

trois cas de succès semblables, je m'empressai de les publier ; j'en fis l'objet d'un premier mémoire que je lus en 1843 à l'Académie de médecine (1), et, l'année suivante, j'en lus un second sur le même sujet (2). En 1846, mon honorable confrère Bricheteau, devant qui, à l'hôpital Necker, j'avais pratiqué la paracentèse chez une jeune fille de quatorze ans qui guérit rapidement, mon honorable confrère fut chargé de faire un rapport sur ces deux mémoires ; dans ce travail, véritable chef-d'œuvre d'érudition et de critique, ce praticien recommandable adopta, à peu de chose près, les conclusions que j'avais posées. C'est à peine si ce rapport souleva quelques objections ; la discussion à laquelle il donna lieu passa inaperçue.

Je persistais plus que jamais dans la voie où je m'étais engagé ; des succès qui se multipliaient m'encourageaient à m'y maintenir, lorsqu'en 1850, étant venu demander à mes collègues de la Société de médecine des hôpitaux leur avis à propos d'un cas de mort qui avait suivi la paracentèse de la poitrine, et des renseignements sur une particularité de cette observation, je fus amené à m'expliquer sur la question générale de la paracentèse. La controverse fut animée, car je me trouvais en face d'oppositions aussi vives que celles que j'avais rencontrées lorsque je publiais mes premiers faits de trachéotomie.

Alors, en effet, les insinuations malveillantes ne m'avaient pas manqué : si j'apportais des exemples d'enfants guéris par la trachéotomie, on répondait que ces enfants n'avaient pas eu le croup ; que ceux-là seuls que je n'avais pu sauver en étaient réellement affectés ; on ne m'avait même pas épargné les injures. Je n'y avais pas répondu, suivant mon habitude ; n'écoulant que la voix de ma conscience, je continuais, espérant que tôt ou tard la vérité se ferait jour. Pour la trachéotomie, mon but était atteint, car cette opération est depuis longtemps du domaine public. La paracentèse de la poitrine, sans soulever les mêmes objections que celle-ci, rencontra cependant aussi beaucoup d'opposants ; mais quand on apprit que je l'avais faite à peu près quinze ou vingt fois, deux entre autres sur des médecins de Paris, sans avoir à déplorer d'insuccès ; quand plusieurs de mes confrères des hôpitaux et de la ville, de mes jeunes confrères, bien entendu, car les aînés n'aiment guère à suivre les exemples des jeunes, quand donc plusieurs de mes confrères, l'ayant aussi faite de leur côté, eurent à s'en féliciter, la paracentèse fut à son tour proclamée comme un bon moyen de traitement des pleurésies aiguës avec épanchements excessifs.

Loin de moi, messieurs, l'idée de m'attribuer l'honneur de la découverte. L'opération de la paracentèse de la poitrine a été pratiquée de tout temps ; mais exposée, comme tous les moyens thérapeutiques, à des fortunes diverses, si elle n'avait jamais été complètement abandonnée, du moins était-elle réservée pour les cas exceptionnels ; on n'y recourait qu'avec une souveraine

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. IX, p. 138.

(2) *Ibid.*, t. X, p. 517.

méfiance, et alors seulement que l'imminence du péril excusait l'excès de la hardiesse. Si maintenant elle a pris la place qu'elle aurait dû toujours garder ; si aujourd'hui elle figure parmi les modes de traitement que leur innocuité habituelle encourage à employer, je crois avoir contribué à ce changement par mes travaux, par les indications que j'ai fournies, et, je dois le dire, surtout par les succès qui ont suivi ma pratique.

Avant de vous indiquer quelles sont les circonstances qui commandent ce mode d'intervention chirurgicale, laissez-moi vous rappeler brièvement l'histoire de la paracentèse du thorax, en la suivant dans ses principales phases : ce sera le seul moyen de vous montrer pourquoi une opération qui n'avait jamais pu devenir d'une pratique usuelle est aujourd'hui faite partout et par tous.

