

adhérences intimes et presque cartilagineuses relient au diaphragme. Le sommet de l'organe est souple et crépitaüt ; on ne rencontre à la coupe que quelques granulations tuberculeuses, qui, en certains points, sont réunies deux par deux ou trois par trois ; autour de ces tubercules, le tissu pulmonaire paraît sain et parfaitement perméable à l'air.

A la partie moyenne du lobe supérieur du poumon gauche on trouve une caverne capable de loger une noisette ; autour d'elle trois cavernules (c'est à ce niveau qu'on entendit dans les derniers jours de la vie des râles caverneux avec résonnance métallique). Grand nombre de tubercules crus disséminés dans ce lobe. Engouement pulmonaire et bronchite concomitants. Le lobe inférieur est envahi par des tubercules dans toute son étendue : dans les parties supérieures il y a des tubercules crus, et, à la base, des granulations grises.

En réalité, cette jeune malade, femme au point de vue du développement de ses organes, n'était encore qu'une enfant au point de vue pathologique : elle a eu la tuberculisation du jeune âge : — tuberculisation généralisée et non point circonscrite, aiguë et non point chronique.

Mais elle n'avait pas seulement des tubercules à peu près partout, la tuberculisation pulmonaire a encore présenté chez elle cette localisation irrégulière qu'on observe dans l'enfance seulement, c'est-à-dire un développement qui s'opère parfois de la base au sommet, et non point toujours du sommet à la base, ainsi qu'il arrive chez l'adulte. Il en est résulté ce phénomène, insolite chez une femme et assez ordinaire chez un très-jeune enfant, de la production de cavernes à la base des poumons avant l'apparition de tubercules au sommet de ces organes.

On comprend maintenant comment, en tenant compte de la rareté des cavernes à la base des poumons chez l'adulte, alors qu'il n'en existe pas aux parties supérieures, et en considérant, d'autre part, que la pleurésie avec signes de cavernes, bien que rare, est relativement plus fréquente que cette forme insolite de la tuberculisation, il était plus rationnel de croire à la pleurésie qu'aux tubercules.

Il me reste maintenant, messieurs, à vous entretenir d'un signe qui me paraît avoir une certaine importance, parce que, dans les épanchements de la plèvre, il vient confirmer l'enseignement fourni par la matité thoracique, je veux parler de la *fluctuation intercostale*. Les chirurgiens avaient signalé la fluctuation des espaces intercostaux dans les cas où des épanchements thoraciques arrivaient à former une saillie à l'extérieur, comme cela s'observe quelquefois lorsque l'épanchement purulent finit par se faire jour à travers les parois de la poitrine, mais je ne sache pas que la *fluctuation intercostale* ait été indiquée comme signe de l'épanchement pleural. Voici comment j'ai été conduit à soupçonner, puis à rechercher, à constater cette fluctuation spéciale, enfin à la reproduire à volonté.

Depuis longtemps, pour pratiquer la percussion, je me sers du plessimètre et d'un marteau ; en mesurant, chez des malades de mon service, l'étendue de

a matité en frappant sur le plessimètre, la région hypothénar de ma main gauche appuyant sur la paroi de la poitrine, je ressentis chaque coup de marteau porté sur le plessimètre. Cherchant à me rendre compte si je ne percevais que des vibrations imprimées au thorax par le marteau, et transmises par les côtes elles-mêmes, je plaçai cette main de telle façon que la région hypothénar reposât en grande partie sur un espace intercostal ; je crus sentir alors un mouvement de flot. Mettant alors mon doigt indicateur à plat dans un espace intercostal, je fis pratiquer la percussion entre divers espaces intercostaux, et je sentis parfaitement la fluctuation chaque fois que l'on percutait la poitrine : il me fut facile de constater par des expériences répétées la différence qui existait entre la vibration transmise par les parois et la fluctuation. — Dans le cas de vibration thoracique, on a sous la main une vibration en masse, tandis qu'en appliquant la face palmaire du doigt indicateur dans un espace intercostal, on a la sensation d'un flot liquide. — Cette fluctuation que plusieurs d'entre vous ont pu constater comme moi, ne saurait faire l'objet d'un doute, lorsqu'on se place dans les conditions que je vous ai exposées ; avec un peu d'habitude, on arrive facilement à la percevoir. Ajoutons que cette fluctuation n'est facilement appréciable que dans les cas d'épanchement assez considérable, et que, bien entendu, elle ne peut plus être perçue lorsque la ponction a été faite, tandis que les vibrations thoraciques déterminées par la percussion existent toujours, quoiqu'il n'y ait plus de liquide dans la plèvre.

