

de râles fins, indice de la congestion œdémateuse due à l'asthénie pulmonaire, fut prise d'une excessive aggravation de sa dyspnée. Comme en même temps de la fièvre s'était développée et qu'une vive douleur thoracique s'était manifestée tout à coup du côté droit, je ne doutais pas qu'une pleurésie ne fût survenue.

En conséquence, je voulus faire asseoir la malade pour l'examiner, mais la faiblesse était si grande, qu'elle ne put accomplir cet acte musculaire. On fut obligé de l'asseoir et de la soutenir une fois assise; la malade s'abandonnait, inerte, à la pesanteur.

Dès qu'on eut assis la malade, elle se mit à tousser, ce qui me fit vous dire qu'il y avait déjà un exsudat qui, glissant sur le diaphragme dans le déplacement du tronc, venait irriter les ramuscules du nerf vague à la base du poumon droit.

La percussion de la poitrine à droite était très douloureuse, et la pression de chacun des derniers espaces intercostaux provoquait un cri de souffrance. Il y avait une matité absolue dans tout le tiers inférieur droit, du souffle et de l'égophonie.

La température était de 38°,2 et le pouls à 108.

Malgré la faiblesse, ou plutôt à cause de celle-ci, qui indiquait la gravité de la situation où la phlegmasie pleurale venait de jeter un organisme profondément ébranlé déjà par la maladie du cœur, je fis appliquer six ventouses scarifiées.

À la visite du soir, l'interne de service, M. Léon Andral, trouvait la malade moins oppressée; la température était de 38°,5.

Le 23, les signes physiques étaient les mêmes, mais la poitrine avait cessé d'être douloureuse.

Je fis mettre un vésicatoire pour continuer la révulsion. La malade, loin d'avoir été affaiblie par l'émission sanguine locale, pouvait s'asseoir spontanément.

Le 24, le souffle était moins étendu et moins dur, l'égophonie ne s'entendait plus qu'à l'angle inférieur de l'omoplate; l'oppression était beaucoup moindre et la fièvre était tombée: il n'y avait plus que 37 degrés le soir.

Cependant une complication survenait qui mettait de nouveau l'organisme en grand péril: de l'apoplexie pulmonaire s'était faite et la malade rejetait dans la journée une demi-douzaine de crachats couleur de gelée de groseille.

Je traitai cette complication par le vin et le café (125 grammes de bagnols, 200 grammes de bordeaux et 250 grammes d'infusion de café); potion avec 2 grammes d'extrait de quinquina, bouillons et potages.

Le lendemain 25, la malade était tellement faible, que je ne crus pas devoir la déplacer pour l'examiner et que je pensai que c'en était fait d'elle. Cependant je conseillai de continuer la médication tonique et de panser le vésicatoire. La température n'était que de 36°,6 le soir.

Le 26, il y avait de l'amélioration; les crachats sanglants, toujours en même nombre, viraient à la couleur abricot rouge; mais il s'en fallait bien que ce fussent des crachats de pneumonie; la température restait à 36°,5 le matin.

Le soir on pouvait faire asseoir la malade et l'examiner sans la fatiguer: la percussion révélait une matité moindre en étendue comme en intensité; en un point seulement, un peu au-dessous de l'angle de l'omoplate, en cherchant bien, on entendait un bruit de souffle léger dans l'expiration avec voix de « jeton dans la bouche. » La température était de 36°,8.

Le 27, l'amélioration devenait plus grande encore. À peine un ou deux crachats sanglants. Il fallait une grande insistance aidée d'une grande attention pour retrouver les signes de la pleurésie.

Le 28, tout avait disparu: il ne restait de la pleurésie qu'un peu de matité à la base droite.

Bientôt la malade put se lever, s'occuper à de petits travaux dans la salle, et elle demanda à nous quitter le 20 février, non seulement guérie de sa pleurésie ainsi que de son asphyxie pulmonaire, mais débarrassée de son oppression et de sa cyanose cardiaque, ainsi que des râles crépitants des bases.

Je ne doute pas que si, me plaçant au point de vue de sa faiblesse radicale, de l'état de délabrement où la maladie du cœur avait jeté tout son organisme, j'avais voulu épargner le sang de cette femme, et hésité à faire dès le début de la phlegmasie pleurale une énergique révulsion, un épanchement ne se fût opéré, lequel eût été considérable, en raison de la tendance hypercristique créée par la cachexie cardiaque, et que la malade ne fût morte de sa pleurésie au lieu d'en guérir en six jours.