Les premières données relatives à la ponction de la poitrine remontent à l'école hippocratique ; dès lors le procédé opératoire est indiqué tel qu'il se conservera jusqu'à notre temps. L'opération se pratiquait de deux manières : ou en ouvrant avec l'instrument tranchant un des espaces intercostaux, ou en perforant une côte. L'ouverture de l'espace intercostal peut avoir lieu non-seulement par le bistouri, mais par le cautère actuel. Quelle que soit la méthode qu'on ait choisie, la plaie reste béante jusqu'à ce que le liquide soit complètement évacué et n'ait plus de tendance à se reformer. Si les bords semblent vouloir contracter des adhérences, on prévient l'occlusion en introduisant une sonde métallique.

Tel est le fond sur lequel les chirurgiens qui se sont succédé depuis Hippocrate ont travaillé, et il n'est pas sans intérêt de voir combien peu ils ont ajouté à la tradition. Galien ne change rien aux indications d'Hippocrate ; Celse décrit l'opération avec peu de bonheur, et la paracentèse, presque oubliée par l'écrivain qui devait faire seul autorité pendant si longtemps, tombée en discrédit chez les médecins grecs et romains, n'est pas relevée par les Arabes.

Au moyen âge, on discute pour savoir lequel est préférable, pour pénétrer dans la cavité thoracique, du fer ou du feu ; mais en somme, on n'admet guère que la ponction soit praticable en dehors des lésions chirurgicales.

Vers le XVI<sup>e</sup> siècle, on revient à la térébration des côtes, alors presque abandonnée ; en même temps on conseille les injections détersives, déjà indiquées par Galien et par Rhazès, comme un élément nécessaire. L'opération d'ailleurs est rarement essayée, le plus souvent repoussée même dans les cas extrêmes, et les plus grands chirurgiens, Fabrice d'Acquapendente par exemple, se plaignent de la voir tomber en désuétude. Cependant une étude plus attentive des faits, une obéissance moins servile à la tradition, conduisent à quelques remarques importantes.

On constate que, dans les plaies perforantes de poitrine, la guérison s'effectue peut-être plus rapidement quand on ferme la plaie de bonne heure, et l'on se demande s'il ne conviendrait pas également, après la ponction dans l'empyème, de ne pas laisser l'ouverture indéfiniment béante.

Du XVII<sup>e</sup> au XVIII<sup>e</sup> siècle, l'opération de la paracentèse est l'objet de nom-

breux travaux de la part des chirurgiens. Bontius, en 1658, pose le premier, d'une manière positive, la question, déjà entrevue plutôt que débattue, de l'introduction de l'air dans la poitrine. Il déclare ne pas redouter ce contact de l'air, et considère les injections comme un moyen très-suffisant pour combattre les conséquences qu'on paraît craindre. Bartholin soutient la doctrine contraire : il insiste pour qu'on ferme la plaie le mieux possible, pour qu'on évite à tout prix le contact de l'air. Dès lors l'indication est posée; mais c'est seulement deux siècles plus tard qu'on parviendra à la remplir d'une manière satisfaisante.

A mesure qu'on se préoccupe davantage de cette introduction de l'air, on modifie le manuel opératoire. Le liquide est évacué à l'aide de moyens d'aspiration, et la succion, essayée d'abord très-timidement, à l'exemple de Scultet, devient un procédé recommandé par les maîtres de l'art.

Les chirurgiens sont entrés dans une voie nouvelle et toute favorable. Au lieu de discuter sur des probabilités théoriques, ils recourent à l'examen direct; comme les cas de paracentèse sont encore des raretés, ils empruntent leurs observations à l'examen des plaies de poitrine. C'est ainsi qu'on arrive, en considérant le peu d'accidents qu'entraînent celles-ci, à redouter moins la ponction du thorax, et à croire à son innocuité.

