

TRENTIÈME LEÇON

Thoracocentèse tour à tour combattue et appliquée à outrance. — N'est pas un traitement, mais un expédient. — Doit être réservée aux seuls épanchements excessifs. — Traitement médical ultérieur de la pleurésie. — Procédé de Trousseau. — Ponction capillaire et aspiratrice. — Danger d'une évacuation trop rapide. — Bronchorrhée séreuse consécutive. — Aspirateur Dieulafoy. — Siphon de Potain. — Pleurésie purulente et son traitement chirurgical. — Opération de l'empyème; ses indications. — Pleurésie purulente des enfants. Pleurésie aiguë et thoracocentèse aspiratrice. — L'aspiration ne combat qu'un des effets de l'inflammation pleurale. — Épanchement séreux transformé en épanchement purulent. — Généralisation de la thoracocentèse aspiratrice et plus grande mortalité des pleurétiques.

MESSIEURS,

Vers 1850, et à la suite de luttes retentissantes, Trousseau faisait décidément entrer la thoracocentèse dans les mœurs médicales; en 1870, un de ses élèves, M. Dieulafoy, portait cette opération, par la méthode aspiratrice, à son plus haut degré de perfection. Désormais la ponction de la poitrine était rendue si facile, que toute hésitation disparaissait comme toute crainte. Eh bien, chose bizarre! cette facilité même du procédé opératoire, en donnant à la main du médecin plus d'audace, constitue un véritable péril; de sorte qu'il va falloir, à moins de trente ans de distance, qu'un autre élève de Trousseau (c'est de moi qu'il s'agit) essaye d'arrêter dans leurs témérités chirurgicales les médecins naguère rétifs à la thoracocentèse, et maintenant très mal inspirés. On se refusait autrefois à ponctionner la poitrine, alors même que l'urgence en était suprême; on veut trop souvent la ponctionner de nos jours et en dehors de toute urgence. Il en est ici de l'esprit médical comme de l'homme ivre à cheval dont parle Luther: incapable de conserver l'équilibre, il tombe toujours à droite ou à gauche.

Je signale ici le danger, j'espère le démontrer tout à l'heure.

Nous avons vu, dans la leçon précédente, qu'il est des cas d'épanchements pleuraux où la ponction est de rigueur; je vais essayer maintenant d'en préciser les indications.

Tout pleurétique vous pose un des problèmes suivants :

1° Étant donnée une pleurésie aiguë, à son début même, s'opposer par tous les moyens médicaux possibles à la *production d'un épanchement* (et par moyens médicaux il faut entendre la saignée, si le malade est robuste et la fièvre intense; les ventouses scarifiées en nombre proportionné à la nature du cas et répétées autant qu'il est besoin; puis les vésicatoires);

2° Étant donnée une pleurésie aiguë avec un épanchement déjà fait, mais peu abondant encore et de récente origine, s'opposer par tous les moyens médicaux possibles à l'*augmentation de cet épanchement* et en *tenter médicalement la résorption*;

3° Étant donnée une pleurésie avec épanchement abondant (occupant le tiers de la cavité pleurale, par exemple), de date déjà un peu reculée (deux semaines, je suppose); mais l'état fébrile n'ayant pas cessé, *tenter encore la résorption* de l'épanchement par les moyens médicaux;

4° Étant donnée une pleurésie aiguë avec épanchement très abondant (occupant les deux tiers, la presque totalité de la cavité pleurale), dans ce cas seulement, renoncer immédiatement à toute tentative médicale, et pratiquer d'urgence, *malgré la fièvre*, la ponction de la poitrine, mais en avertissant qui de droit que l'opération n'est qu'un *expédient* indispensable; que l'on ne fait rien ainsi contre la pleurésie dont la fièvre est l'indice; que l'épanchement va probablement se reproduire; et agir en conséquence :

C'est-à-dire se placer à ce point de vue, qu'on a remis les choses en l'état où elles étaient au début de la pleurésie qui a produit l'épanchement qu'on vient de soutirer; qu'on est ainsi en présence d'une pleurésie qui recommence, et nécessairement sans épanchement encore; que, par conséquent, la tâche nouvelle est de s'opposer, par tous les moyens médicaux possibles, à la production d'un épanchement *de retour* dans cette poitrine qu'on vient de vider;

C'est-à-dire enfin que le problème a été ramené à celui de

traiter une pleurésie initiale de la façon que j'ai indiquée dans la première hypothèse examinée par moi.

