l'intérieur, et appliqués, sous forme de topiques, sur les régions douloureuses. Ils sont surtout indiqués dans cette forme de pleurésie où les troubles d'innervation sont si prononcés. Dans les cas graves, j'ai habituellement donné en même temps le calomel, qui, dans les inflammations des membranes séreuses, semble diminuer la tendance à la suppuration. Le malade fera usage de boissons diurétiques. On ferait appel aux purgatifs, s'il y avait de la constipation. Enfin, quand l'irritation circulatoire est calmée sous l'influence de ces moyens, ou, dès le début, quand la réaction est médiocre et le sujet débilité, des vésicatoires doivent être employés en ceinture autour de la base de la poitrine.

DE LA THORACOCENTÈSE

DANS LES ÉPANGHEMENTS PLEURAUX ANCIENS (1)

Sommaire. — Deux observations de thoracocentèse pratiquées l'une dans un cas d'épanchement pleurétique datant de quinze années, et suivie d'une amélioration considérable; l'autre, dans un cas de pleurésie remontant à près de deux ans.

Procédé de M. le docteur Moutard-Martin.

Transformation du pus en une émulsion de matière grasse et disparition des leucocytes.

Phénomènes anomaux liés au déplacement du cœur.

MESSIEURS,

On admet généralement que, dans les épanchements purulents de la plèvre, la thoracocentèse est souvent inefficace, et que l'ancienneté de l'épanchement est une contre-indication à cette opération. Dans ces conditions, en effet, le poumon est habituellement enveloppé de fausses membranes nombreuses, résistantes, qui s'opposent à son expansion; l'évacuation complète du liquide peut être impossible; la ponction ne procure qu'un soulagement très-incomplet. Le plus souvent l'épanchement ne tarde pas à se reproduire, quelquefois avec des phénomènes généraux alarmants. En outre, si le cœur est déplacé, fixé par des adhérences dans une situation anormale; si son tissu, ce qui n'est pas rare, a subi le retentissement du travail morbide développé dans la plèvre, la soustraction brusque d'une quantité considérable du liquide épanché peut provoquer des troubles circulatoires qui ne seraient peut-être pas sans importance.

Ce dernier inconvénient, qui est peu sérieux, se retrouvera dans toutes les opérations qui auront pour objet d'évacuer le liquide pu-

(1) Leçon publiée dans la *Gazette hebdomadaire*, 1872.

rent; il suffit, pour y obvier, de ne pas extraire en une fois une trop grande quantité de liquide. D'ailleurs, l'examen attentif des modifications qui surviennent dans la respiration et dans la circulation, les sensations perçues par le malade, la tension intra-thoracique mesurée par la vitesse de l'écoulement, permettent de régler avec précision les limites dans lesquelles on doit se renfermer.

Ces considérations, dans beaucoup de cas de pleurésie purulente, font préférer l'opération dite de l'empyème, ou stéthotomie, à la thoracocentèse. Celle-ci peut, cependant, intervenir quelquefois utilement dans les circonstances qui semblent les moins favorables; les observations suivantes nous montreront des malades chez lesquels la ponction du thorax a amené chez l'un une guérison apparente, chez l'autre une amélioration considérable et qu'on n'aurait pas pu demander à l'opération de l'empyème.

Thoracocentèse pratiquée dans un cas d'épanchement pleurétique datant de quinze années; amélioration considérable. — Le malade était un général russe, âgé de cinquante ans; il était fort, bien constitué, et son apparence extérieure, quoique altérée par l'âge et par la maladie, témoignait de cette vigueur originelle. Il avait longtemps fait la guerre du Caucase, où il s'était signalé par des actions d'éclat; une fois entre autres, il s'était trouvé enfermé avec une poignée d'hommes dans un fort ennemi, entouré d'une troupe nombreuse qu'il avait tenue en respect et à travers laquelle il s'était frayé un passage l'épée à la main. Ce fut à la suite de cette aventure, qui rappelle les hauts faits d'Alexandre et de Bayard, qu'il fut atteint de pleurésie du côté gauche, quinze ans environ avant qu'il vint me consulter. Mal soigné, ou plutôt manquant de tout soin, il traîna pendant plusieurs semaines son mal à travers ces contrées sauvages, se couchant quand la violence de la fièvre l'exigeait, bravant, dès qu'il pouvait se relever, les fatigues et les intempéries du climat; ce ne fut qu'au bout de plusieurs mois qu'il lui fut possible de réclamer des conseils éclairés; alors seulement il apprit la nature de sa maladie, qui avait été méconnue jusque-là. On le soumit au repos, à l'emploi des révulsifs extérieurs et de différentes médications internes qu'il ne peut indiquer. Ce traitement resta inefficace: le côté malade avait acquis des dimensions énormes; le malade souffrait d'une dyspnée habituelle qui s'exaspérait par intervalles et le forçait à s'arrêter. A partir de ce moment, et à part ces repos obligatoires que lui imposait la maladie, la vie du général D... devint une odyssée médicale: allant de médecin en médecin, de climat en climat pour chercher un soulagement que les moyens médicaux ne lui procuraient que très-imparfaitement. La question de l'intervention chirurgicale avait été bien souvent posée, mais résolue contradictoirement. Quel-