Par suite de cette tendance, plutôt bien sentie que nettement exprimée, les médecins commencent à s'inquiéter de la ponction dans l'hydrothorax. En 1624, Jérôme Goulu prétendait qu'elle réussissait plus souvent dans l'hydrothorax que la paracentèse abdominale dans l'ascite; vingt ans plus tard, on lisait dans les écrits de Zacutus Lusitanus qu'elle était aussi bien indiquée dans les épanchements de sérosité que dans l'empyème, lorsqu'on ne pouvait pas parvenir à évacuer le liquide d'une autre manière. Plus tard, Willis la pratiquait; Lower en citait un cas, et ces exemples sont répétés par les auteurs comme un encouragement.

Vers le milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, alors que la perforation par le cautère, qui avait jusque-là compté des partisans, est délaissée, on songe à substituer définitivement au bistouri le trocart qu'on employait dans les ponctions abdominales. Lurde, en 1765, conseille l'usage de cet instrument déjà proposé, près d'un siècle auparavant par Drouin; Lurde le conseille d'ailleurs fort timidement, dans la crainte de léser le poumon. Il fait plus : il engage à fermer la canule avec le doigt à chaque inspiration, en la laissant ouverte pendant l'expiration, de manière que l'air ne puisse s'introduire. Cependant le conseil de Lurde n'est pas si bien accueilli qu'on ne compte Chopart et Desault parmi ses adversaires. On reproche au trocart de pénétrer brutalement, de risquer de blesser l'artère intercostale et le poumon. Il avait fallu plus de cent ans pour que l'idée émise par Drouin trouvât un soutien, et l'on voit encore avec quelle difficulté elle entraîne des adhésions, bien que l'avenir lui appartint.

Enfin, en 1808, Audouard soulève de nouveau une question considérée

comme définitivement résolue, et dont il attaque la solution universellement admise. Depuis que la paracentèse était pratiquée, on prescrivait invariablement de ne laisser écouler au dehors le liquide, quel qu'il fût, que peu à peu. Le premier jour, on en évacuait une portion, et chaque jour on facilitait l'écoulement d'une petite quantité. Ce précepte était donné dans la persuasion que ces liquides s'échappant subitement, il en résulterait un vide mortel dans la poitrine; plus tard, on avait substitué à cette hypothèse reconnue insuffisante, une autre explication; mais la règle n'en avait pas moins été maintenue. Audouard soutint et prouva que l'évacuation, même subite, de l'épanchement, n'avait pas les inconvénients qu'on lui supposait.

De 1808 à 1843, époque où, je vous l'ai dit, je publiai mes premiers travaux, le procédé opératoire subit à peine quelques modifications, les changements apportés ne sont pas consacrés par l'expérience; seulement un certain nombre de faits sont et demeurent acquis : c'est, d'une part, la possibilité d'évacuer brusquement le liquide, sans accomplir l'opération en plusieurs temps; c'est ensuite la nécessité d'empêcher, autant que possible, l'introduction de l'air, sans en redouter d'ailleurs outre mesure les inconvénients. De ces deux principes incontestés, il résulte que le trocart est préféré au bistouri; que la perforation des côtes est rarement pratiquée; enfin que diverses soupapes sont imaginées pour remplir l'office du doigt, que Lurde plaçait à l'orifice extérieur de la canule.

Tous les appareils destinés à s'adapter au trocart pour prévenir l'introduction de l'air et laisser un libre cours au liquide, sont construits d'après le même principe que Schuh et M. Reybard signalaient presque en même temps, mais que le premier de ces deux observateurs s'appliquait surtout à définir. L'appareil de Schuh, complexe et composé d'un système de soupapes et de réservoirs difficiles à faire fonctionner, a été abandonné depuis par son auteur. Le trocart imaginé par M. Reybard doit à sa simplicité d'avoir été adopté par tous les opérateurs. Le procédé consiste, comme vous le savez, messieurs, à munir l'extrémité libre de la canule d'une baudruche qu'on enroule autour de l'instrument et qu'on ramollit ensuite par l'eau. La baudruche ainsi disposée fait fonction de soupape, et a, sur tout autre mécanisme, l'avantage de n'exiger ni précision ni réparations (1).

