

la mamelle, et la tumeur du ventre n'était autre que la rate refoulée en bas. Nous n'entendions aucun bruit respiratoire.

Rien ne pouvait donc ici nous faire soupçonner l'existence de cet énorme épanchement, si ce n'étaient les signes physiques fournis par la percussion et par l'auscultation. Quoique notre homme ne parût en aucune façon incommodé, je jugeai la paracentèse nécessaire; je la pratiquai le lendemain matin. Nous retirâmes plus de 3500 grammes (7 livres) de sérosité citrine parfaitement limpide. En cherchant à nous éclairer sur les antécédents, nous pûmes savoir que l'épanchement avait dû commencer à se faire six semaines ou deux mois auparavant. Le malade se rappelait qu'à cette époque il s'était exposé au refroidissement; il se rappelait aussi avoir eu alors un point de côté léger, de la toux; mais il n'en avait pas moins continué de suivre son régime ordinaire. La guérison fut rapide, et quelques jours après l'opération, cet individu sortait de l'hôpital.

A quelque temps de là, mon chef de clinique, M. le docteur Moynier, eut l'occasion de pratiquer la ponction de la poitrine chez un jeune garçon de treize ans et demi qui, tout en ayant plus de deux litres de sérosité épanchée dans la cavité pleurale, semblait n'éprouver aucune gêne de la respiration.

Au commencement du mois d'avril, cet enfant avait éprouvé du dérangement dans sa santé à la suite d'un travail forcé. Ce dérangement consistait en de l'embarras gastrique, qui céda à quelques jours de repos et à un purgatif. Le rétablissement ne fut cependant pas complet, le malade gardant un peu de malaise et n'ayant pas sa vivacité accoutumée.

Le 22 de ce mois, il prit froid en restant quelque temps immobile dans un appartement au rez-de-chaussée, et le soir il eut du frisson qui se renouvela deux jours de suite. En même temps, il ressentit une douleur au côté droit de la poitrine, douleur qui gagna le côté gauche en remontant jusqu'à l'épaule. Il eut des quintes de toux sans expectoration.

Cependant il continuait d'aller et de venir comme à son ordinaire, ne changeant rien à ses habitudes, aidant sa mère qui était femme de ménage, et conservant son appétit accoutumé. Il éprouvait si peu de peine pour respirer, que le 1^{er} mai il montait deux seaux d'eau au quatrième étage de sa maison; que six jours après encore, il allait à la Madeleine et rentrait à pied chez lui, rue Lafayette.

Ce fut le lendemain, 7 mai, qu'il consulta M. le docteur Burq: il se plaignait alors d'avoir un peu moins d'appétit depuis quatre ou cinq jours; il était tourmenté par des quintes de toux devenues plus fréquentes et par des accès de fièvre revenant le soir, mais qui, une fois passés, le laissaient dormir tranquillement toute la nuit.

M. Burq reconnut un épanchement considérable du côté gauche de la poitrine et m'amena le malade. Je constatai une voussure considérable du thorax; les côtes étaient soulevées, les espaces intercostaux étaient effacés. Il y avait absence de vibrations thoraciques; une matité absolue, depuis la base de la

poitrine jusqu'à la fosse sous-épineuse en arrière, jusqu'à la clavicule en avant; absence de tout bruit respiratoire. A droite, le murmure vésiculaire était exagéré. On sentait la pointe du cœur battre en dehors et au-dessous du mamelon de ce côté droit.

La ponction me parut non-seulement indiquée, mais urgente: j'adressai l'enfant à M. Moynier, qui voulut bien se charger de l'opération.

Deux litres de sérosité citrine s'écoulèrent par la canule du trocart. Ainsi que cela arrive ordinairement, et comme je vous le dirai plus loin, à mesure que la poitrine se vidait, le malade était pris de quintes de toux incessantes; sur la fin, le liquide, changeant de nature, devint sanguinolent et même tout à fait sanglant: c'est là encore un accident que j'aurai à vous signaler lorsque je vous parlerai des phénomènes qui accompagnent la paracentèse.