Je ne veux pas accorder à ce signe une importance exagérée, mais je devais vous le signaler.

Avant de vous parler de la paracentèse de la poitrine, importante question qui nous occupera pendant plusieurs séances, je tenais, messieurs, à traiter quelques-unes des questions nouvelles qui se rattachent au diagnostic de la pleurésie ; il me sera plus facile maintenant d'exposer devant vous ce que j'ai à dire de la ponction thoracique, n'ayant plus à m'arrêter à des détails diagnostiques qui m'auraient forcé quelquefois à abandonner mon sujet principal.

PARACENTÈSE DE LA POITRINE.

§ I. — Observations. — Aperçu historique sur l'opération de la paracentèse de la poitrine, pratiquée pour les épanchements dans la cavité pleurale.

En 1855, je pratiquais la paracentèse de la poitrine chez une malade âgée de trente ans, qui était atteinte de pleurésie avec épanchement considérable.

Cette femme, couchée au n° 12 de la salle Saint-Bernard, s'était toujours parfaitement bien portée : elle nous avait, du moins, constamment répété que jamais elle n'avait éprouvé le moindre trouble sérieux dans sa santé jusqu'au moment où elle fut prise de l'affection qui l'amena ici le 2 mai, et dont elle racontait ainsi le début :

Deux mois environ avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, sans malaise précurseur, sans s'être exposée à un refroidissement, sans aucune cause appréciable, elle ressentit tout à coup une douleur de côté qui, pendant la nuit, fut excessivement violente. Le lendemain, cependant, elle se rendit à son travail, bien que sa douleur n'eût pas complètement cédé, et s'exaspérât sous l'influence du plus petit effort. Sa respiration était gênée, beaucoup plus courte que d'habitude; un peu de malaise général, d'inappétence, furent les seuls phénomènes généraux qui se manifestèrent pendant sept semaines; mais depuis huit jours ils avaient augmenté, de telle sorte que la malade fut obligée d'abandonner ses occupations, pour garder la chambre et même le lit une grande partie de la journée.

Le 2 mai, elle ressentit un frisson; son oppression, jusque-là très-peu prononcée, le fut davantage, et, dans l'après-midi, elle se fit admettre à l'Hôtel-Dieu. Le soir, M. le docteur Beylard, mon chef de clinique, lui trouvait de la fièvre et constatait les phénomènes suivants :

A la première inspection, en faisant découvrir la poitrine, il fut frappé de la déformation du thorax. Du côté gauche, il y avait une voussure considérable; la région sous-claviculaire était plus effacée qu'à droite, et dans les grands mouvements d'inspiration, ce côté gauche paraissait immobile. La percussion donnait une matité absolue, s'étendant de bas en haut, en avant, jusqu'à 4 à 5 centimètres au-dessous de la clavicule; en arrière, jusqu'à la crête de l'omoplate. Au-dessus du niveau de la matité, en avant comme en arrière, on retrouvait la sonorité; là aussi, en appliquant l'oreille sur la poitrine, on entendait du souffle bronchique et de la bronchophonie. Le souffle s'étendait dans toute la hauteur du scapulum; dans la fosse sous-épineuse, il y avait une égophonie très-nettement caractérisée.