ques médecins lui avaient parlé de l'opportunité d'une opération, mais le plus grand nombre y avaient vu un danger immédiat et avaient porté sur ses conséquences le plus funeste pronostic. Le malade qui, comme la plupart de ses compatriotes, était polyglotte, avait plusieurs fois entendu ces opinions discutées devant lui par des médecins qui ne croyaient pas être compris de lui en parlant leur langue.

Au printemps de 1868, ce malade me fut adressé par mon ami le docteur Pupier, qu'il avait consulté en traversant Lyon. Son état s'était beaucoup aggravé: la dyspnée était continue et s'exaspérait d'une manière inquiétante au moindre mouvement; il ne pouvait garder la position horizontale; les lèvres étaient livides, et les régions circum-malléolaires étaient œdématisées. Une matité absolue occupait tout le côté gauche de la poitrine et la région sous-sternale; on entendait près du rachis un bruit inspirateur sourd et rude; partout ailleurs silence complet. Le cœur était déplacé; sa pointe, repoussée en dehors du mamelon droit, avait décrit un mouvement de rotation autour de sa base; de telle sorte que, suivant la judicieuse remarque du docteur Massei (de Naples), le cœur dans ce cas ne subit pas un simple mouvement de propulsion, qui le repousserait en masse, mais il pivote autour de son point fixe, constitué par l'aorte et par les vaisseaux pulmonaires. Sa pointe est toujours excentrique par rapport à la base. Cet organe offre évidemment un volume exagéré. L'impulsion est énergique et un bruit de souffle au deuxième temps vers l'orifice de l'aorte accuse une insuffisance des valvules sigmoïdes; le pouls, large, rebondissant et brusquement affaissé après une ample et brusque diastole, témoigne de la même lésion. Les fonctions digestives, moins entamées que les fonctions circulatoires et respiratoires, ont ressenti cependant le contre-coup de ces désordres importants, et l'appétit est languissant. Le malade est las de l'existence, des intérêts importants l'appellent en Russie, et il est hors d'état de continuer le voyage. Dans ces conditions, voyant les premiers symptômes d'une asphyxie lente, les progrès de la dyspnée, craignant que, si l'on ne cherchait pas à diminuer la gêne de la respiration, une syncope favorisée par la lésion du cœur n'amènât un arrêt définitif de la circulation, constatant que le refoulement du médiastin et du cœur et que la pression croissante exercée sur cet organe restreignait et menaçait d'une gêne de plus en plus grande l'expansion du poumon droit, je proposai la thoracocentèse à laquelle le malade n'objecta autre chose que la sentence funeste prononcée par plusieurs médecins allemands contre cette opération.

Je réclamai alors l'appui de mes amis les docteurs Barth et Trousseau, qui, après quelques objections, adoptèrent tous deux cette proposition, et M. Barth voulut bien m'assister dans l'opération. Elle fut pratiquée dès le surlendemain avec l'instrument de Reybard, et je retirai une première fois 1800 à 1900 grammes d'un liquide puriforme, jaune, opaque, homo-

gène, sans odeur. Les suites de l'opération furent des plus simples; je maintins le malade au lit pendant plusieurs jours; il avait éprouvé presque immédiatement un soulagement considérable. La voussure thoracique faisait un relief moins prononcé en arrière; près du rachis surtout la sonorité avait reparu, et l'on entendait dans une assez grande étendue un bruit respiratoire profond, rude et obscur; le cœur restait fixé à droite, mais sa pointe était moins en dehors. L'aspect de la physionomie était infiniment meilleur, le malade avait retrouvé le sommeil et l'appétit.