En résumant ce qui a trait à la pratique de l'opération elle-même, vous voyez qu'un certain nombre de *desiderata* avaient été indiqués, et que tous sont assez bien comblés aujourd'hui pour que l'avenir ait peu d'améliorations à réaliser. Vous voyez aussi que, même à l'époque où la paracentèse de la poitrine s'effectuait dans des conditions et avec des instruments peu favorables, elle était rangée parmi les moins délicates de la chirurgie.

Cependant la ponction du thorax restait au nombre des hardiesses qu'autorise seulement un péril de quelque urgence. La cause n'en était pas l'imper-

(1) Voy. Gaujot, *Arsenal de la chirurgie contemporaine*, Paris, 1867.

fection du procédé opératoire; elle résidait tout entière dans l'insuffisance des indications.

Un moyen thérapeutique, que ce soit un médicament ou une opération chirurgicale, n'a de succès possible qu'à la condition de satisfaire à une exigence déterminée. Tant que les motifs qui doivent décider de son emploi sont imparfaitement connus, le remède reste inusité. Tout au plus et de temps en temps, un expérimentateur, servi par le hasard, signale-t-il une réussite; ceux qui essayent de l'imiter manquent de direction, usent trop timidement ou abusent trop résolument d'un moyen qu'ils discréditent, et qui retombe bientôt dans l'oubli. Tel a été le sort de la paracentèse du thorax, et il n'est pas surprenant que de Haen se demandât, à propos de l'hydropisie de poitrine: « Cur ita laudata paracentesis sive ut primum sive saltem ut alterum adhibendum auxilium spatio XXIII seculorum theoretice commendetur et vix unquam instituta legatur? »

J'ai tracé rapidement l'histoire de l'opération; mais pour que cette notice historique vous fournisse un utile enseignement, il me reste à vous rappeler les indications auxquelles ce moyen thérapeutique devait répondre.

Lorsque Hippocrate conseillait la ponction de la poitrine, il indiquait expressément le but que l'opération avait à remplir: évacuer le liquide contenu dans la cavité thoracique; mais il ne fournissait que des signes insuffisants pour reconnaître pendant la vie l'existence de l'épanchement. La description qu'il a laissée des symptômes s'applique à des affections de nature très-diverse; elle comprend, avec l'hydropisie de poitrine, les épanchements hémorrhagiques purulents, et surtout l'hydro-pneumothorax. Ainsi cette belle expérience de la succussion, qui figure encore aujourd'hui parmi les signes physiques les plus précieux, est donnée comme un critérium absolu. Déjà on avait compris que ces phénomènes locaux manquaient de précision, et l'on y avait joint un ensemble de phénomènes généraux encore plus trompeurs. Il est curieux de voir qu'au commencement du XIX<sup>e</sup> siècle, le diagnostic des épanchements pleuraux n'avait pas gagné en exactitude et en sûreté. Reproduite invariablement par tous les écrivains, la description hippocratique est encore répétée par Mursinna, qui pourtant, en 1811, avait fait quatre opérations, dont deux suivies de guérison, guidé seulement par des données si infidèles. Dans sa remarquable dissertation, le chirurgien allemand insiste sur le bruit provoqué par la succussion comme un élément indispensable. Il parle de l'œdème des extrémités inférieures et du scrotum comme d'un symptôme à peu près constant, et ajoute, sans plus tirer parti de la découverte de son compatriote Avenbrügger, que quelquefois on constate à la percussion un son mat et tout à fait particulier. De Haen avait fait mieux que personne ressortir l'impuissance du diagnostic. Sa monographie de l'hydropisie du thorax n'est qu'une longue critique des phénomènes indiqués comme caractéristiques par ses devanciers: « Suspicio morbi duntaxat est eaque cum aliorum morbis signis » ita intricata, ut certi quid concludi nequeat. » Ailleurs il insiste sur les

déceptions qui attendent le médecin: « Subdulus hic morbus raro dum curabilis est cognoscitur. »