La malade toussait, mais peu, et n'expectorait pas. Le mouvement fébrile était d'ailleurs très-modéré.

Le diagnostic était facile: il s'agissait bien évidemment d'un épanchement pleurétique considérable, mais d'un épanchement produit par une de ces singulières pleurésies qui, tout en n'étant accompagnées que de peu de symptômes généraux, amènent une exhalation séreuse très-abondante.

C'est là, en effet, messieurs, un fait remarquable sur lequel j'appelle déjà toute votre attention, à savoir, qu'il est une espèce de pleurésie dans laquelle, à en juger par les phénomènes généraux réactionnels, le mouvement inflammatoire est fort peu de chose, dans laquelle aussi les troubles fonctionnels dépendants de la lésion de l'appareil respiratoire sont si insignifiants, qu'ils passent inaperçus. Ainsi, tandis que dans la pleurésie aiguë ordinaire, en même temps que la fièvre et les autres phénomènes réactionnels sont très-prononcés, il y a un point de côté violent, une gêne considérable de la respiration; dans l'espèce particulière de pleurésie dont nous parlons, en même temps que la fièvre est presque nulle, le point de côté est à peine sensible, la respiration semble se faire comme d'habitude. Eh bien! messieurs, fait

plus remarquable encore, c'est cette pleurésie, en quelque sorte latente, qui donne lieu aux épanchements les plus excessifs. Les troubles que ces épanchements devraient entraîner sont, je le répète, si insignifiants en apparence, que les individus ne réclament que très-tard les secours du médecin, et que celui-ci ne peut arriver au diagnostic qu'au moyen des signes fournis par la percussion et par l'auscultation.

Ainsi notre malade est allée consulter deux médecins, et l'un d'eux à qui elle a demandé conseil pour des accidents qu'elle accusait du côté de la matrice, en voyant qu'elle était venue à pied chez lui, et qu'elle venait de monter ses étages sans se plaindre de la moindre oppression, ne soupçonna même pas qu'elle avait un épanchement dans la poitrine. Vous comprenez, messieurs, que si je vous signale cette particularité, ce n'est pas pour reprocher à notre confrère une erreur de diagnostic, qu'en définitive il n'a pas commise; je veux seulement vous montrer combien il est facile de laisser passer inaperçue une affection qui ne se révèle que par des signes physiques qu'il faut chercher.

Je me rappelle qu'en 1845, une nourrice vint à pied, et portant son enfant avec elle, de la pointe Saint-Eustache, où elle demeurait, à l'hôpital Necker où j'étais alors chargé d'un service, ayant ainsi fait environ 4 kilomètres sans en éprouver une grande fatigue. Elle avait cependant un épanchement si considérable, que le jour même de son entrée dans nos salles, je jugeai la paracentèse indispensable, et que je retirai 2500 grammes de liquide par la ponction. Assurément cette femme semblait bien peu malade; elle se trouvait elle-même être si peu, que la veille encore elle travaillait comme à son ordinaire.

L'absence d'oppression est quelque chose de très-capital à considérer; je ne saurais trop insister sur ce phénomène que notre malade de la salle Saint-Bernard vous a mis à même d'observer. Bien que sa poitrine contint 2 litres de sérosité, sa respiration paraissait à peine gênée. Retenez ce fait, car la dyspnée a été donnée, et autrefois je l'ai donnée moi-même, comme l'indication principale de la nécessité de la paracentèse. Je m'étais singulièrement mépris sur sa valeur; en effet, je vous le dirai dans le cours de ces conférences: attendre qu'elle se manifeste, ainsi qu'on le posait, ainsi que je le posais moi-même en principe, c'est courir le risque de ne pas agir à temps et de laisser mourir les malades, comme cela m'est arrivé. Une seule chose importe avant tout, c'est de reconnaître l'étendue de l'épanchement; or, la percussion et l'auscultation sont là pour nous fournir à cet égard des renseignements qui ne peuvent pas nous tromper; c'est d'examiner attentivement chaque jour la poitrine des sujets, et lorsqu'à l'aide de cet examen on suit les progrès de l'hydrothorax, lorsqu'on voit celui-ci augmenter avec une grande rapidité, quel que soit le degré de la dyspnée, que la gêne de la respiration soit nulle ou grande, l'indication est précise, il faut opérer.