Je n'avais pas voulu retirer en une seule fois une plus grande quantité du liquide, convaincu que les organes refoulés par l'épanchement étaient fixés dans leur position nouvelle par des adhérences trop anciennes et trop solides pour qu'il fût permis d'espérer leur voir reprendre leur situation normale. Je craignais pour ce cœur sérieusement lésé la secousse d'un brusque changement dans la pression intra-thoracique, et j'aimais mieux pratiquer des ponctions successives en observant leurs effets et prévoyant par là ce que je pouvais en attendre.

Le liquide retiré de la cavité pleurale, examiné au microscope, ne renfermait pas un seul leucocyte; c'était une émulsion de matière grasse.

La dyspnée avait considérablement diminué, et le malade pouvait faire quelques promenades; au bout de quinze jours, quand je crus complètement effacée l'incitation qui avait pu être produite dans la plèvre par la première ponction, et qui ne s'était révélée d'ailleurs par aucun symptôme, j'en pratiquai une seconde qui fit couler environ 1700 grammes de liquide identique avec le premier et aussi inodore. J'arrêtai l'écoulement quand je vis qu'il devenait faible, intermittent, et que la tension intra-pleurale était considérablement affaiblie. Les suites de cette opération furent aussi simples que la première fois, et trois semaines après j'y revins de nouveau pour tirer à peu près la même quantité de liquide. L'amélioration fonctionnelle s'accrut davantage sans que les signes physiques fussent considérablement modifiés, excepté en ce qui concernait la voussure. Celle-ci avait disparu, et le côté gauche, au lieu de présenter une dilatation insolite, était un peu affaissé. Mon intention était de répéter encore cette opération. J'avais fait faire au malade une gymnastique respiratoire à laquelle j'ai toujours recours après les épanchements de longue durée, et qui consiste à faire plusieurs fois par jour une série d'inspirations aussi profondes que possible. Le malade se trouva tellement soulagé qu'il voulut retourner en Russie, où quelques mois après je sus qu'il jouissait d'une santé passable. Depuis lors j'ai perdu sa trace (1).

(1) Des renseignements récents m'ont appris qu'il avait vécu pendant plusieurs années après son retour en Russie, et qu'il avait succombé, croyait-on, à une affection aiguë.

Je ne connais pas d'autre exemple de thoracocentèse pratiquée pour un épanchement aussi ancien; quand j'aurai rapporté une seconde observation, je reviendrai sur quelques-unes des particularités contenues dans celle-ci, et sur les conséquences qu'on en peut tirer.

On ne peut contester que ce malade ne doive à la thoracocentèse d'avoir passé d'un état d'asphyxie imminente à une situation qui lui a permis de reprendre une vie active et d'entreprendre des voyages lointains.

Chez mon second malade, l'épanchement purulent était beaucoup moins ancien. Il ne remontait pas à deux ans; cependant, la plus grande partie offrait ce caractère spécial d'émulsion, et tous les leucocytes avaient subi cette dégénérescence grasseuse qui me semble, dans l'évolution de la pleurésie purulente, devoir marquer une période distincte. Cette transformation du pus sépare les cas dans lesquels l'épanchement n'est plus en quelque sorte que le *caput mortuum* d'une affection éteinte, de ceux dans lesquels il est le produit d'un travail morbide actif, vivant encore.

C'était un jeune homme de vingt-trois ans, serrurier; il entra à l'Hôtel-Dieu, dans mon service, le 2 avril 1869. Il était maigre, pâle, paraissait délicat. Dans ses antécédents de famille, rien n'accusait une prédisposition diathésique: son père, sa mère, ses frères et ses sœurs jouissaient d'une santé irréprochable. Il nous raconta que trois ans auparavant, il avait eu une hémoptysie très-abondante qui avait duré deux jours. Il évaluait à 4 ou 5 litres la quantité de sang qu'il avait perdue, évaluation probablement très-exagérée. Il avait dû garder le lit pendant vingt jours. Depuis cet accident, il n'avait pas cessé de tousser, et il avait beaucoup maigri.

