

une matité absolue qui, lorsque l'individu était tout à fait assis, remontait en avant jusqu'au troisième espace intercostal. En arrière, cette matité absolue occupait toute la partie inférieure de la poitrine, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire, qui s'entendait très-faible sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse, cessait de s'entendre plus bas; la toux retentissait avec un timbre amphorique. Pendant l'inspiration, on entendait du souffle également amphorique; enfin, la percussion pratiquée en avant par un aide, tandis que l'oreille de l'observateur était appliquée sur la paroi opposée du thorax, donnait le bruit d'airain le plus marqué qu'il soit possible d'imaginer. En même temps, la succussion produisait le bruit de flot, qui se produisait encore lorsque le malade s'agitait même modérément. Ce bruit s'entendait à une certaine distance, et le patient en avait parfaite conscience.

Du 9 avril au 28 mai, il ne se passa rien qui méritât d'être signalé; la toux était modérée, l'expectoration muqueuse sans aucune signification. L'état général ne changeait guère. Jamais de fièvre; le pouls, petit, battait, il est vrai, 100 pulsations à la minute; mais sa faiblesse, son accélération, qui n'étaient pas accompagnées de chaleur à la peau, dépendaient assurément de la gêne apportée aux mouvements du cœur qui était refoulé fortement à droite, sa pointe battant dans l'espace où nous avons noté de la matité, à deux travers de doigt en dedans du mamelon.

Il y avait évidemment là un hydro-pneumothorax.

Le malade, nous demandant chaque jour d'apporter un soulagement à la gêne qu'il éprouvait à respirer, nous nous décidâmes à pratiquer la paracentèse et les injections iodées. Telle avait été notre première pensée dès l'arrivée de cet homme dans nos salles; mais nous considérions qu'en somme il n'y avait pas urgence, et que l'opération pouvait troubler un état général en apparence satisfaisant. Cependant, eu égard même à cet état général satisfaisant, eu égard aux sollicitations de l'individu qui réclamait notre secours; encouragé aussi par des faits de guérison d'hydro-pneumothorax dont je vous ai déjà parlé, je me décidai, et, le 28 mai, je fis la ponction.

Pénétrant avec le bistouri entre le septième et le huitième espace intercostal, j'ouvris la poitrine par une incision d'un grand centimètre en largeur; il jaillit aussitôt un liquide purulent, mélangé de gaz qui s'échappèrent en le faisant bouillonner. Nous reçûmes ainsi dans un bassin 150 grammes environ d'un pus séreux sans aucune fétidité. Immédiatement après la ponction, j'avais introduit dans la plaie une canule d'argent recourbée, munie d'un obturateur, et garnie d'une feuille de caoutchouc destinée à protéger les téguments et à empêcher leur excoriation au contact du pavillon métallique; par cette canule, je fis passer une sonde de gomme élastique, à travers laquelle j'injectai, après avoir en partie vidé la cavité pleurale, un mélange de 50 grammes de teinture d'iode avec 5 grammes d'iodure de potassium, étendue de 100 à 120 grammes d'eau environ. Je retirai ma sonde de gomme, laissant dans la poitrine la

moitié à peu près du liquide injecté; je fermai l'obturateur de ma canule, et je maintins l'appareil en place à l'aide d'un bandage de diachylon.

Le seul accident qui résulta de cette paracentèse fut un léger *emphysème sous-cutané*, qui disparut peu de jours après. D'ailleurs le malade, d'abord assez ému de l'opération, nous affirma, lorsqu'elle fut terminée, qu'il n'avait en aucune façon souffert. Le soir, il accusait de la douleur au point correspondant à la plaie, mais il était sans fièvre et le pouls était même tombé à 76. Le cœur s'était rapproché de sa place normale et battait sous le bord droit du sternum.

Le lendemain, nous retirâmes de la poitrine un litre et demi de liquide, formé d'un mélange de pus et de teinture d'iode, s'échappant en jets saccadés, en suivant les secousses imprimées par la toux qui se produisait involontairement.