Je vous ai dit ce qu'était la pratique de Lerminier, d'Andral et de Bouillaud, ce qu'était celle de plusieurs médecins de province, ce qu'était la mienne, ou plutôt celle de la saine tradition médicale; vous y avez vu le rôle des émissions sanguines et ce qu'il en advenait pour la maladie : ou l'épanchement pleurétique n'avait pas lieu, ou il était peu abondant et se résorbait avec rapidité.

Au contraire, vous avez pu voir, par l'histoire des malades entrés dans nos salles avec de vastes épanchements, que la médication employée avait été nulle, insignifiante, ou révulsive et dérivatrice; mais que, dans aucun cas, on n'avait mis en œuvre la médication antiphlogistique.

Eh bien, messieurs, ce ne sont point là des faits isolés ni exceptionnels : ce que vous avez vu ici, vous le pouvez voir ailleurs; voilà où en sont les choses actuellement, et tel est, en général, à Paris, l'état des pleurétiques.

Ainsi, d'une part, et par peur de l'anémie, un point de doctrine douteuse devenu fait de pratique, la proscription des émissions sanguines et leur abandon systématique ou inconscient; d'autre part, ce fait d'observation, la fréquence des épanchements de la plèvre et la nécessité de la ponction thoracique. L'opération de l'empyème, dont Andral, en 1834, mentionnait et discutait l'hypothèse problématique, s'imposait désormais au praticien.

Or, il n'est pas douteux pour moi que si les épanchements pleuraux, autrefois si rares, sont de nos jours devenus et si fréquents et si abondants, c'est parce qu'on n'a rien fait pour en arrêter la formation ou l'accroissement; si la maladie pleurétique s'est transformée depuis quelque vingt ans, c'est que la thérapeutique s'est malencontreusement modifiée. C'est pour avoir vu la fréquence et la gravité des épanchements pleurétiques que Trousseau a fait adopter pour leur évacuation la thoracocentèse; mais c'est la nouvelle thérapeutique des maladies inflammatoires qui, appliquée à la pleurésie, a engendré ces vastes épanchements de la plèvre et transformé ainsi une maladie médicale en une maladie chirurgicale.

Cependant l'épanchement s'est opéré, soit par l'inertie volontaire du médecin, soit par son incurie ou celle du malade, la

*fièvre est tombée* et l'affection primitive est devenue un hydrothorax pur et simple ou une pleurésie chronique. Que faut-il faire? Peut-on en tenter la résorption par les moyens médicaux, ou doit-on d'emblée faire appel à la chirurgie?

Ici encore le médecin qui a été malfaisant par son abstention systématique peut être malfaisant par une intervention exclusivement médicale. Si, pour faire résorber l'épanchement qu'il a laissé s'opérer, il a recours à la méthode, puissante en d'autres circonstances, de la révulsion ou de la dérivation, alors malheur au malade. Son organisme s'affaiblit sans que son épanchement varie : je me trompe, il ne peut qu'augmenter par la débilitation même qu'entraîne l'étrange médication mise en œuvre.

Pour faire toucher du doigt l'absurdité thérapeutique de la révulsion ou de la dérivation en pareil cas, il suffit de poser nettement les termes du problème. Que se propose le médecin si singulièrement inspiré? Évidemment de faire boire par la plèvre le liquide qu'elle a vomi dans sa propre cavité. Mais, pour arriver à ce bienheureux résultat, encore faut-il qu'il y ait une plèvre. Eh bien, voyons ce que la maladie a laissé de la séreuse.

Dans la plupart des cas, la *plèvre pulmonaire* est considérablement diminuée; dans un certain nombre d'autres, elle n'existe plus, le poumon étant devenu gros comme un citron. Dans ces derniers cas, il va de soi que la puissance de résorption de la plèvre pulmonaire est absolument nulle. Restent donc les premiers. Or, quand le poumon est réduit des deux tiers, des trois quarts de son volume, la plèvre pulmonaire est nécessairement réduite d'autant; j'ajoute qu'alors sa puissance de résorption l'est encore bien davantage; car elle est bardée d'une couenne complètement inerte, et dont l'inertie augmente avec l'épaisseur, comme l'épaisseur en augmente avec l'âge de la maladie.