Au fur et à mesure que le liquide épanché s'écoulait, le cœur reprenait sa place sous la mamelle gauche; le son et le murmure vésiculaire revenaient aussi dans le côté affecté. Après l'opération, il y eut une tendance à la syncope, et les quintes de toux se reproduisirent jusque dans la soirée.

Le lendemain, l'état général était satisfaisant; il y avait encore un peu de matité à la partie inférieure gauche de la poitrine, et la respiration était faible de ce côté.

La guérison fut complète sept jours après.

En résumé, lorsque l'oppression vient s'ajouter aux signes physiques fournis par l'auscultation et par la percussion, sa signification est importante, mais son absence ne doit pas inspirer trop de sécurité; car on risque, faute d'intervenir à propos, de perdre des malades que l'opération aurait très-certainement sauvés; c'est donc l'auscultation et surtout la percussion qui nous donneront les indications les plus positives de l'opportunité de la paracentèse.

J'arrive maintenant, messieurs, à ce qui a trait à l'opération en elle-même.

Les détails dans lesquels je suis entré en vous traçant l'historique de la question me permettront d'être assez bref sur ce sujet.

Lorsque, étant donné un épanchement pleurétique aigu, la ponction de la poitrine est décidée, de quelle manière doit-on la faire?

Je vous ai dit que pendant longtemps on s'était formé une idée fort exagérée du danger de l'introduction de l'air dans la cavité pleurale. On croyait qu'il suffisait que quelques bulles d'air pénétrassent dans la poitrine pour entraîner des accidents mortels, le contact de cet air avec le liquide épanché amenant une sorte de fermentation putride. Je vous ai dit qu'en vue de prévenir ces inconvénients, les chirurgiens avaient imaginé différents appareils, et je vous ai parlé en particulier de l'appareil de Schuh. Celui qu'avait inventé Récamier, construit d'après le même principe, se composait également d'un système de soupape adaptée au pavillon de la canule du trocart. Maintenu à l'aide d'un ressort et couvert d'un morceau de buffe, ressemblant tout à fait à la clef d'une flûte, cette soupape restait exactement appliquée sur l'orifice de l'instru-

ment, et ne se soulevait que sous l'influence d'une pression de dedans en dehors. Quelque ingénieux que fût cet appareil, bien moins compliqué que celui de Schuh, il présentait encore des inconvénients dont le moindre était de n'être pas à la portée de tous les praticiens. L'appareil de M. Reybard, par son extrême simplicité, offrait tous les avantages : je vous ai montré en quoi il consistait ; c'est celui qu'emploient aujourd'hui tous les opérateurs, c'est celui dont vous me voyez me servir.

Toutefois je vous ferai remarquer que, dans les cas où M. Reybard le croyait utile, nous nous en passons généralement. C'était surtout, en effet, pour vider les collections purulentes que le chirurgien de Lyon jugeait la paracentèse nécessaire : or, dans ces circonstances, l'introduction de l'air dans la cavité pleurale est un accident presque toujours inévitable, et dont on n'a point à se préoccuper, puisque, pour amener la guérison des empyèmes de pus, on laisse quelquefois une canule à demeure dans la poitrine, ainsi que je vous le dirai plus loin ; et que, de toutes les manières, il se forme une fistule qui établit une communication entre l'extérieur et la cavité de la plèvre.

