

les phénomènes généraux graves persistent sans amendement, on doit opérer vite, c'est-à-dire dès que l'on a des raisons de croire qu'il y a du pus en foyer. La lecture des observations, d'accord avec l'expérience journalière, montre que les chances de guérison sont en raison directe de la précocité de l'opération.

« Une première ponction sera pratiquée avec un trocart capillaire, en évitant l'introduction de l'air au moyen de l'appareil de M. Dieulafoy, ou, de préférence, du ballon aspirateur et du petit trocart de M. Potain.

« Comme il y a des faits certains de guérison après une ponction unique, bien qu'ils soient très rares, il convient, après l'écoulement complet du pus, de procéder à l'occlusion de la plaie, avec ou sans lavages préalables de la plèvre.

« Si la collection se reforme et s'il survient de nouveaux accidents, on fera une seconde ponction suivie de lavages.

« La conduite à tenir ultérieurement dépendra de la marche de la maladie après l'opération. Si l'épanchement s'est reproduit lentement et en moindre abondance, on peut, se basant sur les succès obtenus après deux ponctions et injections, tenter encore l'occlusion de la piqûre. Mais si la collection s'est reformée abondante, en quelques jours, après la seconde comme après la première opération, il ne faut plus attendre, et dès lors il est plus sage d'établir une *fistule pleuro-cutanée avec écoulement continu*.

« Toute tentative nouvelle de thoracocentèse simple est contre-indiquée : elle ne saurait en rien modifier la maladie, et, par contre, elle amène des retards très préjudiciables à un organisme épuisé. Il en est de l'établissement d'une *canule à demeure* comme de la trachéotomie : plus on temporise, moins on laisse de chances favorables aux malades.

« Une fistule permanente étant nécessaire, il faut, pour l'établir, ponctionner avec un trocart à hydrocèle, auquel on substitue ensuite une canule d'argent. Cette opération sera faite au point qui nous a paru le plus convenable, à la région antéro-latérale du thorax. Le drainage sera réservé aux enfants plus âgés et aux opérateurs habiles.

« L'instrument une fois en place, il sera indispensable de faire

des lavages à grande eau et des injections médicamenteuses (décoction de quinquina et chlorure de soude au cinquième, ou solution iodée au dixième). Ces pansements seront répétés une ou deux fois par jour.

« Lorsque après quelques mois la quantité du pus devenu séreux est graduellement réduite à une cuillerée en vingt-quatre heures, lorsqu'il n'est plus possible d'injecter qu'une proportion également minime de liquide détersif qui ressort à peine mélangé, on peut conclure à une rétraction de l'abcès pleural suffisante pour permettre d'enlever sans inconvénient la canule. En effet, la fistule ne tarde pas à se refermer complètement, et, peu de temps après, la guérison est ordinairement définitive.

« 2° La conduite à tenir dans le cas d'un *pyothorax chronique* est à peu près celle que nous venons d'indiquer pour le traitement du pyothorax aigu. Toutefois, lorsque l'épanchement purulent est de date ancienne, les modifications de structure que présente la plèvre sont trop profondes pour qu'il soit permis d'espérer guérir les enfants avec une ou deux thoracocentèses même suivies d'injections iodées. Il sera conséquemment indiqué de songer très vite à placer une *canule à demeure*.

« 3° Si dans le cours d'un empyème aigu ou chronique, spontanément terminé par *vomique*, les accidents de purulence continuent; si l'évacuation du pus est difficile et s'arrête, ou si l'on voit survenir un pyopneumothorax, il vaudra mieux, après une courte expectation, établir une fistule pleuro-cutanée. On aura recours, dans ce but, soit à la ponction suivie du placement d'une canule à demeure, soit même à l'incision de la paroi thoracique.

« C'est pareillement à cette incision qu'il faudra procéder si, en raison des signes physiques persistants et de l'évacuation incomplète des liquides accumulés dans la plèvre, l'on soupçonnait la présence de produits épais (fausses membranes ou poches hydatiques) et ne pouvant sortir par la canule métallique.

