

constate l'existence d'une pleurésie exsudative; on prescrit un vésicatoire et une potion diurétique. Puis, comme l'épanchement s'obstinait à ne pas disparaître, on mit ainsi vésicatoires sur vésicatoires sans ponctionner la poitrine, jusqu'à ce qu'enfin, trois mois environ après l'entrée du malade, en mars, le liquide se fit jour à 12 centimètres environ au-dessus et en dehors du mamelon, dans un espace intercostal, qui se perfora en deux endroits presque en même temps. Un autre orifice s'ouvrit un peu plus haut, à 3 centimètres au-dessous du mamelon. Du pus s'écoula en abondance par tous ces pertuis, qui restèrent fistuleux. L'écoulement du pus soulagea grandement le malade. Le niveau du liquide baissa suffisamment pour que la fistule supérieure se fermât, mais cela six mois après son ouverture spontanée. Quant à la fistule inférieure, à deux pertuis, elle persista indéfiniment; parfois elle semblait avoir de la tendance à s'oblitérer: il ne coulait que très peu de liquide purulent; puis elle se rouvrait bientôt largement, et le pus s'écoulait en abondance au grand soulagement du malade, qui était pris d'oppression dès que sa fistule donnait peu: en d'autres termes, la plèvre gauche continuait à suppurer, et quand l'issue tendait à se fermer, le liquide s'accumulait et déterminait des phénomènes d'oppression.

En février 1869, treize mois après y être entré, le malade quitta l'hôpital ayant toujours sa *fistule pleuro-cutanée*. Le mois suivant, en mars, il rentra à l'hôpital, dans mon service de la salle Saint-Paul, et peu de temps après un autre symptôme vint démontrer qu'à son tour le feuillet viscéral de la plèvre s'était rompu comme autrefois le feuillet pariétal, et qu'il y avait ainsi simultanément *fistule pleuro-cutanée* et *fistule pleuro-bronchique*: en effet à la suite de nombreuses quintes de toux, le malade rejeta du pus en abondance par la bouche. A partir de ce moment, l'expectoration purulente persista en présentant des alternatives relativement à l'abondance.

Ainsi, quand la fistule pleuro-cutanée se fermait en partie, et qu'il ne s'en écoulait plus qu'une quantité insuffisante de liquide purulent, la toux devenait plus vive, l'oppression augmentait jusqu'à devenir excessive, et enfin après quelques quintes de la toux la plus pénible, le malade expectorait à flots du pus dont la quan-

tité s'élevait d'un à deux crachoirs dans les vingt-quatre heures.

Quand, au contraire, la fistule cutanée était largement ouverte, les linges de pansement étaient chaque jour baignés de pus, et dans ces cas le malade en expectorait une quantité bien moindre. Il y avait donc une sorte de balancement dans le rendement du kyste pleural par la bouche et par la peau. Comme la sécrétion purulente était continue, quand la fistule cutanée donnait peu, le pus s'accumulait, puis se faisait jour de vive force par la fistule bronchique.

Cet état si pénible durait ainsi depuis plusieurs mois; le malade déclinait chaque jour, perdait son appétit et ses forces; il avait de temps à autre des frissons assez prononcés, des sueurs la nuit, le sommeil était constamment troublé par la toux, lorsque enfin au mois de juillet, voulant mettre un terme à ces accidents, je résolus de faire pratiquer une contre-ouverture à la paroi thoracique, d'y passer un drain, et de vider ainsi cette cavité pleurale transformée en un véritable kyste purulent. Je pensais faire des injections détersives d'abord, excitantes ensuite, pour arriver à tarir cette abondante sécrétion de pus et amener la rétraction des parois de la plèvre chroniquement enflammée. J'espérais obtenir ainsi la cicatrisation de la fistule pleuro-bronchique.

Il va sans dire que j'auscultais fréquemment le malade pour voir si la tuberculisation ne viendrait pas compliquer la situation et aggraver fatalement l'état du malade, qui, d'ailleurs, déclinait chaque jour.