Au mois de juin 1867, il avait eu une seconde hémoptysie accompagnée d'une douleur dans le côté gauche. Il fut obligé de rester couché pendant quatre mois, et il subit plusieurs applications de vésicatoires. Depuis lors, il était très-essoufflé, toutes les fois qu'il éprouvait une fatigue; et il perdait haleine quand il voulait monter les escaliers un peu rapidement. Cependant il avait pu reprendre son travail, et ses autres fonctions s'accomplissaient d'une manière régulière en apparence, quoique la nutrition eût souffert, nous l'avons dit, un déchet considérable. Au moment de son admission à l'Hôtel-Dieu, sa respiration était fréquente, courte, anxieuse, les téguments de la face commençaient à se cyanoser.

A la première inspection, on constatait une énorme voussure du côté gauche du thorax qui prédominait dans toutes les directions.

La percussion donnait en avant et en arrière un son mat dans tout le côté gauche, qui était complètement silencieux à l'auscultation. Du côté droit, on

trouvait en arrière un son tympanique et dans la moitié inférieure la respiration était franchement puérile. L'abaissement du diaphragme donnait aux dernières côtes une direction presque verticale. Au sommet droit, la tonalité était aiguë, un peu obscure, et l'expiration était prolongée.

A deux travers de doigts au-dessous du mamelon droit, les battements du cœur étaient visibles à l'œil et soulevaient énergiquement la main. Les bruits cardiaques étaient superficiels et normaux.

Au niveau des derniers espaces intercostaux à droite et en avant, on sentait, par la palpation, comme une succion. La main et la vue pouvaient constater une dépression rythmique de ces espaces, pendant les mouvements d'ampliation du thorax, comme si l'expansion du poumon refoulé ne suffisait pas pour remplir le vide produit par l'inspiration.

L'épigastre présentait également, pendant l'inspiration, surtout dans la partie gauche de cette région, une dépression suivie d'un soulèvement brusque correspondant à l'expiration; phénomène qu'on observe dans les cas où le diaphragme est fortement abaissé : dans l'emphysème pulmonaire, par exemple, quand il est porté à un degré considérable.

Cet ensemble symptomatique ne permettait pas de mettre en doute l'existence d'un énorme épanchement qui distendait le côté gauche du thorax, et refoulait le cœur en le faisant pivoter autour de ses connexions vasculaires; et suivant toutes probabilités, l'origine de cet épanchement remontait au mois d'octobre 1867, c'est-à-dire à plus de dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital.

Les troubles de la nutrition et de l'hématose commandaient d'intervenir; je me proposai de faire une série de ponctions, suivies d'injections s'il était nécessaire, et d'étudier dans quelle mesure ce poumon si longtemps refoulé, probablement emprisonné par des néoplasies épaisses, pourrait se dilater à nouveau et reprendre ses anciennes limites; car il pouvait être fixé dans sa position nouvelle par des liens inflexibles; l'évacuation complète du liquide pouvait être dangereuse ou impossible. Ces ponctions répétées me semblaient constituer la seule opération rationnelle, ou du moins devoir précéder toute autre tentative opératoire.

Le 8 avril, je pratiquai la thoracocentèse avec le trocart de Reybard au niveau du sixième espace intercostal gauche, et je laissai s'écouler par la canule deux litres et demi environ d'un liquide jaune verdâtre, opaque, fluide, sans mélange de flocons fibrineux, d'une odeur fade, très-peu accentuée et qui n'avait aucun caractère aigre ou putride. Recueillie dans un verre, une partie de ce liquide se séparait en deux couches : la supérieure, plus fluide, offrait une coloration jaune verdâtre; la couche inférieure était constituée par un sédiment épais, de consistance sirupeuse, et d'une couleur grisâtre opaque.

Un des internes les plus distingués des hôpitaux de Paris, M. Labadie-

Lagrange, qui a bien voulu recueillir pour moi les matériaux de cette observation, soumit ce liquide, sur ma demande, à l'examen microscopique, et je transcris ici le résultat de ses observations :

« Dans la partie supérieure, la plus fluide, on ne trouve sous le champ du microscope que quelques granulations graisseuses, mais en quantité beaucoup plus considérable. Ces granulations s'agglomèrent en certains points et forment des corps de Gluge qui présentent les dimensions des leucocytes, mais s'en distinguent par leur réaction différente en présence de l'acide acétique. Traitées, en effet, par cet acide, ces cellules granuleuses ne sont pas modifiées et ne contiennent pas un ou plusieurs noyaux comme les globules du pus. Il est probable, cependant, que ces corpuscules d'aspect moriforme et granulés, ne sont que des leucocytes ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

» Les autres granulations plus fines qu'on voit sous le microscope sont constituées par la fibrine également dégénérée en matière grasse. On trouve, en outre, dans le sédiment des cristaux de cholestérine avec leur forme caractéristique de lamelles rhomboïdales. »

Ainsi, nous saisissons en quelque sorte ici le procédé par lequel les leucocytes purulents disparaissent et se transforment en matière grasse, qui finit par se délayer elle-même dans le liquide, et par constituer, comme dans le premier cas, une émulsion au milieu de laquelle on ne peut plus saisir aucun élément figuré, bien qu'elle ait l'aspect du pus.