Le 30 mai, une nouvelle injection semblable à la première fut poussée dans la cavité pleurale, après que nous eûmes évacué par la plaie un litre environ encore de liquide purulent, offrant quelques stries sanguinolentes.

Une troisième injection fut faite le 2 juin, puis une quatrième le 4.

L'état général se maintenait bon, et nous voyions le thorax s'affaïsser de jour en jour; de jour en jour aussi nous retirions moins de liquide en ouvrant la canule; il est vrai que dans le courant des vingt-quatre heures, il s'en échappait une certaine quantité le long des parois de la poitrine; mais le 6 juin, nous n'en recueillîmes plus que quelques cuillerées. C'était toujours un liquide purulent, sans aucune fétidité; ce jour-là, la cinquième injection fut faite, et trois jours après nous la répétâmes. Puis ces injections ne furent plus pratiquées que tous les trois ou quatre jours, jusqu'au 28 juillet, époque à laquelle nous en étions à la *dix-septième*. Le malade n'en éprouvait d'ailleurs aucun autre inconvénient qu'une sensation de chaleur dans la poitrine; il ne présentait d'autre symptôme d'iodisme, qu'un goût d'iode qu'il ressentit une fois dans la gorge avec quelques picotements.

Le thorax s'affaïssait de plus en plus, mais les signes fournis par la percussion et l'auscultation restèrent à peu près les mêmes jusqu'au 12 juin. Nous entendîmes alors, sous la clavicule gauche, quelques râles muqueux assez gros, ne se déplaçant pas par la toux, mais augmentant avec celle-ci. L'épanchement diminuait réellement, la capacité de la cage thoracique s'amoin-drissait par le fait même de l'aplatissement de ses parois, aplatissement qui devint très-considérable, tandis que le cœur, reprenant peu à peu sa position normale, venait battre à gauche, sa pointe restant encore, il est vrai, à trois travers de doigt en dedans du mamelon de ce côté. La canule d'argent fut retirée le 17 juin, et on lui substitua une sonde de gomme. Cette sonde fut définitivement enlevée le 25, et la plaie demeura suffisamment béante pour permettre d'introduire une nouvelle sonde chaque fois que l'on pratiquait une injection.

Un phénomène remarquable d'auscultation sur lequel j'appelai souvent votre attention, était ce bruit qui s'entendait au niveau de la fosse sous-épineuse en

arrière, bruit de souffle tellement doux et tellement en nappe, si j'ose ainsi dire, qu'on aurait pu le confondre avec le bruit respiratoire normal; ce n'était pourtant pas tout à fait le murmure vésiculaire, et à ce niveau la sonorité de la poitrine était exagérée.

L'état général présentait quelques alternatives d'amélioration et d'aggravation. Ainsi, le 12 juin, le malade était pris de diarrhée, qui persista pendant près de quinze jours, résistant aux préparations de craie, au bismuth, au nitrate d'argent, mais cédant enfin à l'usage de pilules composées de : ipécacuanha, 0^{gr},05; extrait gommeux d'opium, 0^{gr},005; calomel, 0^{gr},01, dont il prenait deux dans la journée. Cependant son appétit s'était conservé, bien que ses forces diminuassent à la suite de cette diarrhée. Elles reprirent ensuite, sous l'influence d'un régime tonique et du vin de quinquina. Le 28 juillet, notre homme, enchanté de sa situation présente, se vantait de pouvoir enfin monter les escaliers de l'hôpital sans éprouver ni fatigue, ni grand essoufflement. Les transpirations assez abondantes, qui avaient coïncidé avec les accidents du côté de l'intestin, étaient devenues moins considérables.

Cependant le mieux ne se maintint pas, nous fûmes forcés de revenir à divers intervalles aux injections iodées : nous en pratiquâmes quarante-deux. Vers le commencement de l'année suivante, le malade fut pris de fièvre hectique qui l'emporta le 28 février. A l'autopsie, nous trouvâmes des tubercules.