C'est là, messieurs, ce qui m'a engagé, à ma première visite, à ne pas attendre davantage chez notre femme du n° 12 de la salle Saint-Bernard.

La veille, au soir, ainsi que je vous le disais, M. Beylard avait encore trouvé de la sonorité dans la fosse sus-épineuse, et dans une étendue de 4 à 5 centimètres sous la clavicule. Le lendemain, la matité était absolue partout. Dans l'espace de quinze heures, l'épanchement avait donc fait de grands progrès, puisqu'il était permis d'évaluer à près d'un demi-litre la quantité de liquide sécrété du soir au matin ; de plus, des déplacements d'organes témoignaient de cette augmentation.

Le cœur n'était plus dans sa position normale ; sa pointe battait sous le sternum, vers le bord droit de cet os ; cette situation nous a été facile à établir à l'aide du stéthoscope et du plessimètre. Afin de m'ôter toute chance d'erreur, afin de ne pas être influencé par ma vue, j'ai percuté les yeux fermés, et nous avons ainsi limité la matité commençant à droite à 3 centimètres en dehors de la ligne médiane ; le médiastin, le cœur, étaient donc évidemment déviés et considérablement refoulés à droite ; puis, en percutant de haut en bas, nous avions une matité s'étendant au niveau du rebord des fausses côtes où nous trouvions la rate sortie de la place qu'elle occupe normalement, ce qui indiquait le refoulement du diaphragme.

En présence de cet épanchement excessif, en raison des progrès rapides qu'il avait faits en un aussi court espace de temps, il était de mon devoir de ne pas remettre une opération qui me paraissait urgente, sous peine de ne pas trouver peut-être, le lendemain, la malade en vie. Je pratiquai la paracentèse de la poitrine, suivant le procédé que je vous décrirai, et nous retirâmes 2000 grammes (2 litres) de sérosité citrine, d'une limpidité parfaite. A mesure que la sérosité s'écoulait, la patiente éprouvait un bien-être contrastant avec le malaise dont elle se plaignait auparavant. La voussure du thorax s'effaçait, et, à l'aide du plessimètre, nous pouvions suivre la marche du cœur, dont la pointe reprenait sa place vers la mamelle gauche.

D'un autre côté, la rate rentrait sous les fausses côtes.

Après l'opération, qui, de l'aveu même de cette femme, ne fut en aucune façon douloureuse, le pouls, auparavant faible et irrégulier, avait repris sa force et sa régularité habituelles ; la malade n'accusait plus qu'une grande faiblesse qui l'empêchait de se tenir assise, de crainte de tomber en syncope.

Cependant tout le liquide épanché n'avait pas pu être évacué ; la matité existait encore jusqu'au niveau du mamelon ; mais la respiration s'entendait dans toute l'étendue de la poitrine. Là où quelques minutes auparavant nous ne percevions aucun bruit, nous entendions maintenant du souffle, du retentissement de la voie et de l'égophonie.

La résolution de cet épanchement s'opéra graduellement, sans que rien de bien notable se manifestât les jours suivants. L'état général s'améliora progressivement ; le 15 mai, la résolution de la pleurésie était complète, la guérison assez parfaite pour que cette femme pût, sur sa demande, sortir de l'hôpital. En percutant la poitrine, nous trouvions néanmoins encore de la matité, ou plutôt de la dureté du son, depuis la fosse sous-épineuse jusqu'en

bas, matité qui persiste longtemps après la pleurésie la plus ordinaire, et qui s'explique par la présence de fausses membranes qui mettent un certain temps à disparaître. A l'auscultation, nous constatons que le murmure vésiculaire s'entendait partout, mais encore accompagné de râles muqueux, sous-crépitaux, gros.