C'est pour n'avoir pas envisagé la question comme je le fais ici, que trop souvent, sinon toujours, on voit l'épanchement se renouveler et l'indication de la ponction se présenter à nouveau : si l'on songeait un peu à *traiter la plèvre malade* et si l'on n'envisageait pas si exclusivement l'épanchement, attendant passivement son retour, percutant, auscultant pour en constater la venue, puis les progrès; se tenant sur le qui-vive seulement pour le soutirer de nouveau, sans rien faire pour en arrêter la production, on n'aurait pas à opérer si fréquemment et l'on ne verrait pas davantage cette lugubre fréquence des pleurésies purulentes. Elles étaient une pleurésie simple au début, l'inertie médicale les a laissées dégénérer en pleurésie avec épanchement séreux; la même inertie les a laissées redevenir pleurésie avec épanchement à la suite d'une première ponction. Puis, les choses allant progressivement s'aggravant à mesure que l'organisme s'épuise et que la plèvre devient plus intolérante à ses ponctions successives, c'est-à-dire à ses traumatismes répétés, l'épanchement de séreux devient purulent, et le résultat terminal a été de « transformer une pleurésie simple à son début en un véritable abcès de la plèvre. »

La poitrine n'est pas un tonneau que l'on puisse ainsi vider avec impunité, et la plèvre malade ne se laisse pas de la sorte indéfiniment trouser sans dommage. Les résultats le font bien voir.

Dans le cas suivant, où je dus opérer d'urgence, malgré la fièvre, me conformant aux préceptes que je vous ai indiqués dans ma quatrième hypothèse, je traitai, en raison même de cette fièvre, par la médication révulsive la plèvre dont je venais d'extraire plus de 3 litres de sérosité fibrineuse, mais qui restait malade encore.

Le 21 janvier entra dans mon service un homme de trente-trois ans, très robuste, en dépit d'une scoliose prononcée, à convexité tournée à droite.

Il était malade depuis près d'un mois; le 23 décembre, en effet, il avait éprouvé, en déchargeant des marchandises, un frisson

avec malaise général, perte d'appétit, puis point de côté et oppression.

Cet homme jouissait d'une bonne santé habituelle, et ne présentait pas trace de tubercules, ainsi que devait d'ailleurs le faire supposer son rachitisme thoracique. Il y avait une matité absolue de tout le côté droit de la poitrine, avec abolition des vibrations thoraciques, souffle intense et égophonie le long de la gouttière costo-vertébrale. Dyspnée très prononcée. Depuis près de trois semaines, le malade ne pouvait plus se coucher sur le côté gauche sans être menacé de suffocation; ce qui voulait dire que depuis longtemps déjà le côté droit de la poitrine était rempli d'eau.

Ce malade n'avait demandé encore aucun conseil médical et n'avait absolument rien fait contre sa pleurésie; c'était de l'expectation dans toute sa splendeur et avec tous ses bienfaits résultats.

La pleurésie était encore dans sa période d'activité, car il y avait de la fièvre : le pouls n'était qu'à 86, mais la température du matin s'élevait à 38 degrés.

Malgré la fièvre et vu l'urgence (l'épanchement était trop abondant pour qu'on pût songer à le faire résorber par les moyens médicaux), je ponctionnai le malade dès le lendemain de son arrivée et tirai de sa poitrine, à l'aide de l'appareil aspirateur de Potain, 3^l,1 d'une sérosité citrine, très fibrineuse. C'était évidemment de la sérosité inflammatoire, de sorte que, s'il en eût été besoin, la nature du liquide extrait indiquait assez que la pleurésie existait encore et que la plèvre devait être hyperémisée. Pour toutes ces raisons, je fis appliquer le même jour un large vésicatoire.

Après l'opération, qui produisit un soulagement immédiat, on entendit le murmure respiratoire jusqu'à la base de la poitrine, mêlé toutefois à des bruits de frottement et à quelques râles sous-crépitaux.

Chaque matin, j'auscultais avec le plus grand soin, cherchant si l'épanchement se reproduirait et me tenant prêt à agir vigoureusement s'il était nécessaire; mais la respiration s'entendait toujours jusqu'aux points les plus déclives de la poitrine.