En 1853, j'avais entretenu mes collègues de la Société de médecine des hôpitaux d'un cas analogue. Il s'agissait d'une femme de trente-quatre ans, qui était entrée dans nos salles avec tous les signes de l'hydro-pneumothorax; l'oppression devint tellement forte, que la mort parut imminente. Je pratiquai l'opération de l'empyème par incision : comme dans le premier des deux faits que je viens de vous rappeler, le liquide qui s'échappa était limpide et transparent, les gaz étaient complètement inodores; mais le surlendemain le liquide étant devenu fétide, je fis une injection avec la solution iodée, qui ne détermina aucune douleur et ne provoqua pas de réaction fébrile. Sept jours après, survenait un érysipèle à la base du thorax, sous le bandage de diachylon que j'avais appliqué. Je fis cependant une seconde injection, un peu plus faible toutefois que la première, et le soir de cette opération quelques phénomènes d'ivresse iodique se manifestèrent; l'érysipèle fit des progrès, envahit les bords de la plaie, et la malade succomba quinze jours après la ponction.

A l'autopsie, nous trouvâmes la plèvre tapissée d'une couche de matière pultacée, purulente, qui s'enlevait assez facilement avec le dos du scalpel. Le poumon, revenu sur lui-même, n'occupait que les deux tiers supérieurs de la gouttière vertébrale. Nous trouvâmes aussi la perforation. Ce poumon contenait des tubercules, et, à son centre, des cavernes entièrement vides de pus et de sang.

Dans ces deux observations, pas plus que dans la première, la paracentèse ne saurait être considérée comme cause de la mort, puisque chez nos deux hommes

de la salle Sainte-Agnès, celle-ci arriva longtemps après que l'opération eut été pratiquée, et que, chez la femme de la salle Saint-Bernard, l'érysipèle développée sur le tronc, ayant débuté loin de la plaie faite par le trocart, fut une complication indépendante de cette plaie. De plus, dans ce dernier cas, j'en ai l'intime conviction, la paracentèse était le seul moyen d'empêcher la terminaison funeste, que la gêne considérable de la respiration rendait imminente.

Ainsi, messieurs, dans l'hydro-pneumothorax, alors même qu'il se lie à l'existence de productions tuberculeuses dans les poumons, le praticien doit intervenir chirurgicalement, quand l'épanchement gazeux et liquide menace de produire la suffocation. Quelques médecins qui se refusent à admettre l'efficacité et la nécessité de cette ponction de la poitrine dans les épanchements excessifs, simples ou purulents, disent qu'elle n'offre d'avantages que lorsque l'hydrothorax est compliqué de fistules bronchiques. C'est, vous le voyez, aller sur ce point bien au delà de ce que je professe; car, si j'admets la nécessité de la paracentèse dans les épanchements considérables, sans complication, si j'admets son utilité en quelques circonstances, principalement chez les enfants, lorsque ces épanchements sont purulents, je fais mes réserves pour les cas d'hydro-pneumothorax, surtout quand ils sont symptomatiques de la tuberculisation pulmonaire. Ici, lorsqu'il s'agit de la pratiquer je suis plus hésitant; mais je reconnais cependant qu'alors même, si elle ne guérit pas, la ponction de la poitrine procure du soulagement aux malades, et qu'elle permet de prolonger leur vie.

Le docteur Hughes, médecin du Guy's Hospital, à Londres, raconte avoir obtenu une guérison après deux ponctions. Le malade ayant succombé longtemps après aux progrès de la tuberculisation qui se manifesta dans l'autre poumon, on constata à l'autopsie que, du côté primitivement affecté, il y avait eu cicatrisation.

Le cancer de la plèvre peut être accompagné d'épanchements assez abondants pour nécessiter la paracentèse. Je n'ai pas besoin de vous dire que nous ne possédons aucun signe positif qui nous puisse faire reconnaître, dans ces cas, la nature de la pleurésie.