Messieurs, des faits analogues à celui-ci se présenteront plus d'une fois, sans aucun doute, à notre observation. Je ne saurais cependant laisser échapper cette occasion de vous parler de la paracentèse de la poitrine dans les cas d'épanchements consécutifs à la pleurésie, et je vous demande la permission de consacrer quelques conférences au développement de ce grave et important sujet.

On me rendra, j'espère, cette justice que je parle rarement de moi, et que, pour ma part, j'attache généralement peu de prix aux questions de priorité. Je puis donc, une fois en passant, revendiquer ce qui me revient pour la paracentèse de la poitrine. Je n'ai pas la prétention de l'avoir imaginée ; je n'ai inventé aucun instrument spécial pour faciliter cette opération, je n'ai conseillé aucun procédé opératoire qui ne fût parfaitement connu auparavant ; mais je crois avoir, sinon le premier, du moins l'un des premiers et en même temps que plusieurs praticiens étrangers à notre pays, formulé nettement la nécessité de la paracentèse dans les pleurésies avec épanchements excessifs ; j'en ai établi avec précision, peut-être avec plus de précision que cela n'avait été fait avant moi, les indications ; je crois, enfin, avoir popularisé une méthode qui, maintenant, est à peu près généralement adoptée, et à ce titre, je pense avoir fait faire quelques progrès à la thérapeutique de la pleurésie.

Voici, au reste, messieurs, comment j'ai été conduit à poser en précepte la nécessité d'intervenir par une opération chirurgicale dans les cas d'hydrothorax considérable.

En 1832, entrant à l'Hôtel-Dieu, dans ces mêmes salles dont je dirigeais alors le service conjointement avec Récamier, une femme d'une cinquantaine d'années, atteinte depuis cinq jours d'une pleurésie aiguë. L'oppression était extrême, la matité complète à gauche, le cœur était refoulé à droite, les côtes étaient écartées. Un large vésicatoire fut appliqué sur la poitrine ; on donna de la digitale ; en un mot, une médication énergique fut instituée. La malade mourut le lendemain de son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, nous trouvâmes la plèvre gauche distendue par une énorme quantité de sérosité limpide, dans laquelle nageaient quelques flocons fibreux. Le poumon était refoulé contre la colonne vertébrale, et tapissé, ainsi que la plèvre costale, de quelques fausses membranes légères. Nous ne trouvâmes d'ailleurs ni productions tuberculeuses, ni aucune autre lésion grave.

Ce fait était singulièrement en contradiction avec ce que je croyais savoir alors, avec tout ce qui était dit par la plupart des auteurs, du peu de gravité de la pleurésie : une expérience plus grande devait m'apprendre encore combien étaient erronées les idées généralement reçues sur ce point. D'autres

faits malheureux observés par moi et par d'autres allaient donner un démenti à cette loi posée par M. Louis, acceptée par ses élèves, et répétée par de nombreux échos, que la pleurésie n'est jamais une cause immédiate de mort, loi fondée sur une série de 150 cas de pleurésie simple terminée par la guérison.

Depuis, du reste, l'un de mes élèves, M. le docteur Lacaze du Thiers (1), a rassemblé un certain nombre d'observations, les unes que je lui ai communiquées, les autres puisées à différentes sources, qui démontrent péremptoirement que, malgré cette fameuse loi, on peut mourir et mourir subitement par le fait d'un épanchement pleurétique aigu. Tout récemment encore, mon ami M. le docteur Lasègue voyait mourir sous ses yeux un jeune médecin atteint de pleurésie, et au moment même où il se préparait à faire la ponction.