Cependant, comme la fièvre persistait avec exacerbation tous les soirs; que la température, qui était le matin de 37°,5 à 38°,4, s'élevait le soir à 39°,6 et monta même un jour jusqu'à 40 degrés; que d'ailleurs le point de côté était revenu, je fis appliquer six ventouses scarifiées, treize jours après la ponction.

A partir de ce moment, la température du matin ne fut plus que de 37 degrés à 37°,6; mais le soir elle était toujours de 39 degrés à 39°,5.

Pour combattre cette fièvre du soir, je donnai alors du sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes. Le lendemain même de la première administration du fébrifuge, la température du soir baissa d'un degré (à 38°,4), et resta longtemps à ce chiffre. Le sulfate de quinine ne fut donné que pendant deux jours. Mais comme, dès le lendemain du jour où on l'avait cessé, la température revint le matin à 38 degrés et même 38°,5, je fis reprendre le sulfate de quinine pendant dix jours.

Nous arrivâmes ainsi jusqu'au 24 février, un mois après l'opération, et le liquide ne s'était pas reproduit, l'appétit renaissait enfin et les forces faisaient retour. Il n'y avait plus, le soir, des véritables accès de fièvre d'autrefois et qui étaient très pénibles au malade, qu'un peu d'élévation de la température, qui allait encore jusqu'à 38 degrés; mais sans aucune espèce de malaise. On pouvait considérer la maladie comme absolument guérie. Notre ex-malade était de cet avis, car il voulut partir pour Vincennes le 8 mars, six semaines après son entrée à l'hôpital (1).

Ce qu'il n'y eut pas de moins curieux dans le cas de cet homme, ce fut la persistance de la fièvre, d'abord sous la forme continue rémittente, puis sous la forme intermittente. On remarquera que, s'il ne fut soumis à aucun traitement avant son entrée à l'hôpital, au moins en eut-il cet avantage, qu'il n'était pas débilité par une médication spoliatrice comme les malades dont j'ai parlé dans ma leçon XXVIII.

Il ne me resté plus que deux hypothèses à discuter :

5° Il y a un épanchement considérable dans la poitrine et la

(1) Observation recueillie par M. Jobbé-Duval, externe du service.

fièvre existe continue avec grande dépression des forces; le liquide épanché est purulent, la ponction est d'urgence; mais la question réservée est de savoir si l'on devra ultérieurement pratiquer l'opération de l'empyème et ce qu'il faudra faire pour combattre la phlegmasie pleurale. Ce sont là des points que je traiterai longuement tout à l'heure.

6° La fièvre est absolument tombée, et l'on n'est plus en présence que d'un épanchement abondant, reliquat d'une phlegmasie éteinte. C'est là le cas le plus favorable, car la ponction, qui est de rigueur, sera décidément curative.

Tel était le fait de notre jeune malade du n° 7 (1). Je veux dire que le liquide ne se reproduira pas, mais non que le malade sera complètement guéri. En effet, vous l'avez vu pour le cas même de ce jeune homme; sa plèvre était entièrement débarrassée de toute espèce de liquide; le poumon correspondant, naguère inerte par compression, se déplissait désormais dans toute son étendue, et néanmoins il resta cinq semaines encore dans nos salles, pâle, languissant, n'ayant pas d'appétit, digérant assez mal la petite quantité d'aliments qu'il prenait, ayant de la diarrhée dès qu'il essayait d'en manger davantage. Son organisme débilité ne pouvait se remettre de ses trois mois d'anhématosie, durant lesquels il avait été réduit à la portion congrue de l'air; ce qui ramenait son cas à un fait d'alimentation insuffisante prolongée.

Or, je ne sais rien de plus probant que l'exemple de cette convalescence indéfinie, malgré la disparition de l'obstacle à la respiration, pour démontrer, s'il en était besoin, la nécessité d'opérer le plus tôt possible dans tous les cas où la presque totalité d'un poumon est supprimée par l'épanchement.