Toutefois, si chez une femme atteinte de cancer, ou bien à laquelle on a enlevé une tumeur carcinomateuse, nous voyons se développer lentement un épanchement pleural, on peut supposer que les ganglions bronchiques et la plèvre sont eux-mêmes le siège d'une altération cancéreuse; mais au moment de l'opération, la nature du liquide retiré par le trocart aura une grande signification.

Au mois de juillet 1860, mon ami et collègue M. le docteur Barth me montrait dans un flacon une certaine quantité d'un liquide sanglant qu'il venait de retirer de la poitrine d'un malade qui avait un épanchement excessif dans la plèvre. Au premier abord, il avait été épouvanté; il lui avait fallu toute l'assurance du diagnostic que lui donnait un examen préalable fait avec

rand soin, pour ne pas croire qu'il avait pénétré dans une tumeur anévrysmale. Je lui dis aussitôt qu'il trouverait à l'autopsie, suivant toute probabilité, une pleurésie cancéreuse. A la mort du malade, il trouva, en effet, un cancer du poumon et de la plèvre. Je n'avais d'autre mérite, en portant ce diagnostic, que d'avoir vu en 1844, dans mon service de l'hôpital Necker, un fait de ce genre que je vais vous rapporter.

Une femme de cinquante-quatre ans entra le 9 novembre 1844 à l'hôpital Necker, affectée d'un cancer atrophique du sein droit. Elle avait séjourné plusieurs mois à l'hôpital Saint-Louis, pour y être traitée de douleurs rhumatismales des membres, sans troubles généraux. On lui donna quelques bains de vapeur; vers le 20 novembre, un jour qu'elle revenait de l'étuve, elle se sentit refroidie, et prit une pleurésie aiguë à droite, qui n'offrit rien de spécial et fut traitée par les émissions sanguines, les vésicatoires, la digitale et le calomel. Vers le 20 décembre, l'épanchement, loin de diminuer, avait fait des progrès; la fièvre persistait à un assez faible degré: on mit trois cautères sur la poitrine. L'épanchement continua à croître à ce point qu'à la fin de décembre, il arrivait jusqu'à la clavicule et à la fosse sus-épineuse du scapulum. Dans les premiers jours de janvier 1845, la dilatation devint évidente, bientôt la matité dépassa en avant la ligne médiane, le cœur se déjeta un peu à gauche; vers le 20, la matité dépassait de 4 centimètres la ligne médiane; le cœur était encore déjeté davantage, ainsi que le foie, qui, refoulé dans le ventre, débordait de beaucoup les fausses côtes. Malgré cet état, la malade n'avait pas de dyspnée, elle avait seulement quelquefois un peu d'orthopnée le soir. La fièvre était notable; nous notions aussi de la bouffissure de la face, de l'infiltration des parois thoraciques. Le 24 janvier, la paracentèse nous parut urgente; elle fut pratiquée suivant les règles habituelles; il n'y eut pas de quintes de toux pendant l'écoulement de la sérosité, qui était sanglante. L'amélioration produite par l'opération fut bien légère; les phénomènes stéthoscopiques restèrent les mêmes. L'état fut à peu près stationnaire du 1^{er} au 11 février; mais, à cette dernière date, il se développa un érysipèle ayant pour point de départ un des cautères placés sur la poitrine. Malgré ces accidents, l'épanchement ayant fait de nouveaux progrès et menaçant d'étouffer la malade, je pratiquai de nouveau la paracentèse; j'obtins encore un liquide séro-sanglant. L'œdème du thorax augmenta, les forces s'anéantirent, et la malade mourut quelque temps après.

A l'autopsie, nous trouvâmes la plèvre cancéreuse, couverte dans toute son étendue de tumeurs fongueuses formées par la matière encéphaloïde.

Vous lirez dans la thèse de M. Lacaze du Thiers un second fait identique, observé en 1850 chez un vieillard, par M. le docteur Lemaître, dans le service de M. le professeur Andral. A l'autopsie, on constatait l'existence de tumeurs cancéreuses dans diverses parties du corps, et en même temps un cancer de la plèvre.