Indépendamment de l'amaigrissement qui allait croissant, les extrémités inférieures commençaient à s'œdématiser. Cependant, en dépit de l'atteinte profonde portée à l'hématose, aucun signe de tuberculisation pulmonaire ne se manifestait. Du côté gauche de la poitrine la matité était évidente dans la moitié inférieure du poumon, en arrière comme en avant et latéralement. Un peu au-dessus il n'y avait que de la submatité; quant au tiers supérieur, il conservait une sonorité à peu près normale. Les vibrations thoraciques étaient complètement abolies dans tous les points où se percevait la matité, et le murmure respiratoire ne s'y entendait pas davantage. Au contraire, la respiration se fai-

sait entendre avec son rythme et son timbre normaux au sommet du poumon gauche ; du côté opposé la sonorité et la respiration étaient absolument normales.

En conséquence, je priai M. Duplay d'examiner avec moi le malade, et de me donner son avis relativement à la contre-ouverture que je projetais de lui faire faire. M. Duplay introduisit avec une grande difficulté une bougie élastique, et trouva un trajet tortueux où la sonde s'engageait très peu profondément. En quelque sens qu'il la tournât, la bougie se trouvait toujours arrêtée, excepté en haut, où la sonde pénétrait obliquement, bien qu'avec peine.

Cette exploration faite, M. Duplay ne fut pas d'avis de pratiquer une contre-ouverture, ne sachant pas où la faire porter, attendu l'incertitude du chemin parcouru par l'instrument investigateur.

Cette ressource m'étant ainsi enlevée, je résolus de dilater l'ouverture fistuleuse au moyen de petits coins de *laminaria digitata*, me réservant d'agir plus activement ensuite. Ces choses se passaient vers la fin de juillet ; au bout d'une semaine le trajet oblique fut suffisamment élargi dans une certaine étendue, pour que je pusse y introduire une sonde de gomme ordinaire du calibre de 6 millimètres environ. Le premier jour de l'application de la sonde (1^{er} août), il s'écoula environ un litre de pus par la sonde, et le malade en éprouva un grand soulagement. Les jours suivants, le pus continua à couler, mais avec moins d'abondance que le premier jour, dans une vessie de caoutchouc vulcanisée que j'adaptai à la sonde.

A partir de ce moment, la teinte grise et plombée du visage commença à diminuer, l'appétit revint en partie, et l'œdème des jambes disparut complètement. La respiration s'accomplissait mieux, et le malade ne se sentait plus gonflé comme autrefois après ses repas.

Cette amélioration ne me suffisait pas ; je tentai vers la fin d'août d'obtenir la guérison du kyste à l'aide d'injections excitantes. J'injectai d'abord de la teinture d'iode très étendue ; mais il en résulta presque aussitôt une oppression des plus pénibles, et le malade en rejeta une petite quantité par la bouche avec des quintes de toux très fatigantes. Ce moyen étant trop douloureux,

je dus l'abandonner et laisser reposer le malade pendant quelques jours, durant lesquels cependant je lui fis respirer des vapeurs de teinture d'iode, afin de modifier quelque peu par l'intermédiaire de la fistule pleuro-bronchique l'intérieur du kyste purulent, et à la fin d'août je commençai les injections d'eau alcoolisée au vingtième ; à la suite des premières injections ébriété passagère, pendant laquelle le malade a la sensation et le goût de l'alcool dans la bouche. Le pus devint alors séreux et sanguinolent, et la quantité en diminua rapidement, au point que bientôt je ne laissai plus de sonde à demeure. De temps à autre, quand un peu d'oppression se manifestait, le malade remettait sa sonde, par laquelle il ne s'écoulait qu'une petite quantité de sérosité rosée. Alors aussi je recommençais l'injection alcoolisée.

A la fin d'août, voici quel était l'état des choses ; la matité persistait dans toute la moitié inférieure ; mais, au lieu de l'abolition complète du murmure respiratoire, on percevait comme un léger bourdonnement qui indiquait le déplacement du poumon vers la base de l'organe. Des frottements pseudo-crépitants se faisaient entendre sur les confins de la matité. Il n'y avait ni souffle ni égophonie.

Le 3 septembre, l'ouverture fistuleuse est considérablement rétrécie, le malade ne tousse plus. Depuis trois ou quatre jours il sort à peine dans les vingt-quatre heures deux ou trois cuillerées de sérosité légèrement sanguinolente.

La sonde pénètre très difficilement dans la cavité pleurale ; le chemin est plus court et plus tortueux.