Mais lorsqu'il s'agit d'un épanchement séreux, la canule de M. Reybard est d'une utilité incontestable ; il est même indispensable de s'en servir. Je parle de la canule de M. Reybard, et non de son procédé opératoire, car celui-ci est loin de présenter la même simplicité que celle-là. Voici quel était ce procédé, tel que l'a décrit l'inventeur dans son mémoire publié en 1841 (1). On pénètre dans la poitrine, soit à travers un espace intercostal dont on incise les parties molles à l'aide du bistouri, soit en perforant une côte au moyen d'un foret, méthode bien anciennement conseillée, et qui, suivant M. Reybard, donne une grande facilité pour fixer la canule d'une manière plus solide, lorsqu'elle doit rester longtemps à demeure. Dans tous les cas, l'incision des parties molles doit être très-étendue, et il faut surtout avoir soin de ne pratiquer à la plèvre qu'un trou suffisamment large pour admettre la canule. Aussitôt l'ouverture faite, on saisit les deux lèvres de la plaie de la peau avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche en les rapprochant l'une de l'autre, puis de la main droite on introduit le trocart armé d'une pièce d'emplâtre agglutinatif percée. Toutes ces dispositions paraissent nécessaires au chirurgien de Lyon pour prévenir l'entrée de l'air dans la cavité pleurale. De plus, l'instrument ne doit être introduit qu'à un degré convenable, c'est-à-dire qu'il ne faut pas l'enfoncer trop avant, de crainte qu'il ne frotte contre le poumon ; afin aussi d'éviter que celui-ci ne soit blessé, l'extrémité de la canule doit être arrondie.

M. Reybard, comme je vous l'ai dit, conseillait ce procédé opératoire dans le cas de véritable empyème, c'est-à-dire lorsqu'il y avait une collection de pus. Si l'on peut se dispenser de prendre alors tant de précautions, cette façon

(1) *Gazette médicale*, numéros des 16 au 25 janvier.

d'agir n'est plus seulement inutile, elle devient excessivement dangereuse dans le cas d'épanchement pleurétique simple, car on risque de transformer la pleurésie en un hydro-pneumothorax et en un empyème. En effet, messieurs, la canule n'est pas restée vingt-quatre heures dans la plaie, qu'elle a agi comme corps étranger, enflammant la peau, le tissu cellulaire, la plèvre au voisinage de l'ouverture qu'on lui a faite ; de plus, dans les efforts d'inspiration et d'expiration, malgré tout le soin que l'on mettra pour l'en empêcher, l'air, passant sur les côtés de la canule, s'introduit dans la cavité pleurale ; à peine quelques jours se sont-ils écoulés, que l'on constate l'existence d'un hydro-pneumothorax, et que la sérosité si limpide contenue naguère dans la plèvre est bientôt convertie en un liquide fétide et purulent. C'est pour parer en partie à cet inconvénient que M. Reybard avait cherché à remettre en honneur la perforation d'une côte ; mais il n'évitait pas le danger, il le retardait seulement. Le procédé que j'ai conseillé, et qui est aujourd'hui universellement adopté, est aussi simple qu'il est exempt de périls.

Les instruments indispensables se trouvent dans les mains de tous les médecins : un bistouri, mieux encore une *lancette*, beaucoup moins effrayante pour le malade, pour la petite incision qui ne doit intéresser que la peau ; un *trocart* ordinaire, celui dont on se sert pour la ponction de l'abdomen ou de l'hydrocèle. Ce trocart est armé de sa baudruche dont on entoure le pavillon de la canule et que l'on ramollit en la mouillant. A défaut de baudruche, un boyau de poulet, de lapin ou de chat, un morceau de vessie, un condom, ferait l'affaire. Après avoir fixé le tube membraneux sur l'instrument avec du fil, on s'assure que cette sorte de soupape fonctionne bien en aspirant et en soufflant alternativement par l'extrémité de la canule opposée au pavillon. Enfin, comme appareil de pansement, un morceau de taffetas d'Angleterre ou de diachylon taillé en croix de Malte, destiné à fermer la plaie après l'opération.

Il s'agit à présent de déterminer le point où la ponction sera pratiquée. En moins de mots, quel est le lieu d'élection de la paracentèse de la poitrine ?

Celui que je prends, c'est le sixième ou le septième espace intercostal, en comptant de haut en bas, à peu près à 4 ou 5 centimètres en dehors du niveau du bord externe du muscle grand pectoral.