« 4° Si l'on croyait, d'après l'ensemble des symptômes, que la pleurésie est tuberculeuse, ce ne serait pas une raison d'inaction, il faudrait au contraire opérer; car, un diagnostic positif étant dans certains cas presque impossible, l'on ne doit pas laiss-

ser échapper une chance de guérison, quelque faible qu'elle puisse être. Quand il y a certitude, le médecin n'a pas encore le droit de rester inactif; si la dyspnée est très forte, si les phénomènes généraux s'aggravent, il y a tout avantage à intervenir, puisque la terminaison fatale est proche par le fait même de la pleurésie purulente abandonnée à la nature; l'évacuation de l'épanchement est toujours une condition meilleure pour le malade, et la suppression d'une aussi grave complication pourra au moins retarder une issue funeste (1). »

Ce dernier précepte, applicable aux enfants, je ne le crois pas bon pour les adultes, et je vous l'ai dit, d'accord ici avec M. Moutard-Martin.

Il résulte de la pratique personnelle de M. Henri Roger que « l'établissement de la canule à demeure est aussi le mode de traitement qui donne les guérisons les plus promptes, à une condition toutefois : c'est qu'on n'attendra pas longtemps et qu'on ne pratiquera pas un grand nombre de ponctions successives avant de mettre en place la canule. Chez un petit malade de Legroux on ne la plaça qu'après la *vingt-deuxième* ponction, et il fallut la laisser encore pendant cinq mois et demi; chez un autre petit malade de Trousseau elle ne fut mise qu'après cinq mois, et on ne put l'enlever qu'après onze autres mois.

« De même chez une petite fille, que M. Roger opéra dès le premier jour de son entrée à l'hôpital, le pyothorax datait de huit mois, et la guérison ne fut complète qu'après quatre autres mois au moins. »

On peut voir au contraire, dans quelques-unes des observations de M. H. Roger, combien la guérison fut relativement rapide, parce que l'opération avait pu ne pas être tardive.

Ainsi, chez une grande fille âgée de quatorze ans, une première thoracocentèse, pratiquée après six semaines de maladie, donna lieu à l'issue de près de *six litres* de pus! Trois jours plus tard, une deuxième ponction était nécessaire. M. Roger établit dès lors une canule à demeure et la guérison était complète au bout de deux mois et demi.

(1) H. Roger, *De la pleurésie chez les enfants et de la thoracocentèse*, p. 30, Paris, 1872, et *Bulletins de l'Académie de médecine*, 1872.

Elle se faisait encore moins attendre chez une autre enfant âgée de douze ans, qui, atteinte depuis près d'un mois d'une pleurésie purulente, avait déjà subi chez elle une première ponction quinze jours auparavant. A travers la première plaie qui s'était fermée, puis rouverte, M. Roger plaça immédiatement une canule métallique que l'on put enlever après quarante-neuf jours, et la guérison suivit de près.

« La plupart du temps, après plusieurs ponctions successives, la persistance des accidents force à établir une fistule permanente. Mieux vaut donc, dit M. H. Roger, avancer cette opération définitive. Chez une petite malade âgée de douze ans, le renouvellement rapide de la collection purulente nécessita, dans l'espace de cinq semaines, cinq ponctions, dont la dernière donnait encore 750 grammes de pus. Une amélioration notable ne fut obtenue qu'après le placement d'une canule à demeure; la guérison tarda encore de quatre mois (1). »

Ainsi ponction d'urgence, et *l'urgence s'imposant par l'abondance de l'épanchement* — chez les adultes comme chez les enfants — voilà qui est aussi simple que logique et facile à déterminer. Eh bien, de nos jours, il n'en est plus ainsi : la ponction aspiratrice est venue changer tout cela!

Séduit par la facilité avec laquelle on pénètre dans la plèvre d'un malade, sûr désormais de ne point manquer une opération aussi simplifiée, on en est arrivé à conseiller et à pratiquer la *ponction de la poitrine* dès qu'on avait constaté l'existence d'un épanchement, *même de médiocre abondance* — et cela dans la pleurésie aiguë, voire *dans la période active* de celle-ci.

C'est là une pente sur laquelle on devait glisser, mais où il importe que l'on s'arrête; il y a péril.

Discutons d'abord, au point de vue simplement rationnel, cette thérapeutique de la pleurésie aiguë par la ponction, aspiratrice ou autre.

La *pleurésie* est un acte; la *fausse membrane* et l'*épanchement* en sont l'EFFET.

(1) H. Roger, *op. cit.*, p. 28.

Vit-on jamais un médecin raisonnable s'efforcer de lutter contre les fausses membranes pleurétiques, ou même avoir cette idée? Pourquoi donc combattre l'épanchement? Pourquoi, sinon parce qu'ayant pris de certaines proportions, il est devenu un obstacle à l'hématose?