De ces causes d'incertitude, senties et proclamées par tous les bons observateurs, il résultait que la paracentèse n'était appliquée que dans un nombre de cas extrêmement limités et de la nature de ceux qui rentrent dans le domaine de la chirurgie. On attendait que les côtes fussent énormément distendues, que le pus tendît à faire irruption dans un espace intercostal visiblement soulevé, et l'on n'opérait ordinairement que quand la suppuration avait été provoquée par une blessure de la poitrine.

Cependant, malgré tant de raisons de s'abstenir, et quoique l'expérience n'ait que bien peu parlé, la conscience d'un résultat favorable, l'espérance d'un succès ne manque pas aux médecins. Ils se demandent pourquoi on attend si longtemps; ils sont convaincus plutôt par le raisonnement que par les faits; mais ils sont convaincus. Et cela n'est pas seulement propre à un écrivain. Dès 1624, Goulu, ainsi que je vous l'ai dit, prétendait que la paracentèse de la poitrine dans l'hydrothorax réussissait plus souvent que la paracentèse abdominale dans l'ascite: « Ergo in thoracis quam in abdominis » hydropes, paracentesis tutior. » Telle est la conclusion de sa dissertation. Majault, en 1774, reprend la même thèse et la résume ainsi: « Ergo hydropis » pectoris paracentesis. » De Haen, de son côté, avait dit: « Ut si hydrops » pectoris cognoscatur maturo, nil est paracentesi tutius. »

La grande découverte de Laennec vint changer la face des choses; à des symptômes confus et inextricables, l'auscultation substitue des éléments simples et positifs de diagnostic. Les épanchements thoraciques sont classés désormais parmi les maladies les plus accessibles à l'investigation du médecin. Il semble qu'à partir de ce moment, les obscurités s'étant dissipées, le souhait tant de fois exprimé de donner plus d'extension à l'usage de la paracentèse va enfin se réaliser. Il n'en est pourtant pas ainsi. Laennec, avec sa sagacité habituelle, avait défini toutes les indications de l'opération. Il conseillait la ponction dans les cas de pleurésie aiguë où l'épanchement, très-abondant dès le début, augmente avec une telle rapidité, qu'au bout de quelques jours il détermine un état général ou local grave, et peut faire craindre la suffocation; c'est ce qu'il désigne sous le nom d'*empyème aigu*. Il la conseille encore à titre de ressource extrême dans les pleurésies chroniques, après qu'on a reconnu le défaut de succès de tous les moyens employés pour opérer la résorption du liquide épanché; mais il ajoute: « L'opération de l'empyème est rarement suivie de succès. » Cela tient à plusieurs causes qui toutes n'ont pas été également appréciées. Outre les états organiques qui contre-indiquent la ponction, la cause qui, à son avis, s'oppose le plus à sa réussite, est l'aplatissement du poumon qui, recouvert de fausses membranes, a perdu son élasticité. Par cette raison, l'empyème aigu offre plus de chances de succès que les empyèmes chroniques. Le mode d'opération habituellement suivi ne lui paraît pas susceptible de grands perfectionnements, et bien qu'il ait insisté sur le grave

danger de l'introduction de l'air, il ne semble pas se préoccuper de rechercher les moyens d'éviter cette complication. « La ponction avec un trocart dans un espace intercostal a été tentée plusieurs fois, dit-il; Morand, entre autres, y a eu recours plusieurs fois. Mon ami le professeur Récamier l'a plusieurs fois employée, en se servant d'un très-petit trocart. J'y ai eu moi-même recours assez souvent; mais je n'ai jamais obtenu aucun succès durable par ce moyen. » Trois pages plus loin, il exprime la persuasion que « l'opération de l'empyème deviendra beaucoup plus commune et plus souvent utile à mesure que l'usage de l'auscultation médiate se répandra. »