Ce qui se passe pour la plèvre, messieurs, nous l'observons également dans

le péritoine. Rappelez-vous deux femmes atteintes d'ascite, chez lesquelles dans le courant de l'année 1860, j'ai pratiqué la paracentèse abdominale. L'épanchement ne m'avait permis de reconnaître l'existence d'aucune tumeur. Dès que le liquide commença à couler par la canule du trocart, je vous annonçai que nous avions affaire à un cancer du péritoine; l'autopsie, faite peu de temps après, vous montra que je ne m'étais pas trompé. Le liquide retiré était sanglant. Je vous annonçais en même temps que nous trouverions non-seulement le péritoine cancéreux, mais que, suivant la loi établie par M. Barth, nous trouverions aussi quelques-uns des viscères de la cavité abdominale frappés de cancer, et ce diagnostic se vérifia à l'autopsie.

Mais il ne suffit pas, messieurs, — j'insiste beaucoup sur ce point, — qu'il y ait, disséminées dans diverses parties du corps, des productions cancéreuses, pour que les épanchements excessifs du péritoine ou de la plèvre soient sanglants, il faut encore que le cancer ait atteint la membrane séreuse elle-même.

En 1849, je recevais dans mon service de l'hôpital des Enfants malades un enfant de huit ans dont l'histoire se trouve rapportée à la page 71 de la thèse de M. Lacaze du Thiers, et chez lequel il survint un épanchement considérable du côté gauche de la poitrine. La ponction fut faite; nous retirâmes un liquide de couleur ambrée. La pleurésie guérit; mais l'enfant, après avoir langué quelque temps, prit des convulsions épileptiformes qui durèrent deux jours, et succomba.

Nous trouvions dans le cerveau de petits foyers apoplectiques. Les reins, le péritoine, le médiastin antérieur, le péricarde, le cœur lui-même, étaient envahis par des productions cancéreuses; *mais la plèvre en était exempte.*

De plus, messieurs, l'existence d'un épanchement constitué par de la sérosité sanglante ne doit pas vous permettre de vous prononcer d'une manière absolue sur le cancer de la plèvre ou du péritoine. A la page 57 de la thèse de M. Lacaze du Thiers, vous trouverez un fait observé par M. Tardieu, qui vous prouvera que la plèvre non cancéreuse peut exhiler de la sérosité sanglante. Aran m'avait communiqué un autre fait du même genre, et l'illustre auteur de l'*Auscultation médiate* en rapporte également.

Dans une discussion mémorable qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux de Paris, précisément à propos du fait de M. Barth dont je viens de vous parler, le professeur Natalis Guillot a rappelé une épidémie de rougeole observée par lui à l'hôpital Necker, dans le cours de laquelle il a vu plusieurs enfants mourir avec des pleurésies hémorrhagiques; et Legroux a cité deux cas où il avait trouvé un épanchement séro-sanguin dans la plèvre, en dehors de toute diathèse cancéreuse.

Il nous reste à développer une dernière considération d'où me paraît découler la nécessité de la paracentèse de la poitrine dans les cas d'épanchements excessifs. *En raison de sa durée, la pleurésie devient de moins en moins curable, le poumon contractant des adhérences qui l'empêchent de*

reprandre sa place dans la cavité thoracique et de remplir les fonctions dont il est chargé.

Lorsqu'un épanchement pleurétique a duré longtemps, les fausses membranes, d'abord albumino-fibrineuses, puis fibro-cartilagineuses, intimement soudées entre elles et réunies au moyen d'un tissu cellulaire produit d'une inflammation secondaire, fixent le poumon contre la colonne vertébrale dans les points vers lesquels l'a refoulé la masse du liquide épanché. Il résiste alors aux efforts de l'air qui, dans l'état normal, lutte contre l'élasticité naturelle du tissu de l'organe et tend à le dilater. Or, le poumon ainsi fixé ne pouvant plus remplir la cage thoracique, ce sont les parois de celles-ci qui, obéissant à la pression de l'air extérieur, vont se resserrer et rétrécir la cavité de la poitrine.