Mais ce que l'on fait disparaître ainsi, *ce n'est pas la pleurésie*, c'est un produit gênant de celle-ci. En agissant de la sorte, *on ne fait rien*, absolument rien, *contre l'acte inflammatoire*; celui-ci persiste donc après comme devant; l'extraction du produit n'a pas fait disparaître l'agent de production; bien au contraire, nous le verrons tout à l'heure.

La ponction de la poitrine dans la pleurésie aiguë n'est donc indiquée que lorsqu'elle est obligatoire, c'est-à-dire quand l'un des produits de l'inflammation pleurale, l'épanchement, est devenu tel qu'il constitue un danger pour le pleurétique.

Il est donc assez peu rationnel de considérer la ponction aspiratrice de la poitrine comme un mode de traitement de la pleurésie aiguë. Cela est et ne peut être que la soustraction toute momentanée de l'effet, le soutirage mécanique de l'épanchement; ou plutôt cela ne traite rien, cela fait disparaître un obstacle et soulage le pleurétique.

C'est donc quand il y a entrave considérable à l'hématose, c'est-à-dire quand l'épanchement est devenu assez abondant pour gêner matériellement cette fonction, que la ponction est indiquée. Mais, je le répète, on n'a rien fait pour la pleurésie; l'opération s'adresse à tout autre chose.

Maintenant cette ponction est-elle toujours *innocente*? C'est là un point de pratique qu'il importe de déterminer.

Tant qu'il y a fièvre, c'est-à-dire tant qu'il y a pleurésie aiguë, l'acte inflammatoire est identique à lui-même, la pleurésie reste active, et comme l'extraction du liquide sécrété ne peut rien contre l'acte sécrétoire, la plèvre enflammée sécrète à nouveau.

La thoracocentèse n'est donc pas plus le traitement de la pleurésie que la trachéotomie n'est le traitement du croup. La trachéotomie s'adresse à la strangulation croupale, comme la thoracocentèse à l'anhémosie pleurétique. Dans l'un comme dans l'autre cas on n'a combattu qu'un effet redoutable de la maladie,

on n'a rien fait contre celle-ci; la diphthérie comme la pleurésie, *intactes*, c'est-à-dire non touchées, restent telles que devant.

A la suite de la ponction d'un épanchement pleurétique récent, il peut donc arriver, et il arrive en effet, une de ces trois choses: ou l'épanchement *ne se reproduit pas*, ou il *se reproduit tel qu'il était*, ou il *se reproduit autrement*.

Il est incontestable que, dans un certain nombre de cas, le liquide ne se reproduit pas à la suite de la ponction, et qu'ainsi le malade est débarrassé par l'opération.

Eh bien, je dis que, dans ces cas, la *guérison aurait pu être obtenue* par des *moyens médicaux* et SANS PARACENTÈSE. L'observation la plus rigoureuse et la plus répétée démontre assurément que dans le cours de la pleurésie, alors que la maladie est encore active, des épanchements, même abondants, se résorbent en quelques jours, et par des moyens médicaux.

A l'appui de cette assertion, je pourrais vous citer des faits personnels; j'aime mieux emprunter le suivant à la pratique de mon collègue et ami M. Cadet-Gassicourt:

Une femme de trente ans, entrée le 28 mars dernier, salle Sainte-Marie, n° 14, dans le service de M. Cadet-Gassicourt, pour un embarras gastrique fébrile, allait en sortir guérie lorsque, le 1<sup>er</sup> avril, puis le 2, elle fut prise de frissons avec un point de côté sous le mamelon gauche.

Dès le 2 avril, on examine avec soin la poitrine et l'on ne constate rien, sinon un peu d'obscurité du son à la percussion de la base gauche de la poitrine, en arrière.

Le lendemain, la pleurésie dont on soupçonnait la venue se révélait enfin par l'existence d'une matité encore peu étendue, avec souffle très évident et égophonie du côté gauche.

En même temps, le pouls était fréquent, la peau chaude et la température axillaire à 38 degrés.

On prescrit un large vésicatoire et de l'oxymel scillitique.

Les jours suivants, on pouvait suivre les progrès graduels de l'épanchement, et l'oppression, qui, au début, avait été peu intense, augmentait au point que la malade ne répondait plus que d'une voix entrecoupée aux questions qui lui étaient faites.

Le 12 avril, la matité se percevait en arrière jusqu'au niveau

de l'épine de l'omoplate, en avant à partir de quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule; il était évident que l'épanchement était considérable. La fièvre persistait avec 38 degrés le matin et 38°,4 le soir.