En 1843, le 7 avril, je recevais au n° 31 de la salle Sainte-Anne, à l'hôpital Necker, une femme âgée de quarante-deux ans, dont les extrémités inférieures, la vessie et le rectum, étaient paralysés. L'intelligence était nette, et cette paralysie, qui n'atteignait pas les extrémités supérieures, survenue brusquement trois ans auparavant, ne s'était pas modifiée depuis cette époque.

Dix jours avant son arrivée à l'hôpital, la malade avait été prise de point de côté, avec toux, oppression et mouvement fébrile. L'examen de la poitrine nous fit reconnaître tout de suite une pleurésie avec épanchement du côté droit.

La matité s'étendait jusque sous la clavicule ; nous entendions du retentissement égophonique de la voix et du souffle bronchique. La toux était sèche. Une saignée que je fis pratiquer amena quelque soulagement, mais l'oppression continua à être fort grande. Le lendemain, l'orthopnée prit une extrême intensité. Le pouls devint petit, misérable, et la mort survint, sans agonie, douze jours après le début de la maladie.

Je ne parlerai pas des lésions de l'appareil nerveux qui n'avaient rien d'aigu ; mais dans la plèvre droite existait un énorme épanchement purement séreux ; le poumon, appliqué contre la colonne vertébrale, était ratatiné et recouvert de fausses membranes molles, comme réticulées ; quelques flocons fibrineux nageaient dans la sérosité épanchée.

Cet exemple de mort subite causée par une pleurésie aiguë, avec épanchement excessif, me remettait en mémoire celui que j'avais observé onze ans auparavant dans le service de Récamier ; il me donnait à réfléchir : Je me demandais si, dans ces deux cas, la terminaison fatale n'eût pas été empêchée par une opération qui aurait rapidement débarrassé la poitrine du liquide qu'elle contenait, et à la présence duquel on pouvait attribuer les accidents ; je me demandais si la paracentèse n'était pas là formellement indiquée.

A un mois juste d'intervalle, dans cette même année 1843, le 8 mai, une

(1) Lacaze du Thiers, *De la paracentèse de la poitrine et des épanchements pleurétiques qui nécessitent son emploi* (Thèses de Paris, 1851).

femme de trente ans, couturière, entrain au n° 8 de la salle Sainte-Thérèse, également pour une pleurésie avec épanchement qui, faite aussi à nous d'avoir recours à la ponction de la poitrine, devait promptement l'emporter. Cette femme, accouchée à la Maternité le 19 avril précédent, en était sortie le 27, bien portante, à cela près d'un peu de toux qui durait depuis quatre jours ; le lendemain 28, elle tombait malade, peut-être à la suite de ces imprudences auxquelles s'exposent si souvent les malheureuses accouchées. Toujours est-il que, le 28, elle fut prise de fièvre, d'un peu d'oppression, que sa toux avait augmenté. Ces accidents firent des progrès jusqu'au 8 mai, qu'elle vint à l'hôpital Necker, où elle fut admise avec son enfant dans notre service de nourrices. Les lochies, qui, depuis quelques jours après le début de la fièvre, avaient cessé de couler, avaient bientôt reparu, et maintenant encore elles marchaient régulièrement ; la sécrétion du lait était peu abondante.

Le 9, douzième jour de la maladie, à ma visite du matin, je faisais écrire sur la feuille d'observation : Oppression sans orthopnée, face un peu anxieuse ; toux sèche, peu fréquente ; expectoration aérée, peu abondante, ayant l'aspect de la salive ; matité complète du côté gauche de la poitrine, jusque sous la clavicule ; voussure considérable en avant, absence du bruit respiratoire ; cependant on entend dans le lointain un murmure très-faible, sans égophonie, sans retentissement de la voix. A droite, respiration puérile. Le cœur est reporté au delà de la ligne médiane. Je prescrivis une saignée du bras de quatre palettes ; je maintins la malade à une diète sévère, ne lui permettant que du bouillon et lui recommandant de boire très-peu.