Ce rétrécissement de la poitrine à la suite des pleurésies est un fait sur lequel Laennec a particulièrement fixé l'attention des médecins, et vous connaissez tous sans doute l'article qu'il lui a consacré dans son chapitre de la *Pleurésie*. Il a merveilleusement indiqué les circonstances dans lesquelles ce rétrécissement arrive, l'état anatomique du poumon, que l'on trouve comprimé, flasque, ressemblant à de la chair musculaire dont les fibres seraient tellement fines, qu'on ne pourrait les distinguer; il n'a pas moins bien indiqué les signes que fournissent l'auscultation et la percussion dans ces cas. Il ajoute ensuite que « le rétrécissement de la poitrine peut être considéré comme une véritable guérison, puisque, lors même qu'il est porté au plus haut degré, il ne rend pas toujours valétudinaire le sujet chez lequel il existe, et qu'il peut s'allier encore à une certaine vigueur générale. Il ne laisse d'ailleurs, après lui, aucune cause de récurrence, car si la pleurésie s'observe très-rarement dans les cas où les plèvres costale et pulmonaire sont unies par un tissu cellulaire abondant, elle doit être regardée comme impossible lorsque cette union a lieu au moyen d'un tissu aussi peu disposé à l'inflammation que l'est le tissu fibro-cartilagineux. »

Sans doute, ce fait du rétrécissement de la poitrine est un mode de guérison; mais, d'une part, ce mode de guérison entraîne quelquefois une difformité incurable, du moins chez les adultes, car chez les enfants et chez les hommes encore jeunes elle diminue ordinairement et s'efface complètement. Cette difformité, Laennec l'a parfaitement décrite.

« Les sujets, dit-il, ont l'air d'être penchés sur le côté affecté, lors même qu'ils cherchent à se tenir droit. La poitrine est manifestement plus étroite de ce côté; si on la mesure avec un cordon, on trouve souvent plus d'un pouce de différence entre son contour et celui du côté sain. Son étendue en largeur est également diminuée; les côtes sont plus rapprochées les unes des autres; les muscles, et particulièrement le grand pectoral, présentent un volume de moitié moindre que ceux du côté opposé. La différence des deux côtés est si frappante, qu'au premier coup d'œil, on la croirait beaucoup plus considérable qu'on ne la trouve en mesurant. La colonne vertébrale conserve ordinairement sa rectitude; cependant elle fléchit quelquefois un peu à la

longue, par l'habitude que prend le malade de se pencher toujours du côté affecté. Cette habitude donne à la démarche quelque chose d'analogue à la claudication. »

Ce n'est pas tout; avant que cette guérison soit complète, il se passe un temps assez long, et, dans la cavité laissée libre entre le poumon fixé à la colonne vertébrale et les parois thoraciques, il se fait un nouvel appel de liquides et des épanchements interminables. Or, la paracentèse prévient ces accidents, puisque, en évacuant rapidement la sérosité, elle permet au poumon de reprendre presque immédiatement sa place, avant que des adhérences aient eu le temps de se former.

§ 3. — Les indications de l'opportunité de la paracentèse se tirent de la quantité de l'épanchement. — Les phénomènes généraux, l'oppression, sont des phénomènes trompeurs. — Ce sont les signes fournis par l'auscultation et par la percussion qui peuvent seuls servir de guide. — Opération (procédé opératoire). — De quelques phénomènes qui surviennent pendant l'écoulement du liquide. — Quintes de toux. — Écoulement de sang par la plaie. — La sérosité, en se refroidissant, se prend en gelée quelquefois rosée. — Pleurésies aréolaires. — Objections contre la paracentèse. — Paracentèse dans les empyèmes de pus. — Injections iodées et canule à demeure.