Le malade non seulement ne tousse plus, mais il n'a plus le goût du liquide injecté, comme il l'avait dans la bouche pendant les huit ou dix premiers jours où les injections furent pratiquées. Ces deux choses démontrent évidemment que la fistule pleuro-bronchique est fermée.

Quand le malade veut faire une profonde inspiration, il se sent gêné, dit-il, dans le côté gauche ; cependant, progrès considérable, la respiration s'entend presque jusqu'au bas du poumon, faible, il est vrai, mais enfin perceptible. Quant à la matité, elle est toujours très prononcée.

L'état général est excellent ; le malade mange avec appétit,

dort sa nuit entière; toutes les grandes fonctions s'accomplissent et les forces renaissent. Le malade reprend de l'embonpoint.

Le 15 septembre, on cesse les injections d'eau alcoolisée; il ne s'écoule de la fistule qu'une cuillerée à soupe environ par vingt-quatre heures, tandis qu'il y a quinze jours on en obtenait encore de 60 à 80 grammes. Cette sérosité a toujours une odeur d'alcool très prononcée; elle est rosée par suite de la présence de globules de sang, dont les uns sont normaux et les autres déformés; elle contient quelques globules graisseux. La sonde ne s'introduit qu'avec peine dans la fistule.

Du 16 septembre au 6 octobre, époque durant laquelle on n'injecta plus d'alcool, le liquide qui s'écoulait par la sonde resta pendant quelques jours dans les proportions de 20 à 30 grammes environ, pour augmenter bientôt jusqu'à atteindre la quantité de 50 à 60 grammes. Pour en finir avec cette sécrétion intarissable, j'injectai le 7 octobre une solution de nitrate d'argent au deux-centième. Le lendemain la fistule semblait fermée, et il n'en sortait aucun liquide. Le surlendemain 9 octobre, la fistule se rouvrit et il s'en écoula environ 80 à 90 grammes d'une sérosité louche et d'un jaune rougeâtre. Le 10, la sérosité a le même aspect et sort avec la même abondance; on supprime alors les injections de nitrate d'argent pour en revenir à celles d'eau alcoolisée du mois précédent; au bout de deux ou trois jours, la quantité de sérosité retombe de 80 à 40 grammes, et bientôt elle n'est plus que de 20 à 25 grammes environ en vingt-quatre heures. Le 26 octobre, il ne sort plus par la plaie qu'une cuillerée de sérosité rosée qui remplit à peine le fond d'un verre à expérience. La santé est excellente, l'appétit très vif, et les forces sont revenues.

Quant à l'état local, il était à peu près le même qu'un mois auparavant; on entendait la respiration jusqu'à trois travers de doigt de la fistule, nonobstant la persistance de la matité à la base de la poitrine.

Dans les premiers jours de novembre, ce n'était plus que quelques gouttes de sérosité louche plutôt que purulente, qui s'écoulaient par vingt-quatre heures de la fistule. Le malade pouvait donc être considéré comme guéri. Je l'engageai à reprendre ses

occupations, espérant que l'exercice et le grand air achèveraient la cure. Le malade sortit en effet, et, un mois plus tard, un élève que j'envoyai à sa demeure pour y prendre de ses nouvelles, constata la cicatrisation définitive de la fistule, qui s'était fermée depuis dix jours. Depuis lors, j'ai appris que la guérison était définitive, la fistule ne s'étant jamais rouverte.

Ce cas est fécond en enseignements de plus d'une sorte: il prouve d'abord, et une fois de plus, la complète inutilité, et par suite le danger, dans les épanchements pleurétiques abondants et apyrétiques, de la révulsion par les vésicatoires (on en mit quatorze!) comme de la dérivation (diurétiques de toute nature); il prouve que dans les cas où l'on n'a pas su entraver la formation de telles inondations dans la plèvre, il n'y a qu'un seul moyen d'en débarrasser celle-ci, la paracentèse de la poitrine; il prouve enfin que si l'on n'y a pas recours, la nature alors y pourvoit par la rupture spontanée de la paroi thoracique: et c'est ce qui eut lieu chez notre malade, lequel eut cette double malchance qu'on ne sut pas empêcher son épanchement pleural de se faire, et qu'on ne sut pas davantage y remédier une fois celui-ci formé.

Ainsi vaste épanchement d'abord, empyème plus tard: tel fut ici le bilan de la médication antisanguinaire.