Une heure environ après la thoracocentèse, le malade fut pris d'une violente quinte de toux qui, à travers l'ouverture de la ponction, fit sortir encore environ un demi-litre de liquide. Il se sentait extrêmement soulagé; il n'accusait d'autre phénomène anomal qu'une sensation pénible de pesanteur, au niveau de la région épigastrique et de l'hypocondre gauche, sensation qui avait succédé immédiatement à l'évacuation du liquide. Son appétit ne fut pas troublé et il dormit d'un sommeil calme.

Je n'avais pas voulu l'ausculter immédiatement après l'opération pour ne pas le fatiguer. Le lendemain, malgré la persistance de la matité, je constatais le retour du murmure vésiculaire en arrière dans tout le côté gauche. Mais il était faible et éloigné, surtout dans le tiers inférieur. En haut, près de l'épine de l'omoplate, il était plus ample et plus superficiel.

En avant du côté droit, au niveau de la région mammaire et partant de la place occupée postérieurement par le cœur, la sonorité avait reparu. La percussion et l'auscultation permettaient de constater que cet organe s'était déplacé d'environ 2 centimètres et demi à 3 centimètres. En se rapprochant du côté gauche, sa pointe semblait avoir décrit une courbe à convexité inférieure. A droite, la matité précordiale était limitée par une ligne allant du mamelon à la région hépatique, elle était limitée supérieurement par le bord inférieur de la troisième côte, et se confondait à gauche avec la ma-

tité de l'épanchement. On percevait sous la clavicule gauche un son très-aigu, mais qui avait cessé d'être mat. La sonorité reparaisait à deux travers de doigts au-dessus du mamelon. Le malade nous raconta que depuis la ponction il pouvait se coucher sur le côté droit et rester une demi-heure dans cette position, qui provoquait, immédiatement, auparavant, un accès de suffocation.

Neuf jours après la première ponction, j'en fis une seconde qui donna issue à 1600 grammes d'un liquide identique avec le premier. Deux heures après, le malade eut quelques quintes de toux, qui ne l'empêchèrent pas d'éprouver un grand soulagement. A partir de ce moment, il put dormir couché sur le dos, ce qui lui avait été impossible jusque-là.

J'observai le lendemain que la fosse sus-épineuse gauche redevenait sonore, le bruit respiratoire était entendu dans toute la partie postérieure gauche, net et superficiel en haut, il était plus obscur inférieurement. Ce jour-là, il était accompagné d'un léger frôlement que je ne retrouvai pas les jours suivants, en même temps qu'à la partie inférieure le murmure vésiculaire me sembla plus obscur, et s'éloignait pour s'éteindre à mesure qu'on s'approchait de la base.

La pointe du cœur avait continué son mouvement rétrograde de droite à gauche, et se faisait sentir en dedans du mamelon droit dans le quatrième espace intercostal. Cependant le côté gauche s'était déprimé en arrière et était devenu moins saillant que le droit; le malade se plaignait d'une douleur vive vers les dernières côtes gauches.

L'épigastre présentait toujours, au moment de l'inspiration, un mouvement de dépression, puis une propulsion saccadée, accompagnée d'une ondulation qui se propageait jusqu'à l'hypochondre gauche et qui pouvait être attribuée, peut-être, à la masse liquide refoulant brusquement le diaphragme paralysé.

Je recommandai au malade de faire, pendant quelques minutes, deux ou trois fois par jour, de fortes inspirations, afin de favoriser l'expansion du poumon.

Quelques jours après, en marchant, le malade eut quelques palpitations, qu'il s'étonna de sentir derrière le sternum. En effet, le cœur avait continué sa marche régressive et sa pointe battait à 5 centimètres du lieu où nous l'avions d'abord rencontrée; elle se trouvait à 2 centimètres en dedans du mamelon droit; cependant toute la région thoracique droite était encore ébranlée par la systole ventriculaire qui y produisait une ondulation saccadée.