Une de nos craintes, et vous avez vu avec quel soin, presque chaque jour, nous auscultions dans ce sens, était que ce jeune homme ne se tuberculisât. Il n'en a rien été jusqu'ici, au moins aucun indice n'est encore venu révéler dans ses poumons la présence de granulations. Mais supposez qu'il en eût été

(1) Voir, plus haut, leçon XXVIII, p. 567.

autrement, c'est-à-dire que des tubercules eussent apparu, ou du moins se fussent révélés consécutivement à la ponction de la poitrine, aurait-on dû en accuser celle-ci? ou encore supposer (comme on l'a fait) que l'épanchement jouait à l'égard du poumon un rôle prophylactique, antituberculipare, en raison de la compression qu'il exerçait? Il est bien certain, en effet, que là où il n'y a plus de poumon par le fait de la compression, il n'y a pas de tuberculisation pulmonaire possible, et une telle assertion n'est plus qu'une naïveté. Si cet homme fût devenu tuberculeux, ainsi qu'il est arrivé à d'autres placés dans son cas et ponctionnés comme lui, ce n'aurait été ni parce qu'on l'avait opéré, ni parce que l'épanchement exerçait une compression curative, mais parce que la réduction de la prise d'air, diminuant les sources d'oxydation de l'organisme qui font la vie, celle-ci avait été durant trois mois réduite à un minimum, et l'organisme, par conséquent, jeté dans les conditions de débilitation générale d'où naît la tuberculose. Ce qui est une raison de plus, et la plus impérieuse, pour mettre un terme à l'état de choses qui diminue l'organisme en diminuant sa prise d'air (1).

Vous voyez de quelle importance sont ici le diagnostic de l'épanchement et le traitement à lui opposer; combien la question s'élargit tout à coup; et de quelle conséquence il est d'opérer, comme de le faire opportunément. Ce ne sont pas là affaires de chirurgie seulement.

La question pratique se réduit donc à ces deux termes :

1° Il y a un épanchement considérable dans la plèvre et la fièvre est tombée : alors la ponction immédiate est de rigueur, et il y a tout lieu d'espérer que la maladie de la plèvre — sinon le malade — en sera définitivement guérie;

2° Il y a un épanchement considérable dans la plèvre, mais la fièvre a persisté : ici encore la ponction immédiate est de rigueur, mais il y a lieu de croire que la maladie de la plèvre reste telle que devant, à l'épanchement près, et qu'il va falloir traiter

(1) Voir, t. II, COMMENT ON SE TUBERCULISE, leçon XXXIX, *Inanition par les voies respiratoires*.

cette plèvre malade pour éviter la reproduction de l'épanchement.

Je vous ai assez dit, pour n'avoir pas à y insister de nouveau, que lorsque l'épanchement n'était pas considérable à l'excès et qu'il y avait fièvre, il fallait, en raison même de l'état d'activité de la phlegmasie pleurale, traiter médicalement et non pas chirurgicalement cette maladie médicale.

Ainsi la ponction est reconnue nécessaire, on y est décidé; de quelle façon doit-on la faire?

Deux procédés opératoires se présentent : celui de Reybard, employé par Trousseau; et celui de Potain comme de Dieulafoy, la ponction aspiratrice.

Eh bien, si facile et si séduisant que soit ce dernier procédé, il ne doit pas faire reléguer au musée des antiques la canule de Reybard, ni faire considérer comme archéologique la description du procédé modifié par Trousseau. On peut n'avoir point d'appareil aspirateur à sa disposition, ou bien l'appareil peut être dérangé et la ponction de toute urgence : or, on possède toujours une canule ordinaire, on a toujours à sa disposition de la baudruche ou un intestin de poulet, il faut donc savoir s'en servir. C'est pourquoi je vous parlerai d'abord de la ponction telle que la pratiquait Trousseau.

Avant de procéder à l'opération, certaines précautions oratoires ne sont pas sans utilité. Il n'est pas mauvais de prévenir l'entourage que le liquide qui va sortir peut être teinté de sang et qu'il n'y a pas à s'en inquiéter; qu'il peut être en très petite quantité; qu'il peut même ne pas sortir. Ce sont là, en effet, des accidents qui peuvent arriver et qui ne sont pas d'ailleurs autrement graves.

Ces précautions oratoires prises, il en est d'autres d'un ordre plus matériel. Vous avez en premier lieu à déterminer le point où devra pénétrer votre trocart : ce sera dans le sixième ou septième espace intercostal; plus bas, vous auriez à craindre parfois de léser le diaphragme et même de pénétrer dans la cavité abdominale. Sur quel point maintenant de l'un ou l'autre espace? Généralement on se fixe, pour le déterminer, sur le grand pectoral, ou sur le grand dorsal, mais il est bien plus

simple (surtout quand il s'agit de personnes grasses où le bord d'un muscle ne se sent pas bien distinctement) de se placer rigoureusement dans la ligne axillaire. Quand on a de la peine à compter les espaces, qui peuvent être très distendus et dissimulés en outre par une couche épaisse de tissu adipeux, on doit calculer que le point cherché est à peu près à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du thorax.