Messieurs, je vous ai donné les raisons qui rendent la paracentèse de la poitrine une opération nécessaire; je vous ai dit les accidents qu'elle est appelée à prévenir, les circonstances dans lesquelles elle est applicable, je dois maintenant établir les indications de son opportunité.

Lorsque les accidents dont je vous ai parlé, lorsque des syncopes ou des lipothymies se répètent, lorsque des accès de suffocation se manifestent, l'intervention chirurgicale est urgente, car la paracentèse peut seule empêcher la mort. Je vous ai rappelé, à l'appui de cette proposition, un certain nombre de faits. En voici un autre :

Un médecin, M. le docteur D..., âgé de trente-cinq ans, n'ayant jamais eu d'affection de poitrine, commença, en août 1848, à ressentir de la gêne dans la respiration, de l'accélération dans les battements du cœur, de la faiblesse générale; la nuit surtout les battements du cœur étaient encore plus précipités, et le décubitus même dorsal était pénible; cela dura ainsi pendant un mois. Mon honorable collègue M. Andral, consulté, constata l'existence d'un épanchement thoracique qu'il rattacha à une pleurésie chronique passée inaperçue, et conseilla un large vésicatoire.

Le 13 octobre, M. D..., après s'être exposé à un froid très-vif, prit une nouvelle pleurésie très-aiguë, qui se développa à gauche. Trois saignées copieuses furent pratiquées dans les jours qui suivirent, et, en date du 25, M. Andral conseilla de nouveau un large vésicatoire. Quand je fus appelé, les symptômes avaient pris une gravité inquiétante. Le malade avait des syncopes, ses traits étaient décomposés, sa faiblesse était extrême; la peau avait une

teinte pâle et cyanosée; le visage exprimait l'anxiété; la dyspnée était considérable, nous comptons trente inspirations; le pouls, irrégulier, battait 115. Nous trouvions une matité complète de tout le côté gauche; le médiastin et le cœur étaient refoulés à droite. En présence de ces accidents, attendre n'était plus possible, et la paracentèse fut immédiatement pratiquée; elle donna issue à quatre litres d'une sérosité limpide et jaune.

Je reviendrai plus tard sur quelques particularités intéressantes de cette observation. Pour le moment, j'ajouterai que la convalescence fut assez longue; que, le 2 décembre, le malade, qui commençait à se lever, voulut aussitôt reprendre sa clientèle; mais qu'il se vit forcé de suspendre ses visites, en raison des accès de suffocation qu'il éprouvait. Il se rendit dans le voisinage de Dieppe, et là l'exercice à cheval lui redonna la force et la santé. A partir du 1^{er} juin, M. le docteur D... se considéra comme guéri; mais sa poitrine était rétrécie à gauche, et présentait toujours de la matité et de l'obscurité du bruit respiratoire. Ces phénomènes étaient alors peut-être plus marqués qu'ils ne l'étaient une heure après l'opération, huit mois auparavant. Cependant quelques mois plus tard il ne sentait plus aucune trace de la maladie, la déformation de la poitrine avait elle-même disparu. Aujourd'hui M. D... jouit de la meilleure santé.

Ainsi, messieurs, dans des circonstances analogues à celle-ci, il n'y a pas d'hésitation possible, et personne ne contestera l'absolue nécessité d'évacuer le liquide épanché, cause de tous les accidents.

Mais, en dehors de ces cas, toutes les fois que les signes fournis par la percussion et par l'auscultation feront reconnaître un épanchement pleurétique très-abondant, qui pourra être évalué à environ 2 litres de liquide, qu'elle qu'en soit d'ailleurs la nature; toutes les fois que cet épanchement, survenu sans phénomènes locaux très-prononcés, sans symptômes réactionnels considérables, tendra à s'accroître rapidement; lorsque après un certain temps, neuf ou dix jours par exemple, — que la maladie ait été plus ou moins énergiquement combattue par les moyens ordinaires de la thérapeutique, — la quantité de liquide épanché aura notablement augmenté, l'indication me paraît encore précise: il faut faire la ponction de la poitrine.