Le malade étant à demi couché sur le bord de son lit, le tronc soutenu par des oreillers, un aide est chargé de maintenir la poitrine du côté opposé, de manière à résister au mouvement de recul involontaire que fera le patient au moment où le trocart pénétrera dans la plèvre. Avec la main gauche, on tend fortement la peau, puis, avec la lancette tenue de la main droite, on fait une ponction qui, n'intéressant que la peau, sera juste assez grande pour donner passage au trocart. Cette ponction préalable est nécessaire ; car il n'en est plus de la paracentèse thoracique comme de la paracentèse abdominale. Ici, en effet, vous pouvez sans inconvénient procéder en un seul temps, puisque

jamais vous ne rencontrerez que des parties molles ; pour la ponction du thorax, il est indispensable de faciliter l'introduction de l'instrument, car, si au moment où vous donnerez le coup de trocart, le malade, surpris par cette douleur, faisait un mouvement qui tendrait à courber en dedans la poitrine, et par conséquent à diminuer l'étendue de l'espace intercostal en rapprochant les côtes les unes des autres, vous courriez le risque de tomber sur celles-ci. Grâce au petit procédé que je vous indique, de faire une ponction préalable, ce risque n'est plus à craindre. Cela fait, vous placez la pointe de votre trocart dans la petite plaie, et par un coup sec, vous pénétrez sans aucune peine, à travers les muscles, dans la cavité thoracique.

Je recommandais autrefois une autre manœuvre que depuis j'ai jugée complètement superflue. Afin d'éviter toutes les chances d'introduction de l'air dans la poitrine, je croyais nécessaire qu'il n'y eût pas de parallélisme entre l'ouverture extérieure et l'ouverture intérieure. Pour arriver à ce but, après avoir ponctionné la peau au-dessous de l'espace intercostal par lequel je voulais pénétrer, je la tirais fortement en haut en la faisant glisser de façon que ma petite plaie correspondît à cet espace intercostal. L'opération terminée, les parties reprenant une situation normale, le parallélisme entre les deux ouvertures était détruit. Mais je me suis depuis longtemps aperçu que c'étaient là des précautions inutiles : ce parallélisme se détruit tout naturellement par un mécanisme facile à comprendre. Lorsque la poitrine est distendue par une grande quantité de liquide, les côtes et les espaces intercostaux, se trouvant dans la situation où les met une inspiration forcée, perdent nécessairement les rapports qu'ils présentent, à l'état de repos, avec les points correspondants du tégument externe, sous lequel ils jouent sans que celui-ci suive le même mouvement. Il résulte de là qu'après la ponction et après l'évacuation du liquide, le thorax reprenant son amplitude normale ou à peu près normale, les côtes et les espaces intercostaux s'abaissent, tandis que le tégument ne se déplace pas, il en résulte, dis-je, que le parallélisme entre la plaie cutanée et l'ouverture pleurale se trouve nécessairement détruit. Sans doute, il ne le sera pas aussi complètement que lorsque l'on fait la petite manœuvre dont je vous parlais tout à l'heure ; mais il n'est pas indispensable qu'il le soit aussi complètement ; bien plus, cela peut avoir des inconvénients lorsqu'il s'agit d'un épanchement purulent.

Bien entendu, il n'est pas question des cas dans lesquels il faut laisser une canule à demeure. Le défaut de parallélisme, cela va de soi, serait ici une complication, et d'ailleurs peu importe de chercher, au moment de l'opération, à éviter l'entrée de l'air dans la poitrine, puisque ordinairement il doit y pénétrer plus tard par la canule. Je fais donc seulement allusion aux cas d'épanchements purulents aigus traités par la simple ponction. Ici, dis-je, un manque trop absolu de parallélisme pourrait avoir de fâcheuses conséquences. Généralement après sept, huit, dix ou quinze jours, une nouvelle sécrétion purulente a eu lieu, et alors le pus se fait jour par la plaie de la poitrine qui se

ouvre spontanément, ainsi que vous l'avez vu chez une malade de notre service au n° 25 de la salle Saint-Bernard. Si alors l'ouverture de la plèvre et celle de la peau ne se correspondent en aucune façon, il se fera sous les téguments une fusée purulente qui pourra amener des décollements et des fistules difficiles à guérir.