Ce point déterminé, passons à la ponction en elle-même. Autrement on opérerait comme pour l'abdomen, mais non sans inconvénient. Pour peu que la main déviât de sa direction avant d'arriver à la peau, pour peu que le malade se dérobat par un petit mouvement d'appréhension, le trocart venait butter sur la côte et ne pénétrait pas dans la poitrine, tout en causant une vive douleur au patient.

Le mieux est donc, à l'exemple de Trousseau, de pratiquer, à l'aide d'une lancette, une petite incision préalable; après quoi, comme la seule résistance à vaincre dans cette région est l'élasticité de la peau, votre trocart pénètre comme par insinuation. Je ferai cependant tout à l'heure une réserve pour certains cas particuliers.

Un petit détail, mais qui a bien son utilité. L'ongle de l'index gauche, appuyé sur la peau, marquait le point où la lancette devait inciser; eh bien, laissez-le en place, vous y aurez un double avantage. D'abord, les rapports des téguments avec les parties subjacentes ne varieront pas, si le malade fait quelque léger mouvement; et puis l'ongle vous fournira une sorte de conducteur sur lequel vous ferez glisser votre trocart avec plus d'assurance.

Cette simple précaution vous empêchera d'aller donner sur la côte. Cet accident, que j'ai vu plus d'une fois se produire, n'a aucun inconvénient pour l'opérateur expérimenté : un léger mouvement de bascule imprimé à l'instrument lui fait éviter l'obstacle et tout est réparé; mais il serait grave pour un novice, qui pourrait perdre la tête (ainsi que je l'ai vu deux fois), ne compléterait pas son opération et risquerait sans aucun doute sa réputation.

Je conseille en outre, et malgré l'avis contraire de Trousseau, de tirer un peu en haut la peau de la poitrine, afin de détruire,

une fois la ponction faite et le liquide évacué, le parallélisme entre la plaie cutanée et la plaie profonde. Il m'a semblé que, dans certains cas, la rupture ultérieure de la cicatrice cutanée et l'établissement d'une fistule étaient la conséquence de cette absence de précaution que Trousseau avait cru pouvoir conseiller. Le cas des malades dont je vous ai parlé précédemment me semble démontrer que cette précaution n'est pas inutile (1).

Maintenant, tout a bien été, je le suppose; vous enfoncez lentement votre trocart de 4 à 5 centimètres dans le thorax, vous le retirez en laissant la canule en place, et il ne sort rien! Cependant vous êtes bien sûr que la cavité pleurale est pleine de liquide, comme cela m'est arrivé une fois dans des circonstances assez pénibles. Il s'agissait d'un étudiant en médecine qui depuis plusieurs mois traînait une de ces pleurésies de mauvaise nature dont je vous ai parlé. Très timoré, il résista longtemps à l'idée de l'opération; avant moi, il avait consulté M. Hérard, si compétent dans ces matières, et, comme moi, M. Hérard avait conseillé la thoracocentèse; cependant il finit par se décider; puis, le moment arrivé et malgré les efforts de deux aides, il s'agita de telle sorte, pour se dérober à l'action du trocart, que je ne pouvais enfoncer l'instrument que petit à petit, et plus je l'enfonçais, plus la douleur ressentie était vive. Cependant, arrivé à mes fins (je le croyais du moins), j'eus la consternation de ne pas voir sourdre le liquide, qui cependant remplissait en entier la cavité pleurale. Cédant aux instances du malade, je retirai la canule, mais je vis avec surprise qu'il accusait comme siège de la douleur un point différent de celui où j'avais pratiqué la ponction.

Que s'était-il donc passé? Voici la supposition que je fais à cet égard. Le trocart, enfoncé mollement par suite de la résistance du patient, avait rencontré une de ces fausses membranes épaisses, coriacées, qu'on observe dans les pleurésies anciennes (2). Cette membrane avait fui devant l'instrument en se séparant de la plèvre, qu'elle tirait par ses adhérences : d'où la douleur au niveau du point tiré et l'inefficacité de l'opération, que je re-

(1) Voir, plus haut, leçon XXVIII, p. 575 et 578.