Le lendemain rien n'était changé dans la situation ; le sang tiré la veille de la veine était fortement couenneux. On continua le même traitement.

Dans l'intervalle du 11 au 17 mai, une légère amélioration se manifesta, mais pour se démentir bientôt et faire place à une aggravation du mal ; des tendances aux syncopes survinrent. Deux vésicatoires volants furent appliqués sur le côté affecté, à peu de jours de distance, et je donnai des préparations diurétiques.

Le 17, l'aggravation était notable. La malade était couchée sur le dos, sans oreillers et sans paraître oppressée ; cependant son visage était pâle, ses yeux largement ouverts, son anxiété extrême ; sa respiration était faible, incomplète, son pouls misérable, mais son intelligence était nette. Il semblait qu'elle mourût étouffée par une puissance contre laquelle elle ne luttait plus.

J'avais présents à l'esprit les deux faits dont je vous parlais tout à l'heure, et dont l'un était trop récent pour que j'eusse pu l'oublier si vite ; je voyais notre femme dans un péril aussi imminent que les deux autres, et je songai à la paracentèse. Toutefois, comme cette opération avait quelque chose d'insolite au vingtième jour d'une pleurésie, qu'elle était alors hautement condamnée par tous les médecins de notre pays dans les épanchements aigus et même dans tous les cas d'hydrothorax ; comme enfin l'oppression ne me paraissait pas considérable, j'eus la faiblesse coupable de vouloir attendre, afin

d'éviter tout reproche d'imprudence. Je donnai l'ordre à mon interne de surveiller la malade, et de faire la ponction suivant le mode arrêté entre nous, si la vie paraissait près de s'éteindre. A sept heures du soir, mon élève la visita pour la dernière fois. Elle ne lui semblait pas être dans un plus mauvais état que le matin; il crut pouvoir différer la paracentèse, et s'absenta quelques instants. Une heure plus tard, la malheureuse femme s'éteignait sans agonie.

L'autopsie nous montra le cœur complètement refoulé à droite, la plèvre gauche distendue par une énorme quantité de liquide que nous évaluâmes à 4 litres au moins. Cette sérosité, limpide dans sa partie supérieure, était séropurulente dans sa partie déclive; le poumon était ratatiné et aplati contre la colonne vertébrale. Cependant au sommet il avait contracté une adhérence intime avec la plèvre costale, et, en ce point, il offrait une cicatrice due à un tubercule en voie de résorption. Nulle part ailleurs nous ne trouvâmes d'altération organique appréciable.

Justement effrayé de ce dont je venais d'être témoin, je reconnus un peu trop tard la nécessité de pratiquer la paracentèse dans des cas analogues, et je résolus, ces cas échéants, d'y recourir le plus tôt possible. L'occasion ne devait pas se faire attendre.

Au mois de septembre suivant, j'étais allé à Tours voir ma mère gravement malade. Pendant mon absence, un de mes bons amis, M. Michel Masson, auteur dramatique, dont le nom vous est parfaitement connu, m'avait fait mander pour sa fille. C'était une jeune personne de seize ans, d'une santé si parfaite d'ailleurs, à cela près d'une très-grande irritabilité nerveuse, qu'à peine avais-je été consulté pour elle une fois, depuis dix ans que j'étais le médecin de sa famille.

Le dimanche 3 septembre 1843, elle éprouvait déjà de l'inappétence et de la fièvre. Le 5, elle se mit au lit, et je ne la vis que le 8. Je constatai beaucoup de pâleur des téguments, une fièvre assez vive, un peu de dyspnée, sans toux ni expectoration; sans aucun accident gastrique. En explorant la poitrine, je reconnus l'existence d'un épanchement énorme dans la plèvre gauche, remontant jusqu'à la clavicule. Partout la matité était complète; nulle part on n'entendait de bruit respiratoire, de souffle ou d'égophonie. Le cœur, déjeté à droite, occupait la ligne médiane. Je pratiquai une saignée du bras; je prescrivis du calomel et des boissons peu abondantes.