Comme vous le voyez, messieurs, l'opinion de Laennec n'est rien moins que décisive; il enlève d'une main ce qu'il accorde de l'autre. Tandis qu'il promet d'heureux résultats des moyens de diagnostic dont il a doté la science, il s'applique à faire douter du succès; il ne cite que des cas non suivis de réussite, et s'il insiste sur les conditions anatomiques, c'est pour faire ressortir celles qui lui semblent les plus fâcheuses. La défiance, bien que tempérée par un espoir meilleur pour l'avenir, était trop clairement énoncée pour engager à de nouveaux essais. Aussi qu'arriva-t-il? C'est que, lorsque dix ans plus tard, en 1835, la question de la paracentèse est portée devant l'Académie de médecine à l'occasion du mémoire du docteur Faure, la discussion est pleine de confusion et d'incertitude, des opinions contradictoires se font jour; mais de part et d'autre elles manquent de preuves, et les débats prolongés n'aboutissent à aucune conclusion (1).

Pendant que dans le pays où l'auscultation avait été découverte, on inclinait, sur l'autorité de Laennec, à contester l'efficacité de la paracentèse appliquée aux divers épanchements que les médecins sont appelés à traiter; tandis que les chirurgiens persistaient seuls à l'employer dans les épanchements traumatiques, on espérait davantage à l'étranger de l'opération éclairée par les nouveaux moyens de diagnostic.

En 1834, Becker publiait à Berlin une monographie sur la pleurésie chronique, où, après avoir exposé comment les progrès de l'examen de la poitrine permettaient de mieux appliquer la ponction, il rapportait cinq exemples de paracentèses pratiquées à sa sollicitation par Dieffenbach dans des cas de pleurésie chronique, avec cette épigraphe: « *Melius est anceps remedium quam nullum.* » En 1835, Thomas Davies (2) s'appliquait, assez mal à propos d'ailleurs, à réfuter l'opinion de Laennec qui refuse, disait-il, toute utilité à l'opération. Il déclarait, contrairement à l'opinion du médecin français, que la ponction est inutile dans le pneumothorax; mais qu'elle rend de notables services dans l'hydrothorax, dans l'empyème, et qu'elle compte surtout des succès chez les enfants. Son procédé consistait à ponctionner dans l'espace intercostal avec un trocart de petite dimension, sans employer aucun appareil

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1838, t. I, p. 62.

(2) Davies, *On Diseases of the Lungs and Heart*. 1835; in-8.

accessoire pour empêcher l'introduction de l'air. Il conseillait seulement, et son avis a été suivi pendant longtemps en Angleterre, de faire précéder l'opération d'une ponction exploratrice pratiquée avec une aiguille, dans le but de s'assurer de la nature de l'épanchement, de sa consistance, de la présence des fausses membranes, etc.

L'appui prêté par Th. Davies à une opération alors si peu en faveur ne fut pas inutile. Son opinion, ignorée en France, eut du retentissement dans son pays, et fut depuis lors invoquée comme une autorité par tous ceux qui se livrèrent à de nouveaux essais; mais elle n'entraîna pas une entière conviction. Si les observateurs qui recouraient à la ponction en louaient les résultats, ceux qui s'abstenaient de la pratiquer ne manquaient pas d'arguments à lui opposer. C'est ainsi que Stokes (1) et plus tard Watson insistèrent sur les conséquences fâcheuses de la paracentèse, qui, devant, suivant eux, convertir une inflammation séreuse en une inflammation suppurative (opinion fautive reproduite de nos jours), ne pouvait être tentée que quand la vie du malade était dans un péril immédiat.