(2) Voir, plus haut, leçon XXVIII, p. 582, et leçon XXIX, p. 616.

nonçai à recommencer, en raison des appréhensions du malade. Cependant, je le répète, la présence d'un épanchement considérable ne pouvait être révoquée en doute : M. Hérard l'avait diagnostiquée comme moi.

La conclusion pratique de ce fait sera, pour vous, qu'il ne faut pas pratiquer avec trop de mollesse l'introduction du trocart. Si cependant vous vous trouviez dans le même cas que moi, tâchez de décider le malade à une nouvelle opération : on ne se trouve pas toujours en face d'individus aussi timorés que l'étudiant en question.

Un autre accident qu'on vous signale comme possible dans les traités de médecine opératoire, c'est la lésion de l'artère intercostale. Or, vous le savez, au niveau de la ligne axillaire l'artère est complètement abritée par la côte, et il faudrait bien de la malchance pour la blesser. Cependant, pour vous prémunir contre cette lésion hypothétique, éloignez-vous le plus possible de la côte supérieure et placez votre trocart de manière à présenter à ce bord une des faces de la pyramide, qui en constitue la pointe, et non pas un des angles.

J'ajouterai encore un mot relativement au choix du trocart. Celui que je préfère est celui dont on se servait anciennement et dont la canule est munie d'une gouttière qui empêche la baudruche de faire *clapet*, comme cela arrive avec le trocart à pavillon cylindrique.

Si légère que soit la douleur causée par l'incision de la peau à l'aide de la lancette, et par l'introduction d'un trocart volumineux, elle peut néanmoins exciter la terreur ou la répulsion instinctive du malade; aussi M. Blachez a-t-il eu, vers 1867, l'idée d'anesthésier préalablement la peau au point où l'on devait ponctionner, et de pratiquer l'opération à l'aide d'un *trocart capillaire* ou plutôt presque capillaire.

L'objection naturelle, et que fit M. Moutard-Martin, c'était, d'une part, la lenteur excessive de l'écoulement, et d'autre part la difficulté, voire même l'impossibilité de faire sortir le liquide s'il était épais ou mêlé de flocons fibrineux.

Ainsi vont les choses : on discutait sur le bien ou mal fondé de la ponction capillaire de Blachez, lorsque Dieulafoy mit fin à

toute objection en appliquant le vide préalable à la ponction capillaire et en faisant de l'aspiration une méthode générale de diagnostic comme d'évacuation des liquides morbides contenus dans les cavités closes.

Rien de plus simple comme de plus ingénieux, ni de moins redoutable (au moins en apparence), et bien plus pour l'opérateur que pour l'opéré; une canule capillaire aiguisée en pointe — canule et trocart à la fois — est adaptée à un corps de pompe où le vide a été préalablement fait; et, « le vide à la main », le médecin pénètre sans crainte — sans crainte suffisante, je dirais — dans l'intérieur des cavités *vivantes*.

Voici maintenant pour les détails de ce traitement mécanique : si le diagnostic est encore incertain, on fera bien d'employer l'aiguille n° 1, suffisante pour l'évacuation du liquide au cas d'épanchement, et trop fine pour blesser dangereusement le poumon au cas où il n'y aurait pas de liquide. Si le diagnostic n'est pas douteux, l'aiguille n° 2 et même celle n° 3 sont préférables, en raison de l'écoulement plus facile et plus rapide du liquide.

Cependant il est à remarquer qu'en certains cas d'opération par le procédé de Trousseau, un inconvénient parfois des plus pénibles est la rapidité même de l'évacuation de la plèvre : alors le poumon, se dépliant brusquement, rompt violemment les fausses membranes qui le brident, ce qui est une première cause de douleur. D'autre part, l'air pénètre vivement dans les rameaux bronchiques depuis longtemps déshabités de son contact et, agissant à la façon d'un corps irritant, fait éclater des quintes de toux répétées et fatigantes; seconde cause de douleur. Tous ces ennuis, l'appareil de Dieulafoy peut les éviter au malade.

Il peut également éviter un accident terrible, qui peut être mortel, et qui semble tenir à la trop grande rapidité de l'évacuation : cet accident, c'est l'*asphyxie par écume bronchique*. En voici un cas dont je dois la communication à l'extrême obligeance de M. le professeur Richet :

Un enfant de dix ans était atteint de pleurésie aiguë datant de douze jours environ. Le docteur B***, de Montmorency, fait appeler M. Richet pour visiter cet enfant qui suffoquait : matité absolue