Le 13, en raison des signes physiques, et parce que la pointe du cœur était légèrement déviée à droite, M. Cadet-Gassicourt faisait observer à ses élèves qu'on aurait pu pratiquer la thoracocentèse; mais, parce que la fièvre existait encore, que la pleurésie était dans sa période d'acuité, que l'épanchement datait d'une dizaine de jours seulement, il pensa que la résorption en était possible encore par des moyens médicaux, et peut-être dans un délai de quelques jours seulement.

En conséquence, il fit appliquer de nouveau un très large vésicatoire, prescrivit une potion avec 4 grammes de teinture de digitale, et le régime lacté. Ce jour-là même, la malade se sentit un peu soulagée.

Le lendemain, l'oppression était moindre, l'épanchement n'avait pas augmenté, la fièvre tombait et la température revenait à 37 degrés.

Du 15 au 17, on suivait de jour en jour et avec le plus grand soin la *diminution graduelle de l'épanchement*: la pointe du cœur revenait à sa position normale, et la respiration s'entendait dans une étendue de la poitrine chaque jour plus grande.

Le 18, la malade pouvait être considérée comme complètement guérie. Il n'y avait plus de symptômes généraux; la respiration s'entendait dans tout le côté gauche, affaiblie, il est vrai, dans la moitié inférieure, où persiste sans doute une couche épaisse de fausses membranes.

Trois semaines plus tard, la guérison ne s'était pas un seul instant démentie (1).

Il est difficile de trouver une observation plus probante: on savait la date exacte du début de la pleurésie, qui s'était développée à l'hôpital; on en avait suivi les progrès quotidiens, et si M. Cadet-Gassicourt s'abstint volontairement de pratiquer la thoracocentèse, ce n'est pas qu'il ignorât l'existence de l'épan-

(1) Observation recueillie par M. Hirne, interne du service.

chement ni son abondance, bien au contraire, mais c'est qu'il savait, d'observation personnelle, qu'à cette période de la pleurésie aiguë rien n'est plus fréquent que de voir les vastes épanchements rétrograder par le seul traitement médical convenablement dirigé. Et les événements firent voir combien ses prévisions étaient justes et sa conduite sage: en cinq jours, à dater de celui où l'on discutait l'opportunité de la ponction de la poitrine, *l'épanchement était résorbé*. Que ceci vous serve de leçon!

Voici encore un cas, d'autant plus probant que j'étais sur le point de pratiquer la thoracocentèse: en 1878, je prenais possession d'un nouveau service à l'hôpital de la Pitié; un pleurétique s'y trouvait, que l'interne, M. Vermeil, allait ponctionner. Ce pleurétique, au vingt-quatrième jour de sa maladie, avait le côté droit de la poitrine plein de liquide et il n'avait plus de fièvre. J'approuvai l'opération. Mais l'appareil aspirateur ne fonctionnait pas, et l'on dut le porter à réparer; trois jours s'écoulèrent ainsi; puis, lorsque l'appareil nous revint en état, au moment de ponctionner le malade, nous constatâmes que le niveau de l'épanchement avait notablement baissé. Deux jours plus tard, il avait disparu. La résorption *spontanée* s'en était effectuée en cinq jours!

Quand *le liquide ne se reproduit pas*, tout indique qu'il aurait pu disparaître par de tout autres moyens que la ponction de la poitrine. Celle-ci n'était donc pas nécessaire, la maladie pleurétique n'en a pas été notablement abrégée, et il n'y avait pas utilité à ajouter la chance mauvaise, si minime soit-elle, d'une opération à celles que crée déjà la maladie.

Quand *le liquide se reproduit*, il faut ou ponctionner à nouveau, ou attendre que l'épanchement se résorbe, ce qu'il fait quelquefois; et alors à quoi bon la première opération?

Quand *le liquide se reproduit en changeant de nature*, qu'au lieu de sérosité, c'est du pus qui s'est épanché, quel bénéfice le malade a-t-il eu de l'opération, et quels reproches le médecin n'a-t-il pas à s'adresser? Nous le verrons tout à l'heure.

Puisque, en présence d'un épanchement pleurétique récent et alors qu'il y a fièvre ou un état aigu qui s'en rapproche, c'est-à-dire alors qu'il y a hyperémie de la plèvre ou un grand état d'activité de celle-ci, on peut espérer que la séreuse sera capa-

ble de résorber spontanément le liquide; et puisque, d'autre part, on n'est jamais sûr que l'épanchement ne se reproduira pas, pourquoi ne pas rester médecin? et à quelle fin tenter une aventure chirurgicale dont le bénéfice n'est rien moins que certain, et qui présente au contraire les chances mauvaises d'une opération, quelle qu'elle soit.