Notus avons, il est vrai, la *plèvre pariétale*, qui, elle, n'a pas pu bouger. Peut-elle donc résorber, celle-là? Pas beaucoup plus que ce qui reste de la plèvre pulmonaire et pour les mêmes raisons : la présence de la cuirasse pseudo-membraneuse, amoindrissant au moins, si elle ne l'annihile, la faculté de résorption.

Mais, en admettant même qu'il n'y ait pas de fausse membrane, comme au cas d'hydrothorax; ou que la fausse membrane soit

incapable d'abolir la faculté de résorption de la plèvre; la révulsion n'a de pouvoir que sur l'acte morbide, que sur la plèvre *actuellement* sécrétante, actuellement hyperémiée; elle ne peut rien sur le *caput mortuum* de l'inflammation pleurale, l'épanchement, qui, lui, reste immobile, inébranlable et intangible à tous les efforts de la révulsion.

Pour préciser davantage, à quoi s'adresse, en effet, le vésicatoire? à la peau. A quels éléments de la peau? aux nerfs, qu'elle irrite. Et de cette irritation résulte une hyperémie artificielle par action des nerfs sur les vaisseaux. L'hyperémie thérapeutique une fois constituée revulsoire, par action de voisinage et par action réflexe, l'hyperémie morbide spontanée de la plèvre: elle fait cela ou ne fait rien. Mais l'hyperémie de la plèvre a cessé depuis longtemps; quel contre-coup bienfaisant peut donc avoir l'hyperémie cutanée par vésicatoire?

La dérivation peut-elle davantage? Ses moyens sont les purgatifs, les vomitifs, les sudorifiques et les diurétiques. Le mode d'action étant le même pour tous, ce qui est vrai des purgatifs le sera des autres agents. Or, les purgatifs appellent sur l'intestin une hyperémie sécrétoire destinée à contre-balancer l'hyperémie pleurale. Mais ici encore l'action du purgatif est parfaitement illusoire — car, je le répète, il n'y a plus d'hyperémie morbide, celle-ci a depuis longtemps disparu; il n'y a plus qu'un épanchement insensible et inerte, sur lequel l'hyperémie dérivatrice ne peut rien. La spoliation intestinale peut-elle davantage? En affamant les vaisseaux en général, va-t-elle en particulier faire reprendre à ceux de la plèvre le liquide épanché? Je ne vous ferai pas l'injure de supposer que vous croyiez semblable chose. Je sais en effet un acte spoliateur capable de faire résorber les épanchements, et je ne sais que celui-là, c'est le *choléra*. Irez-vous dans vos emportements thérapeutiques jusqu'à de pareils excès de zèle? Je ne le pense pas. Et, d'ailleurs, le voulussiez-vous, que vous ne le pourriez pas, heureusement pour le malade.

Mais l'insanité de la médication révulsive ou dérivatrice au cas de vaste épanchement pleurétique ne se démontre pas seulement par le raisonnement, elle se révèle positivement par les faits. Vous avez vu la manifeste insuffisance de cette médication, non

moins que ses néfastes résultats, chez le malade du n° 11, qui subit en sept semaines la torture de huit vésicatoires et de quarante-trois purgations (1); du n° 42, qui fut tourmenté par quatorze vésicatoires et les diurétiques les plus variés (2). Or, je sais des cas où des malades se meurent tout à la fois de leur pleurésie purulente (qui nécessiterait le traitement chirurgical dont je vous parlerai prochainement) (3) et de la médication vomitive, qui ne fait rien résorber.

Le mieux assurément serait de ne rien faire — c'est-à-dire de continuer la belle médication qui a présidé à la naissance de l'épanchement, l'expectation! Au moins n'ajouterait-on pas la spoliation aux troubles de l'hématose, et ne serait-on malfaisant qu'à demi. On n'enlèverait pas alors une partie de son sérum à ce sang déjà mal hématosé par l'amoindrissement de la surface pulmonaire, ajoutant ainsi l'anémie par quantité à l'anémie par qualité!

Maintenant, puisque par leur abstention systématique les médecins de nos jours sont arrivés à ce glorieux résultat de transformer, je le répète à dessein, une affection médicale en une affection chirurgicale, voyons ce que doit être l'opération de chirurgie devenue nécessaire, et ce à quoi elle obvie seulement.