Neuf jours après cette thoracocentèse, j'en pratiquai une troisième par laquelle je retirai 1500 grammes de liquide, ce qui portait à plus de 6 litres la quantité extraite en dix-huit jours. Je crus devoir faire la ponction un peu plus haut que le septième espace intercostal.

J'observai pendant l'écoulement que le pouls conservait sa force habituelle, mais qu'il était un peu plus fréquent (84 pulsations au lieu de 76) et que la respiration s'était en même temps accélérée (37 par minute au lieu de 34).

Le liquide évacué offrait les mêmes caractères extérieurs et microscopiques que celui des ponctions antérieures. Le malade n'avait pas éprouvé cette fois les quintes de toux qui avaient succédé aux premières opérations.

Avant de procéder à cette troisième ponction, j'avais fait appliquer sur la partie moyenne de la poitrine, en arrière, deux petits cautères à l'aide du caustique de Vienné. J'espérais, par cette action révulsive, prévenir ou modérer l'incitation produite dans la plèvre par un traumatisme répété. J'ai recouru à ce moyen, dans les cas où, après une première ponction, le liquide de l'épanchement se reproduit trop rapidement; il m'a paru utile alors, pour combattre l'irritation sécrétoire, de combiner avec l'évacuation du liquide une contre-irritation portée sur la peau.

Cette précaution m'avait semblé d'autant plus indiquée que quelques oscillations dans la place occupée par le cœur semblaient indiquer que l'épanchement tendait à se reproduire. A un certain moment, après la seconde ponction, le cœur s'était rapproché du sternum, puis il s'était porté de nouveau à droite de cet os, ou du moins il en dépassait le bord droit dans une plus grande étendue. Le liquide évacué offrait, il est vrai, toujours les mêmes caractères objectifs; mais peut-être était-il un peu plus fluide, et l'on pouvait penser qu'une sécrétion séreuse nouvelle était venue s'ajouter à l'épanchement et en délayer les principes constituants. Il se pourrait aussi qu'après la ponction une aspiration se fût produite, pendant les mouvements d'inspiration, sur les organes contenus dans la poitrine; que cette aspiration eût cessé après que le côté gauche se fut déprimé sous l'influence de la pression atmosphérique, et qu'alors le cœur entraîné à droite par des adhérences eût obéi à leur action, momentanément vaincu par cette force aspiratrice. Quoi qu'il en soit, le malade éprouva un soulagement si considérable que, malgré mes recommandations, il profita de mon absence pendant quelques jours pour demander et obtenir sa sortie de l'hôpital. Il se sentait tellement bien qu'il put reprendre son métier de forgeron dans une usine; quelque temps après il est venu me voir. Le cœur n'était pas encore complètement retourné à sa position normale dont il s'était cependant rapproché. On constatait encore de la matité avec absence de vibrations et d'élasticité et silence du bruit respiratoire dans plus de la moitié du côté gauche. A part une légère disposition à l'essoufflement, une facilité à s'enrhumer qu'il a toujours eue, cet homme ne se plaignait d'aucun trouble sérieux dans sa santé; il était maigre, mais il avait bon appétit.

Au printemps 1870, il avait été tenté de partir pour la Nouvelle-Grenade comme contre-maître dans une usine, tant il se sentait en possession de ses

forces. Plusieurs fois je l'ai déjà engagé à entrer à l'hôpital pour s'y reposer et y être examiné avec soin, mais il s'y est toujours refusé.

Au mois de juin de cette année j'ai revu encore ce malade ; il était resté à Paris pendant le siège et avait pris part à la défense des remparts. Les privations, les émotions, les fatigues, les froids excessifs auxquels il avait été soumis avaient profondément altéré sa santé ; il avait beaucoup maigri et avait craché le sang à plusieurs reprises. Les signes d'induration du tissu pulmonaire étaient plus accentués au sommet ; le son était toujours mat et la respiration très-obscurie dans la moitié postéro-inférieure du côté gauche. Ce côté était fortement déprimé, témoignage de l'effet curatif de la thoracocentèse. L'obscurité du son et du bruit respiratoire paraissait devoir être imputée aux néoplasies épaisses qui emprisonnaient et immobilisaient la base du poumon (1).