Le lundi 11, huitième jour de la maladie, les accidents s'étaient beaucoup aggravés; la peau était froide, le visage pâle; la jeune fille, tout à fait assise sur son lit, soutenue par des oreillers, position que l'orthopnée la forçait de garder, avait de la tendance aux lipothymies et poussait des gémissements continuels. J'appliquai un large vésicatoire en arrière de la poitrine.

J'étais décidé à pratiquer la paracentèse; et comme l'indication était pressante, je ne voulus pas de consultation, craignant, d'une part, que l'appareil d'une réunion médicale n'épouvantât la malade; d'autre part, que la lutte d'opinions, qui ne manquerait pas de s'élever, ne donnât à la famille une in-

décision fatale. J'arrivai donc le mardi matin, fin du neuvième jour, pourvu des instruments nécessaires et parfaitement déterminé à faire ce que mon devoir me commanderait, sans appareil, comme s'il s'agissait de la chose du monde la plus simple.

Je trouvai la jeune malade dans un état voisin de la mort, et je me reprochais de n'avoir pas fait, dès la veille au soir, ce que je ne pouvais différer maintenant.

Je procédai à l'opération de la manière que je vous indiquerai lorsque nous décrirons le manuel opératoire, d'ailleurs fort simple, de la paracentèse. Je retirai 800 grammes environ de sérosité d'une belle couleur d'ambre et parfaitement transparente. Le lendemain, elle avait conservé sa transparence; mais on y apercevait une espèce de tissu lamelleux, mollasse, formé évidemment par de la fibrine qui s'était condensée par le refroidissement. Bien qu'il m'eût été facile de retirer une plus grande quantité de ce liquide, je ne le voulus pas, satisfait d'avoir ôté ce qui, par excès, rendait l'épanchement mortel, et d'avoir ainsi réduit la maladie à l'état d'une pleurésie simple, qui, dès lors, pouvait et devait guérir par les moyens ordinaires.

L'opération terminée, la jeune fille sembla revenir à la vie; elle respirait aisément, n'avait plus d'anxiété, son pouls avait repris un peu d'ampleur. Les organes, le poumon, le cœur, étaient revenus à peu près à leur place; le murmure respiratoire avait reparu; il existait, en haut et en avant, un peu de résonnance tympanique, que je crus devoir attribuer à l'introduction de quelques bulles d'air. J'ignorais alors l'existence de la résonnance exagérée que l'on observe dans la plupart des cas de pleurésie, résonnance que plus tard M. Skoda devait découvrir et faire connaître. Pendant la nuit qui suivit, la malade dormit six heures.

Le lendemain matin, il y avait beaucoup d'agitation nerveuse, mais la respiration était facile; la malade parlait avec volubilité, et faisait d'assez longues phrases sans reprendre haleine. Son visage était calme, sa peau peu chaude, son pouls à 112.

Deux jours après la ponction, il y eut dans la nuit onze heures de sommeil. L'épanchement avait très-notablement diminué; le cœur se replaçait de plus en plus à gauche, et dépassait déjà la ligne médiane; à la partie antérieure de la poitrine, la matité ne s'étendait plus que jusqu'au niveau de la quatrième côte.

Je passe rapidement. Sous l'influence des vésicatoires volants appliqués sur la poitrine, des boissons diurétiques et de la digitale, l'amélioration fit de rapides progrès. Le 28 septembre, seize jours après la paracentèse, le pouls était à 80; l'appétit était prononcé; les règles étaient revenues, quoique moins abondamment que dans l'état normal. A partir de ce moment, tous les symptômes morbides disparurent; la respiration redevint normale, et la malade entra dans une convalescence qui ne se démentit pas.

Ce fait fut pour moi un grand enseignement; aussi n'hésitai-je plus à agir de la même manière lorsque l'occasion s'en présenta. Ayant à enregistrer