Vainement citera-t-on des faits — et en tel nombre qu'on voudra — de guérison à la suite d'une seule ponction pratiquée quelques jours seulement après le début de la pleurésie; je ne vois dans ces cas heureux que des faits où la résorption aurait eu lieu par tout autre moyen que la ponction, et par un traitement médical ou la marche naturelle de la pleurésie. La guérison de la pleurésie s'est alors effectuée *malgré l'opération*.

Tandis que dans les cas incontestables où *la transformation et l'aggravation* de la maladie ont suivi la *thoracocentèse*, celle-ci *seule est à incriminer*; et je n'hésite pas à le faire.

En effet, la ponction capillaire dans la pleurésie aiguë, j'entends pendant qu'il y a *fièvre* et pour tirer de petites quantités de liquide seulement — alors que le médecin n'a pas la main forcée par l'abondance de l'épanchement — cette ponction est-elle toujours innocente?

Hardiment je réponds *non!*

Irrationnelle en ce sens qu'elle ne combat qu'un effet de la pleurésie et reste impuissante contre l'acte sécrétoire ultérieur, elle est *malfaisante* en cet autre sens que la sécrétion, primitivement séreuse, peut changer, et change souvent de nature, pour *devenir PURULENTE*. Que s'est-il passé? En quoi la ponction *aspiratrice* de la plèvre enflammée a-t-elle pu modifier à ce point l'acte inflammatoire, que celui-ci change de type et fasse du pus au lieu de faire de la sérosité? L'hypothèse la plus vraisemblable me semble être la suivante :

La phlegmasie d'une membrane séreuse quelconque a pour condition primordiale, nécessaire, obligatoire, une hyperémie. Or, cette hyperémie passe d'autant plus volontiers au mode *hypercrinique* que la fonction physiologique de la séreuse est de sécréter de la sérosité. En conséquence, l'hyperémie inflammatoire n'est que l'exagération de l'hyperémie nécessaire à toute sécré-

tion; d'où il suit qu'on n'a au fond, dans l'inflammation d'une séreuse, qu'une hyperémie sécrétoire pathologique ou exagérée, au lieu d'une hyperémie sécrétoire physiologique, c'est-à-dire enfin une sécrétion exagérée, au lieu d'une sécrétion normale limitée à de certaines proportions.

Le but du médecin devrait donc être de combattre, pour la diminuer, cette hyperémie inflammatoire ou exagérément sécrétante, et cela par les antiphlogistiques, les révulsifs et les dérivatifs. Mais s'il soutire le liquide exsudé sans rien faire contre l'hyperémie, il laisse celle-ci en l'état (et nous verrons bientôt qu'il augmente l'hyperémie par le fait mécanique de la ponction), de sorte que les vaisseaux hyperémiés davantage sécrètent à nouveau et que la sérosité sera d'autant plus riche en éléments figurés, c'est-à-dire en leucocytes, que les vaisseaux seront hyperémiés davantage; et il adviendra pour la plèvre hyperémiée physiologiquement à la suite de ces *traites* successives ce qu'il advient pour la mamelle hyperémiée physiologiquement dans le cours même de l'acte sécrétoire physiologique. En effet, si l'on met à part les divers produits que l'on obtient successivement dans une même traite, on voit que les derniers produits obtenus sont infiniment plus riches en globules de graisse que les premiers produits, qui sont beaucoup plus riches en eau. Au lieu de la sécrétion physiologique du lait par la mamelle, supposez la sécrétion pathologique de la sérosité par la plèvre enflammée, vous comprendrez que les dernières traites obtenues des vaisseaux pleuraux sucés, épuisés par la ponction soient également plus riches en leucocytes.

Quoi qu'il en soit de la comparaison, les faits sont là qui révèlent, dans un nombre notable de cas, cette succession de phénomènes : — *pleurésie aiguë séreuse*, — *ponction de la plèvre*, — *pleurésie devenue PURULENTE*.