La confiance se soutenait en Allemagne. A Becker vint se joindre Schuh (de Vienne). En 1839, Schuh, dans sa *Dissertation sur l'influence que la percussion et l'auscultation sont appelées à exercer sur la pratique chirurgicale*, déclare que la paracentèse est un moyen de guérison radicale dans les cas d'épanchements thoraciques chroniques succédant ou non à une période aiguë, et il pose les principes qu'il devait appliquer trois ans plus tard.

Telles étaient, messieurs, les opinions contradictoires soutenues avec une égale vivacité, lorsque j'apportai à cette question de thérapeutique le tribut de mes propres recherches. Le docteur Reybard avait déjà (2) donné la description de son ingénieux instrument; mais plus préoccupé du mode d'opération que des indications de l'opération elle-même, il n'avait rien ajouté à ce que les autres avaient enseigné sur ce sujet. Il convient lui-même avoir eu peu d'occasions d'appliquer sa méthode, et en l'absence de faits, il suppose que les hydropisies de poitrine, déterminées, dit-il, le plus souvent par une inflammation de la plèvre, doivent être guéries par une seule ponction. Le reste de cette dissertation pleine d'intérêt est consacré spécialement à l'étude des plaies de poitrine.

Vers la fin de 1841, deux professeurs de l'école de Vienne, Schuh (3) et Skoda, dont le premier, ainsi que je viens de vous le dire, avait déjà préconisé théoriquement les bons effets de la paracentèse de la poitrine, publièrent

(1) Stokes, *Diseases of the Chest*. Dublin.

(2) Reybard, *Mémoire sur les épanchements dans la poitrine, et sur un nouveau procédé opératoire pour retirer les fluides épanchés sans laisser pénétrer l'air extérieur dans le thorax* (*Gazette médicale*, janvier 1841).

(3) Schuh, *Medicinische Jahrbücher der k. k. Oesterreich. Staates*. Wien, 1841.

également une étude importante sur ce procédé thérapeutique. Leur monographie, devenue classique en Allemagne, mérite d'occuper un rang distingué dans l'histoire de la paracentèse du thorax. Ils commencent par poser en principe que la pleurésie guérit le plus souvent dans les cas où l'épanchement n'est pas excessif et où il n'existe pas de complications. Si l'épanchement est très-considérable, la nature même, aidée par les moyens connus, n'amène la guérison qu'après des mois ou des années. Les suites fâcheuses de la pleurésie sont la déformation de la poitrine, l'anémie avec ses plus graves conséquences, la disposition aux syncopes, et, par suite, à la mort subite, le développement des tubercules, l'hypertrophie avec dilatation du cœur droit.

Si l'épanchement est de plusieurs livres, si les phénomènes fébriles sont dissipés, si depuis une à trois semaines il n'y a pas eu d'amélioration, la paracentèse est indiquée; l'opération est un moyen de guérison radicale ou simplement un palliatif.

Les deux auteurs cherchent à réfuter les raisons indiquées contre la paracentèse, exposent avec détail les divers temps du procédé opératoire, et engagent à ne pas évacuer la totalité du liquide, de crainte que le déplissement soudain du poumon et que le remplacement des organes refoulés par l'épanchement n'entraînent quelque accident, crainte chimérique, à mon avis, ainsi que j'aurai à le discuter devant vous.

Le travail de Schuh, appuyé par l'autorité de Skoda, n'eut pas même en Allemagne le retentissement qu'il méritait; à l'étranger il resta inconnu, et nous ne le voyons pas une seule fois invoqué par les expérimentateurs anglais ou français.

Presque en même temps, comme si dans l'histoire de cette opération il était écrit que chaque espoir de succès serait contre-balancé et contredit, Hope dictait ses notes sur le traitement de la pleurésie chronique, que publiait la *Revue médico-chirurgicale de Londres* en 1841. Là il s'efforçait de prouver que le traitement des épanchements pleurétiques n'a pas besoin du secours de la chirurgie, que les moyens fournis par la matière médicale sont toujours suffisants. D'accord en cela avec les médecins qui, lors de la discussion en 1835 devant l'Académie, soutenaient que la pleurésie n'est jamais mortelle, d'accord avec Stokes, avec Watson, Hope déclare que le défaut de réussite tient à la timidité avec laquelle sont administrés les remèdes. Il vante l'emploi des mercuriaux poussé résolument, l'usage d'un régime reconfortant, d'une diète animale même malgré la fièvre, de quelques diurétiques, et cite trente-trois observations de pleurésies chroniques guéries par cette médication.

