

plusieurs oreillers, et quelque peu tourné du côté opposé à celui qui est le siège de l'épanchement. Le malade ne gardera la position horizontale que s'il est dans un état d'extrême faiblesse et que l'on redoute une syncope.

Le choix du *lieu de la ponction* est quelquefois imposé par la localisation de l'épanchement. En dehors des cas spéciaux, la ponction se fait dans le sixième ou septième espace intercostal, dans l'axe d'une ligne verticale abaissée du sommet du creux axillaire.

Pour faire la *ponction*, on fixe la peau de façon à s'assurer que l'on est bien au niveau d'un espace intercostal. L'ongle appliqué sur le bord supérieur de la côte située en bas de l'espace intercostal sert de conducteur pour l'introduction de l'instrument.

Il faut bien savoir que la détermination de l'espace intercostal, très facile dans la grande majorité des cas, est parfois malaisée lorsque le tissu cellulaire est très épais, ou bien œdématisé à la suite de l'application de vésicatoires. Il faut déprimer profondément la peau, à plusieurs reprises, pour arriver à percevoir la sensation particulière de résistance qu'offre la côte sous-jacente.

L'index étant fixé, on trempe le trocart dans de l'huile phéniquée et on l'enfonce, d'un coup sec, un peu obliquement, mais sans lui imprimer cependant une trop grande obliquité, sinon on pénètre dans le tissu cellulaire, ce qui arrive fréquemment aux débutants. Lorsque le trocart a pénétré dans la plèvre, on en est averti par une sensation spéciale, et par le fait que l'on peut imprimer facilement des mouvements latéraux à l'instrument.

Si l'on s'est servi de l'aiguille, on ouvre alors le robinet du corps de pompe; si l'on a employé le trocart, on en enlève d'abord la pointe. Deux éventualités peuvent alors se présenter: ou bien le liquide s'écoule, ou bien la ponction est blanche.

La ponction blanche peut être due à des causes multiples. Parfois c'est une fausse membrane qui vient obstruer l'orifice du trocart; il suffit, dans ce cas, de la repousser avec l'écouvillon, pour que le liquide puisse s'écouler. Trouseau mettait ses élèves en garde contre le décollement d'une fausse membrane produit par la pointe du trocart, de telle sorte que celui-ci pénètre non dans la plèvre, mais dans une cavité artificielle, due au décollement de la fausse membrane.

On a d'ailleurs abusé un peu trop des fausses membranes, et mis sur leur compte bien des ponctions blanches dont la cause est en réalité ailleurs; il peut arriver, en effet, que l'aspiration ne puisse se faire, parce qu'on a oublié de faire le vide, ou parce que le vide n'existe plus (si un certain temps s'est écoulé entre le moment où le vide a été fait et celui où la ponction est pratiquée), ou bien encore parce que l'instrument est bouché sur un point quelconque des tubes. Si l'instrument a servi à extraire quelque temps auparavant un liquide purulent et s'il a été nettoyé avec une solution phéniquée, l'acide phénique coagule une partie du liquide purulent contenu dans l'intérieur du tube, et il se forme un bouchon qui en obstrue la lumière. Pour prévenir les à-coups, il faut ne faire le vide qu'au moment où tout est prêt pour la ponction et s'assurer que l'instrument fonctionne bien, en y faisant passer un courant d'eau bouillie.

Dans quelques cas, on n'obtient pas de liquide, parce que l'aiguille ou le

trocart ont pénétré dans le poumon, ce dont on est averti par l'apparition dans l'index de verre, situé sur le trajet du tube en caoutchouc, d'une petite quantité de sang rutilant. Il faut alors dégager le trocart.

L'aspiration doit être faite lentement: c'est là une condition essentielle pour prévenir tout accident. Il faut n'ouvrir qu'à moitié le robinet qui permet l'écoulement du liquide et de plus interrompre l'écoulement de temps en temps, afin que le déplissement du poumon puisse s'accomplir avec lenteur.

Dès qu'une quinte de toux se produit, on doit cesser l'écoulement. La toux ne survient, en général, que quand on a épuisé la totalité du liquide; mais on ne doit jamais arriver jusqu'à épuisement complet. Il est inutile, il peut être dangereux de vouloir extraire tout le liquide jusqu'à la dernière goutte; la plupart des accidents que l'on a observés étaient dus à ce que tout le liquide avait été évacué. M. le professeur Dieulafoy estime que la *quantité* de liquide à retirer ne doit pas, à chaque ponction, dépasser un litre. Si l'épanchement est très abondant, on en est quitte pour renouveler la thoracentèse le lendemain.

Nous avons retiré souvent 1500 à 1600 centimètres cubes, sans qu'il en résulte le moindre inconvénient, sans même que la toux survienne, mais nous pensons qu'il ne faut pas aller au delà, et que la moyenne indiquée par M. Dieulafoy doit être tenue pour bonne, surtout si l'épanchement n'est pas d'une extrême abondance.

Une thoracentèse faite avec les précautions qui viennent d'être indiquées, c'est-à-dire avec lenteur et limitation de la quantité du liquide extrait, *ne s'accompagne jamais d'accident*. Nous avons pratiqué 174 thoracentèses, pendant que nous étions interne et chef de clinique, et nous n'avons jamais eu le moindre accident à déplorer; aussi tenons-nous la thoracentèse pour la plus inoffensive des opérations.

Accidents de la thoracentèse. — Si les accidents que l'on a signalés sont dus, pour la plupart, à l'inobservation des règles, quelques-uns cependant ne peuvent être mis sur le compte de l'opération.

La *mort subite* peut survenir à la suite de la thoracentèse, par thrombose cardiaque ou embolie pulmonaire; elle n'est pas rare chez les chevaux qui ont subi cette opération (Trasbot). Dans quelques cas, elle survient seulement quelques heures ou même un jour ou deux après la thoracentèse (par thrombose cardiaque ou pulmonaire). L'accident immédiat le plus fréquent est l'*œdème pulmonaire*, qui se traduit aussitôt ou peu après l'opération par une toux continue, quinteuse, par l'oppression, une expectoration spumeuse, sanguinolente ou albumineuse. Habituellement tout rentre dans l'ordre au bout de peu de temps; mais, dans quelques cas, l'oppression augmente, l'expectoration devient de plus en plus abondante (certains malades rendent un litre et plus de liquide spumeux); en dépit de ces symptômes alarmants, le malade survit en général; la mort a été très rarement observée. Dans les cas à terminaison fatale, les malades peuvent être emportés en quelques minutes (Legendre, Gombault), au bout de quelques heures (Béhier et Liouville, Bouveret). Ces accidents mortels ont été observés à peu près exclusivement chez des malades atteints de pleurésies compliquées: bronchite ou pleurésie ancienne du poumon