Ainsi MM. Bucquoy, Chauffard et Bourdon ont eu l'occasion d'observer des cas de pleurésie simple devenue purulente après une première thoracocentèse. M. Richet, en moins de quelques mois, a dû faire l'opération de l'empyème chez deux malades d'un médecin de l'Hôtel-Dieu qui voulait faire de la ponction un traitement de la pleurésie aiguë; et ces deux malades avaient

été ponctionnés pour une pleurésie aiguë séreuse d'abord et des plus simples à l'origine, mais qui devint purulent à la suite de la thoracocentèse, que ne nécessitait pas l'abondance de l'épanchement; *les deux malades succombèrent*. Je vous ai cité les exemples de suppuration de la plèvre survenue dans mon service, à la suite de la thoracocentèse, chez notre n° 41 (1), notre n° 29 (2), le malade que j'ai opéré dans le service de M. Bourdon (3), et enfin le prisonnier de Mazas (4).

De son côté, Chassaignac a pu parler en pleine Académie de « la thoracocentèse comme cause des épanchements purulents dans la plèvre; » et je suis bien de son avis; ayant vu, personnellement vu, dans certains services d'hôpital, à la suite de la ponction faite dans des cas de pleurésie aiguë, la reproduction à court terme de la sérosité, qu'on extrayait de nouveau, mais qui était laiteuse cette fois; la reproduction plus rapide encore de la sécrétion, une deuxième récurrence de l'extraction, mais cette fois c'était du pus que l'on retirait.

D'autre part, le malade allait comme sa plèvre, de mal en pis, et trop souvent l'opération de l'empyème devenait urgente; elle était faite; alors le malade mourait. C'est tout une autre affaire, en effet, que l'opération de l'empyème faite chez un malade fébricitant et chez un malade apyrétique, pour un cas aigu ou pour un cas chronique.

Stokes et Watson avaient objecté contre l'emploi de la paracentèse de la poitrine que l'opération pourrait bien convertir un épanchement séreux en épanchement purulent, et leur crainte s'est réalisée au cas d'épanchement aigu. Vergely (de Bordeaux), qui ne peut nier le fait, ne veut pas qu'on en accuse l'opération. Et, pour disculper la ponction de la poitrine dans la pleurésie, il fait observer que jamais la ponction du ventre dans l'ascite ne produit semblable résultat. « Pourquoi, dit-il alors, si le trocart était cause de la suppuration, ne l'entraînerait-il jamais dans l'ascite, si multipliées que soient les ponctions, et la provoquerait-il dans la pleurésie? — Pourquoi cette genèse abondante des leucocytes dans le dernier cas? dit-il encore. Nous l'ignorons absolument (1). » Je réponds que les faits ne sont pas comparables : il s'agit d'hydropisie dans un cas, de phlegmasie dans l'autre; le liquide ascitique est purement séreux, tandis que le liquide pleurétique contient normalement des leucocytes, de sorte que, dans ce dernier cas, la transformation du liquide de sérosité inflammatoire en sérosité purulente n'est plus qu'une affaire de quantité dans la proportion des globules blancs.

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

(2) Voir, plus haut, leçon XXX, p. 653.

(3) Voir, plus haut, leçon XXVIII, p. 577.

(4) Voir, plus haut, leçon XXIX, p. 615.

Pensez-vous, d'ailleurs, que la ponction aspiratrice ne puisse être suivie de suppuration? La réponse est donnée par la chirurgie contemporaine.

S'il était une membrane séreuse dont la ponction aspiratrice transformât un épanchement *non inflammatoire* en épanchement *purulent*, sans autre coïncidence que le fait de la ponction, il vous paraîtrait bien évident que cette opération seule est intervenue dans la modification si profonde de la maladie primitive.

Eh bien, cette membrane séreuse existe et la transformation dont je parle a été observée : il s'agit de la tunique vaginale et de l'hydrocèle. Mon ami M. Duplay a vu deux fois la suppuration de la tunique vaginale survenir à la suite de la ponction aspiratrice pratiquée pour la cure de l'hydrocèle simple.

Dans un de ces faits, où M. Duplay fut appelé pour conjurer les accidents, l'aspiration avait été pratiquée cependant par un médecin des plus habitués à cette opération. A la cinquième ponction aspiratrice, la tunique vaginale s'enflamma et l'inflammation devint phlegmonéuse. Quand on demanda le secours de M. Duplay, le scrotum avait acquis un très grand volume, il était rouge, œdématié; la tunique vaginale était fortement distendue par du pus. La fièvre, intense, était accompagnée de symptômes d'adynamie fort graves.

M. Duplay fut obligé de fendre largement de haut en bas le scrotum ainsi que la tunique vaginale abcédés; et la guérison ne fut obtenue qu'après six semaines environ d'un traitement qui ne fut pas sans difficulté ni sans angoisse.

(1) *Mémoires et Bulletins de la Société médico-chirurgicale de Bordeaux*, 1867.