Vous avez vu les difficultés, les lenteurs, mais aussi le triomphe de la médication substitutive. Cet homme était épuisé par une suppuration très prolongée, non moins que par le siège de celle-ci qui portait atteinte à son hématoïse. Une des difficultés du traitement était l'existence d'une fistule pleuro-bronchique; je craignais de produire des accidents vers les bronches en injectant dans le kyste pleural des liquides irritants, et c'est ce qui eut lieu quand j'injectai de la teinture d'iode étendue. Une autre difficulté se trouvait dans l'étroitesse et l'irrégularité du trajet fistuleux; une fois celui-ci dilaté et régularisé, le pus cessa de séjourner dans la plèvre, ce qui fut une première amélioration. La nature puis la quantité en furent modifiées par les injections; nouvelle et féconde amélioration. La couleur rosée du liquide prouvait que l'irritation allait alors jusqu'à produire la rupture de petits vaisseaux; et ce ne fut pas un mal.

Enfin, ce malade guérit; mais je dois vous avertir que vous ne

serez pas toujours aussi heureux, car il résulte des recherches de M. Oulmont que la mort dans la pleurésie chronique a surtout été observée lorsqu'il y avait simultanément fistule pleuro-bronchique et fistule pleuro-cutanée.

Le cas de ce malade que nous avons observé ensemble n'est rien moins qu'exceptionnel : vous en verrez de semblables à tous les âges, même chez les enfants et par suite des mêmes causes, l'insuffisance du traitement. Aussi m'en a-t-il rappelé d'autres, qui m'avaient vivement frappé durant mon internat.

C'était à l'hôpital des Enfants malades, non pas dans le service de mon cher et savant maître M. Roger, qui traite encore les pleurésies aiguës par les émissions sanguines, mais dans le service d'un médecin *naturiste*, c'est-à-dire qui observe ce que l'on appelle *la marche naturelle des maladies*, et dans les salles duquel on pouvait voir ce que fait parfois la nature abandonnée à elle-même, surtout au cas de pleurésie : c'était fort édifiant.

Un jour, entre autres, un médecin de la ville, qui n'osait pas faire la ponction de la poitrine, avait envoyé à l'hôpital pour y être opéré un jeune garçon de huit ans. L'enfant avait tout le côté gauche du thorax rempli de liquide. Nonobstant l'urgence, l'opération ne fut pas faite; on se contenta d'appliquer de la teinture d'iode sur la poitrine. Le pauvre petit avait de la fièvre, il était fort oppressé; il ne quittait pas son lit; néanmoins on ne voulait toujours pas l'opérer. La nature se chargea de le faire, mais assez mal; la paroi thoracique se rompit à la partie antérieure du deuxième espace intercostal; du pus s'écoula en abondance, mais la rupture s'était faite trop haut, de sorte que l'écoulement par la plaie, qui resta fistuleuse, ne déversait au dehors que le trop-plein du kyste pleural; c'était comme un écoulement par regorgement qui ne soulageait en rien le malade. L'oppression resta la même, il y eut de la fièvre hectique; de la diarrhée survint, et le petit malade succomba dans le marasme. A l'autopsie, on ne trouva pas de tubercules : la pleurésie purulente avait suffi à la mort.

Semblable terminaison eut lieu, dans le même service et de la même façon, chez un autre petit malade qui fut traité de même sorte, c'est-à-dire par la contemplation.

Il était entré avec une pleurésie aiguë qu'on laissa devenir chronique : un épanchement s'était fait, qui occupait tout le côté gauche de la poitrine. La thoracocentèse, qui était si bien indiquée, ne fut cependant pas pratiquée. La paroi thoracique s'ulcéra à la partie antérieure du troisième espace intercostal. Durant plusieurs semaines le pus s'écoula par la plaie fistuleuse. L'opération de l'empyème en un point plus déclive de la poitrine, qui s'imposait en quelque sorte, ne fut pas plus pratiquée que dans le cas précédent, et le malade succomba comme le premier. Il n'était pas plus tuberculeux que lui.

Ainsi moururent de pleurésie purulente deux enfants qui ne périrent que parce qu'on avait trop compté sur la nature; laquelle est comme le ciel, qui « n'aide que ceux qui s'aident eux-mêmes. »