Revenons à l'opération. Le trocart a pénétré dans la cavité pleurale, ce dont on est assuré en sentant que sa pointe joue librement dans un espace creux ; on retire le dard, en ayant soin de déplier la membrane qui doit servir de soupape, et que l'on avait momentanément repliée sur le manche de l'instrument : on la déplisse de façon qu'elle fonctionne convenablement. Le dard retiré, le liquide s'écoule d'abord lentement, puis par jet continu, enfin par jets saccadés, — je vous donnerai tout à l'heure la raison de ces différences dans l'écoulement, — la membrane étant soulevée par le flot dans le mouvement d'expiration, et s'appliquant exactement sur le pavillon de la canule pendant l'inspiration. Quand l'écoulement s'est arrêté, quand on a obtenu la quantité voulue de liquide, on retire l'instrument par un mouvement brusque ; on essuie les gouttelettes de sérosité et de sang qui suintent encore par la petite plaie, et l'on applique sur celle-ci la croix de Malte de taffetas gommé ou de diachylon.

Il vous arrivera certainement, messieurs, ce qui m'est arrivé trois ou quatre fois à moi-même, et ce dont vous avez été témoins dans notre service. Au moment où vous retirez le dard du trocart : ou bien, contre votre attente, il ne s'écoule par la canule aucune goutte de liquide ; ou bien, il ne s'en écoule qu'une très-petite quantité. C'est là un accident dont vous devez être prévenus, car vous comprenez quels seront votre désappointement et votre contrariété. Vous vous êtes assurés d'une manière positive qu'il existait un épanchement dans la plèvre ; la mensuration, la percussion de la poitrine vous avaient démontré que cet épanchement était considérable : vous aviez annoncé à la famille du malade qu'il y avait là trois litres d'eau que vous alliez faire sortir : vous donnez un coup de trocart, et rien ne jaillit. A quoi cela tient-il ?

Je suppose un médecin pratiquant la paracentèse pour la première fois. Son diagnostic est exact ; il s'est parfaitement rendu compte de la position des viscères thoraciques ; il a senti et entendu les battements de la pointe du cœur ; il a limité la place que cet organe occupe, et cependant il ne peut se défendre d'une certaine crainte. Mais alors même que l'épanchement est à droite, que le cœur est par conséquent très-loin du point où la ponction va être faite, il hésite ; alors qu'il opérerait hardiment s'il s'agissait de faire la paracentèse abdominale, opération plus dangereuse cependant que la paracentèse de la poitrine, il retient son coup, et voici ce qui peut en résulter.

La plèvre costale se trouve quelquefois doublée par des fausses membranes superposées pouvant avoir jusqu'à un centimètre d'épaisseur. Dans les premiers huit, dix ou quinze jours de la pleurésie, cette couche pseudo-membra-

neuse n'adhère pas fortement aux parois costales, tout en ayant une résistance assez grande pour qu'on ait de la peine à la déchirer. En pénétrant timidement dans la poitrine, au lieu de percer cette couche, on la soulève avec le trocart, de telle sorte que l'on forme alors une cavité accidentelle entre les fausses membranes et les parois costales. Si, pour se rendre compte de ce qui met obstacle à l'écoulement du liquide, on introduit par la canule un stylet de trousse, une aiguille à tricoter, on sent cet obstacle qui suit les mouvements de l'inspiration et de l'expiration; on ne peut alors se défendre de l'idée que l'on est arrivé sur le poumon, et, bien que certain de son diagnostic, le médecin effrayé n'ose pas continuer l'opération.

Dans ces cas, il faut chercher à déchirer cette fausse membrane, soit avec la lance même du trocart introduite à travers la canule et poussée plus profondément, soit avec le stylet ou avec l'aiguille à tricoter, instrument excellent dans cette circonstance. Si ces tentatives ont été inutiles, il faut faire une nouvelle ponction dans un espace intercostal au-dessus de celui où la première a été pratiquée.