Le malade avait repris son dur métier d'ouvrier métallurgique ; et il travaillait à la forge quand les nouveaux accidents, préparés par les épreuves des deux dernières années, sont venus briser ses forces. Il n'a pas même encore abandonné son métier dont son patron avait adouci pour lui les rigueurs. Je le priaï instamment d'entrer à l'hôpital, mais après y être resté quelques jours il voulut en sortir, et reprit son travail. Bientôt il éprouva une disposition à l'anhélation qui se prononça de plus en plus. Quelques semaines après le retour de ces accidents, il sentit son cœur battre de nouveau à droite, et il revint me consulter. Outre l'altération générale de sa constitution, je fus frappé du changement survenu dans la configuration de la poitrine : le côté gauche présentait une énorme voussure qui débordait dans tous les sens les plans du côté droit. Ses trois quarts inférieurs donnaient un son mat à la percussion en avant et en arrière. Au sommet seulement on percevait une respiration rude et suivie d'expiration.

Le cœur battait de nouveau en dehors du mamelon droit.

J'ai engagé ce malade à se rendre à l'Hôtel-Dieu, chez M. le docteur Fernet, actuellement chargé d'un des services de cet hôpital, pour y subir de nouvelles ponctions.

Ainsi, pendant trois ans, cet homme avait pu être considéré comme guéri. Si, à sa sortie de l'hôpital, il y avait encore de l'épanchement, la dépression du côté gauche, observée plus tard, semblait témoigner que cet épanchement avait été résorbé. Le seul trouble fonctionnel qu'il eût conservé était une légère disposition à l'essoufflement, imputable en grande partie du moins, aux lésions du parenchyme pulmonaire, dont les manifestations avaient précédé la pleurésie et elles ne l'empêchaient pas de

(1) L'obstacle que ces néo-membranes apportent à l'expansion des lobules superficiels doit contribuer à la faiblesse du bruit respiratoire qui succède aux pleurésies.

se livrer à des travaux très-pénibles. En effet, il avait eu des hémoptysies, et l'on ne peut guère douter qu'elles ne fussent liées à des poussées tuberculeuses. A son entrée à l'hôpital, nous avons constaté que la respiration était faible et rude sous la clavicule droite. Cependant la maladie était restée stationnaire, malgré le nouveau choc imprimé à la poitrine par cette pleurésie.

Il n'est pas très-rare de voir des pleurésies, et même des pneumothorax, coïncider avec un arrêt de la tuberculisation pulmonaire (1), surtout, je crois, quand celle-ci n'est pas très-étendue. Dans d'autres circonstances, ces complications sont le signal d'une aggravation de la maladie.

J'ai conseillé à ce malade une nouvelle thoracocentèse. Si le liquide était de nouveau purulent, on pourrait se poser la question de l'opportunité de l'opération de l'empyème ; l'expérience du passé prouve que si le cœur et le poumon ne sont pas complètement libres, s'ils n'ont pas pu rentrer tout à fait dans leurs rapports normaux, ils ne sont pas cependant retenus par des liens absolument inflexibles. Si l'on se décidait à tenter cette opération, le procédé de M. le docteur Moutard-Martin, qui substitue une mèche de caoutchouc aux tentes de charpie et aux tubes élastiques, me semble bien préférable au drainage, qui laisse un corps étranger à demeure dans la cavité pleurale. Tout souple et tout doux qu'il soit, ce drain n'en doit pas moins être une cause d'irritation permanente qui peut entretenir et prolonger la sécrétion morbide ; outre que l'opération nécessaire pour l'introduire est plus douloureuse, plus offensive pour les organes intra-thoraciques, que l'incision simple de l'opération de l'empyème. Je comprends dans certains cas l'indication de placer un tube dans l'orifice de la plaie ; je ne comprends pas la nécessité d'un drain, au moins dans le plus grand nombre des cas, et je ne crois pas à sa complète innocuité.

En rapprochant cette observation de la précédente, nous voyons dans toutes deux ressortir un fait anatomique important, c'est la transformation du pus en une émulsion de matière grasse et la disparition des leucocytes : évidemment la matière protéique de ceux-ci a subi la dégénérescence graisseuse. Cette transformation relève entièrement des lois chimiques ; elle peut s'accomplir en dehors de la sphère de la vie ; on l'observe sur les cadavres, et tôt ou tard la science nous en donnera la

(1) Assez souvent un léger épanchement pleural accompagne et favorise peut-être la résolution de la pneumonie.