Lorsque la cavité pleurale n'est pas tout à fait pleine, bien que l'opération soit exempte d'inconvénients et qu'elle présente encore des avantages, on peut attendre, on peut retarder d'un jour, de deux jours, de quatre même, en ayant soin toutefois de surveiller de près le malade. Dans ces cas, il est arrivé, ainsi que je l'ai vu, que des épanchements assez considérables pour que l'on se croie dans la nécessité d'agir plus tard chirurgicalement, se résorbassent spontanément.

Mais quand l'épanchement est excessif, au point de remplir complètement la cavité séreuse, ce qu'indique la matité absolue s'étendant depuis la base de la poitrine jusqu'à la clavicule en avant, jusqu'au sommet de la fosse sus-épineuse de l'omoplate en arrière, refoulant le diaphragme, le foie, la rate, le

cœur, la paracentèse doit être faite le plus tôt possible. Les accidents que je vous rappelais tout à l'heure sont menaçants.

Sans doute, je n'oserais pas affirmer que la mort serait nécessairement la conséquence immédiate de cet épanchement excessif; mais, je ne saurais trop vous le répéter, des faits dans lesquels cette terminaison funeste est arrivée faute d'intervenir à propos, ces faits sont assez nombreux pour que le clinicien soit autorisé à pratiquer une opération qui, en tout état de cause, n'entraîne aucun danger.

A supposer que les malades ne meurent pas subitement, ils resteront exposés aux accidents consécutifs dont je vous ai entretenus assez longuement pour qu'il me paraisse inutile d'y revenir.

On serait tenté de croire que l'opportunité de la paracentèse n'existe réellement qu'autant que les individus affectés d'épanchements pleurétiques présentent une oppression considérable; qu'il n'y a urgence d'opérer qu'autant que la suffocation est imminente: c'est là, messieurs, une grave erreur contre laquelle je dois vous prémunir.

L'oppression est un des signes les plus trompeurs, et, en vous parlant de la jeune femme qui nous a fourni l'occasion de ces leçons, j'ai appelé votre attention sur ce point capital. Le fait est d'une importance clinique trop grande pour que je craigne d'y insister de nouveau.

Il est des malades qui, dès le début de la pleurésie, alors qu'il y a à peine quelques cuillerées de liquide épanché dans la cavité pleurale, ont une oppression considérable qui va en diminuant à mesure que l'épanchement augmente. Il en est d'autres, au contraire, chez lesquels cette oppression ne survient qu'au moment où il y a un épanchement déjà appréciable, et qui augmente à mesure que celui-ci fait des progrès. Il en est d'autres enfin qui, bien qu'ils aient eu presque d'emblée un hydrothorax considérable, n'ont jamais accusé la moindre gêne de la respiration. C'était le cas de notre femme du n° 12 de la salle Saint-Bernard; c'était aussi le cas d'un homme que nous avons eu couché au n° 19 de la salle Sainte-Agnès.

Cet individu, fort et vigoureux, exerçant une profession dans laquelle il employait les préparations de plomb, entré à l'Hôtel-Dieu, se plaignant de coliques. Nous constations sur la sertissure de ses dents un liséré bleuâtre qui semblait bien indiquer que nous avions affaire chez lui à des accidents saturnins. Il restait étendu sur le dos, sans avoir l'air d'éprouver le plus petit sentiment d'oppression. En palpant la région abdominale, nous rencontrions, du côté gauche, une tumeur mobile qui descendait jusque dans la fosse iliaque. Nous crûmes d'abord qu'elle était constituée par des matières stercorales accumulées dans le côlon; le malade n'accusait aucun trouble du côté de l'appareil thoracique. Cependant, en examinant la poitrine, nous fûmes surpris de trouver, à la percussion, une matité absolue s'étendant de haut en bas du côté gauche jusqu'à la clavicule, et jusqu'au sommet de la fosse sus-épineuse de l'omoplate. Le cœur, refoulé à droite, battait au delà du sternum jusque sous