Retenez bien ceci. S'il est nécessaire d'aller doucement dans le premier temps de l'introduction du trocart, c'est-à-dire lorsque la pointe traverse les muscles, dans le second temps, c'est-à-dire lorsqu'il les a traversés, il faut aller brusquement. En tenant votre instrument de façon à ne laisser libres qu'environ 3 centimètres, vous n'avez rien à craindre, puisque votre doigt lui-même vous empêchera d'aller plus loin que vous ne le voulez. Par cette manœuvre brusque, la fausse membrane ne fuira plus devant votre trocart, et vous pénétrerez inévitablement dans la cavité pleurale.

Dans d'autres circonstances, la ponction a été régulièrement faite, vous avez certainement pénétré dans la cavité pleurale, mais le liquide épanché ne s'écoule que goutte à goutte; c'est qu'alors vous avez affaire à une pleurésie aréolaire qu'il ne faut pas confondre avec une pleurésie enkystée. L'exhalation séreuse se trouve emprisonnée dans des cloisons fibrineuses; ces aréoles communiquent bien les unes avec les autres, ou du moins le liquide contenu dans les unes passe bien dans les autres, mais il passe lentement et goutte à goutte. Dans ce cas, il faut, soit avec la canule, soit à l'aide du stylet ou de l'aiguille à tricoter, chercher à détruire, à déchirer ces cloisons fibrineuses, et l'écoulement devient alors un peu plus facile. Je dois dire, messieurs, que ces cas-là ne sont pas communs.

Il en est un que vous rencontrerez souvent. La canule est au milieu du liquide épanché, cependant, encore, celui-ci ne coule pas. Cela dépend de la manière dont le malade respire. D'une part, soit sous l'empire d'une certaine appréhension, soit par le fait de l'habitude qu'il a prise, il ne respire qu'avec le poumon du côté sain; d'autre part, le poumon du côté affecté, complètement refoulé contre la colonne vertébrale, ne contient pas d'air, qui peut seul, par la pression qu'il exerce de haut en bas sur le liquide, favoriser son écoulement. Cet écoulement n'a donc lieu qu'après qu'on a recommandé au patient

de faire de grandes inspirations, et mieux encore de faire des efforts, de pousser comme pour aller à la garde-robe.

Le liquide jaillit alors par la canule, puis après un certain temps il sort en bavant, le jet ne reprenant que sous l'influence des efforts. La glotte étant fermée, l'air, qui ne peut s'échapper par l'ouverture supérieure de la trachée, continue à distendre le poumon; la capacité de la cavité pleurale se trouvant en même temps rétrécie par le fait de la contraction des muscles expirateurs et par la contraction du diaphragme, le liquide épanché, sollicité de toutes parts à sortir par l'ouverture faite à la poitrine, s'échappe par jets dont les saccades correspondent aux mouvements respiratoires et aux efforts d'expiration.

Les efforts de toux produisent les mêmes effets. Mais si au début il est nécessaire d'engager le malade à tousser, cela devient bientôt inutile. Lui qui ne toussait d'abord qu'à votre commandement, finit par avoir des quintes fréquentes et involontaires, parce que le poumon, n'ayant pas respiré depuis longtemps, éprouve, au moment où l'air pénètre dans les vésicules qui se déplissent, une sorte d'irritation, d'excitation au contact de son stimulus naturel dont il avait perdu l'habitude.

Cette toux involontaire peut devenir très-violente, invincible, très-fréquente et très-douloureuse.

Le docteur D..., dont je vous rapportais plus haut l'histoire, se plaignait d'éprouver, à mesure que l'air pénétrait dans sa poitrine, des douleurs telles qu'il avait peur de respirer; sa respiration était entrecoupée, saccadée, sanglotante, et ce ne fut qu'après cinq quarts d'heure de cet état qu'elle se régularisa.