Ce sera le sujet de la prochaine leçon.

Cependant je dois auparavant signaler ici la possibilité de la guérison d'un épanchement très abondant par l'emploi d'un moyen injustement tombé en désuétude, l'application de *cautères suppurants* sur la poitrine.

Ce moyen, autrefois consacré au traitement de la pleurésie chronique ou de celle qui traîne en longueur, a été mis en œuvre par un très distingué médecin de Neuilly, le docteur Godlecki, pour traiter des épanchements pleurétiques même aigus. S'inspirant de la pratique du docteur Lamotte, qui appliquait ainsi les cautères depuis plus de vingt-cinq ans, M. Godlecki a traité de la sorte « un nombre considérable d'épanchements pleurétiques, et toujours avec un succès invariable. » Ce moyen consiste à mettre

(1) Voir, plus haut, leçon XXVIII, p. 579.

(2) Voir, plus haut, leçon XXVIII, p. 583.

(3) Voir, plus loin, leçon XXX.

de six à douze cautères sur la paroi thoracique, soit avec la potasse caustique, soit avec la pâte de Vienne (1). La douleur est moins vive et moins persistante par la pâte de Vienne, et je crois cette dernière préférable.

A l'exemple de M. Godlecki, un médecin très distingué de Paris, le docteur Antonin Martin, a appliqué cette médication avec un succès complet dans trois cas, et avec un succès relatif pour un quatrième malade.

Dans un de ces trois cas de guérison il s'agissait d'un jeune homme lymphatique et tuberculeux, qui contracta une pleurésie dans une excursion dite « de plaisir » à Londres. Il en revint avec le côté droit de la poitrine plein d'eau. La pleurésie avait été très fébrile. M. Antonin Martin fit appliquer successivement six ventouses scarifiées, puis deux vésicatoires; mais la résorption ne se fit pas. Le 8 juillet 1877, au quinzième jour de la maladie, M. Antonin Martin me fit appeler, et je conclus à la nécessité de la thoracocentèse. Mais le malade, pusillanime, s'y refusa. M. Antonin Martin eut alors l'heureuse idée de proposer et d'appliquer, le 11 juillet, sept cautères sur la poitrine, les trois premiers au niveau du sixième espace intercostal, les quatre autres au niveau du neuvième. « Le malade n'en pouvait plus alors, m'écrivit M. Antonin Martin; je croyais qu'il devait mourir dans un accès d'orthopnée.

« L'épanchement diminua progressivement, quelquefois de 5 à 6 centimètres du jour au lendemain.

« Le 24 juillet, treize jours après l'application des cautères, le malade fut en état d'être transporté chez son beau-frère.

« Le 8 août, il faisait sa première sortie sur le quai d'Orsay; le 14, il revenait me consulter chez moi, et je constatais la disparition de l'épanchement, mais de la matité due à des fausses membranes, des frottements pleuraux et... des craquements au sommet!

« Depuis sont survenues des hémoptysies très graves et les tubercules se sont ramollis. »

Cet homme, que j'ai revu à l'état de phthisique en 1879, a donc

(1) Godlecki, *Moniteur thérapeutique*, 7 mars 1877.

assez rapidement guéri, par des cautères multiples, de son épanchement *aigu*, alors que je croyais la ponction de la poitrine urgente et indispensable.

Les deux autres faits de guérison de M. Antonin Martin sont d'autant plus intéressants qu'il s'agit, dans un cas, d'une nourrice en plein allaitement et, dans l'autre, d'une femme enceinte.

Un autre cas, qui m'est personnel, est celui d'un médecin âgé de soixante-dix ans, goutteux et épuisé. L'épanchement avait diminué par l'application de trois vésicatoires, mais il restait bien un litre de liquide qui ne semblait pas vouloir se résorber. La fièvre, qui n'avait jamais été intense, était tombée, et l'on n'était guère disposé dans l'entourage en faveur de la ponction de la poitrine. A la sixième semaine de la maladie, deux larges cautères furent appliqués sur la ligne axillaire, aux cinquième et sixième espaces intercostaux; la suppuration y fut entretenue à l'aide de pois, et un mois plus tard toute trace d'épanchement avait disparu.

Cette médication par les cautères multiples est donc loin d'être sans valeur et mérite d'être recommandée, au cas surtout où le malade et sa famille se refusent à la thoracocentèse.