Les discussions soulevées par ces écrits, d'ailleurs peu nombreux, retombent dans l'oubli; l'attention ne se fixe pas sur les indications, sur les avantages ou le danger de la paracentèse, et les recueils médicaux se bornent à rapporter de temps à autre une observation de paracentèse pratiquée dans les formes d'épanchement les plus diverses et avec les résultats les plus variables.

En 1844, mon mémoire lu à l'Académie, en préoccupant de nouveau l'opi-

nion, appela de nouvelles recherches. La même impulsion était donnée en Angleterre. On commençait à se sentir sur un terrain assez solide pour laisser de côté les hypothèses et pour n'en appeler qu'aux faits. C'est dans cet esprit que sont conçues les deux monographies qui, en Angleterre, closent la liste des publications de quelque importance relatives à la ponction du thorax: le mémoire de Hamilton Roe, intitulé *De la paracentèse du thorax dans l'empyème et dans l'hydrothorax inflammatoire* (1), et ceux de Hughes (2). Roe donne d'excellents préceptes, et considère les résultats de l'expérience comme très-satisfaisants. Il ne redoute pas la syncope, qui, à ce qu'on objectait, menaçait la vie du malade immédiatement après l'opération; il ne redoute pas davantage l'introduction de l'air, contre laquelle il ne prend d'ailleurs aucune précaution. Son procédé opératoire est extrêmement simple; il se réduit à la ponction avec un trocart de médiocre dimension dans un espace intercostal, son lieu précis d'élection.

Vous trouverez peut-être, messieurs, qu'eu égard à la nature de notre enseignement, je me suis trop longuement étendu sur cet aperçu historique de la paracentèse de la poitrine; je tenais à le faire, pour vous montrer combien cette opération, dont la nécessité avait été cependant reconnue dès les premiers âges de la médecine, avait eu de peine à s'établir dans le domaine de la thérapeutique, et qu'en définitive, s'il en a été ainsi, c'est que les indications n'en avaient pas été établies d'une manière aussi positive qu'elles l'ont été dans ces derniers temps.

Dans notre prochaine conférence nous aborderons les parties essentiellement pratiques de la question.

§ 2. — Circonstances qui nécessitent la paracentèse de la poitrine. — La pleurésie peut être mortelle. — L'épanchement excessif peut entraîner la mort subite. — Il peut entraîner la mort par asphyxie. — Au contraire, la paracentèse peut guérir immédiatement, et, dans ces cas, la température redevient brusquement normale. — La persistance de l'épanchement peut occasionner la fièvre hectique. — Il peut devenir purulent. — Pleurésie traumatique. — La pleurésie peut occasionner le développement de la diathèse tuberculeuse. — La pleurésie latente est souvent une manifestation de cette diathèse, que l'épanchement reste séreux, qu'il soit purulent, ce qui arrive le plus ordinairement. — La paracentèse est encore utile alors qu'il existe un hydro-pneumothorax. — Pleurésie cancéreuse.

Messieurs, pour justifier la nécessité de la paracentèse de la poitrine dans la pleurésie avec épanchement excessif, un premier fait est essentiel à établir, c'est que, contrairement à l'opinion émise par M. Louis, la pleurésie est quelquefois mortelle.

Elle peut l'être immédiatement par le fait de l'excès d'épanchement.

(1) Hamilton Roe, *London medico-chirurg. Transact.*, 1844.

(2) Hughes, *Guy's hospital Reports*, 1844, et *London medical Gazette*, 1846.