Cette toux fatigante n'arrive quelquefois que plus tard dans le courant de la journée; les douleurs qui l'accompagnent me paraissent dépendre aussi de la déchirure des fausses membranes qui fixaient le poumon à la colonne vertébrale.

Indépendamment de ce qu'ils sont utiles pour solliciter l'issue du liquide, les efforts, les quintes de toux le sont encore pour prévenir la syncope, si tant est que cette complication soit à craindre. En chassant, en refoulant, en effet, le sang vers le cerveau, ces efforts produisent un sorte de pléthore cérébrale qui s'oppose à ce que la syncope ait lieu.

Vers la fin de l'opération, le liquide qui s'écoule par la canule présente généralement des changements dans sa coloration. La sérosité est teinte en rouge par son mélange avec du sang, et très-fréquemment c'est du sang presque pur. C'est ce qui a eu lieu chez le jeune garçon dont M. le docteur Moynier a publié l'observation (1). C'est ce que je voyais chez une petite malade auprès de laquelle M. le docteur Dumontpallier me mandait en consultation.

C'était une petite fille de huit ans, qui n'accusait ni essoufflement, ni gêne

(1) *Bulletin général de thérapeutique.*

de la respiration, bien que depuis quelque temps elle eût de la peine à courir, à monter un escalier, et que le moindre exercice la fatiguât. Elle disait ne souffrir de nulle part; cependant elle maigrissait, son appétit était moins soutenu, et sa maîtresse de pension, inquiète de sa situation, avertit les parents, qui rappelèrent l'enfant auprès d'eux.

Il y avait une dyspnée très-apparente, quoique la malade ne s'en plaignît pas; l'inspiration était courte et fréquente. Le pouls était petit, serré, très-fréquent aussi. Il existait une petite toux sèche; en examinant la poitrine, on était frappé de la déformation de la cage thoracique. Du côté gauche, les dernières côtes étaient proéminentes en avant et décrivaient une ligne convexe plus élevée que celle qui était formée par les côtes correspondantes du côté droit. Les espaces intercostaux étaient sensiblement effacés, ce que l'amaigrissement de l'enfant rendait encore plus appréciable. La respiration costale ne semblait se faire que du côté droit. Le diamètre antéro-postérieur de la poitrine à gauche était plus considérable qu'à droite. La pointe du cœur battait, non plus sous la mamelle gauche, mais au niveau du sternum. En appliquant la main sur le tronc de l'enfant, au moment où on la faisait parler, on ne sentait pas de vibrations thoraciques. Il y avait une matité absolue de haut en bas, en avant comme en arrière et latéralement, qui remontait jusque dans les régions sous-claviculaire et sus-épineuse, sans bruit skodique en avant. A l'auscultation, on notait l'absence complète de murmure respiratoire dans toute l'étendue de la poitrine de ce côté; mais le long de la colonne vertébrale en haut, par conséquent au niveau de la racine des bronches, on entendait du souffle et du retentissement de la voix. Du côté droit, la résonance à la percussion était exagérée, la respiration puérile, supplémentaire, sans mélange de râle ou de tout autre bruit anormal.

Il existait évidemment un épanchement pleurétique considérable du côté gauche.

M. Dumontpallier, jugeant l'opportunité de la paracentèse, me fit voir la malade pour me demander mon avis. L'hésitation n'était pas possible: séance tenante, je pratiquai l'opération. Elle fut peu douloureuse et donna issue à de la sérosité parfaitement limpide, qui, d'abord d'un jaune verdâtre, se colora vers la fin en rouge; quelques stries sanguinolentes se précipitèrent au fond du vase, puis il s'écoula *plusieurs cuillerées d'une sérosité ressemblant à du sang vermeil tout à fait pur*. Nous retirâmes la canule, et nous procédâmes au pansement en fermant la plaie à l'aide d'un petit morceau de diachylon. La quantité de liquide évacué pesait 670 grammes.

Les suites de l'opération n'offrirent rien qui mérite d'être spécialement mentionné. Un changement sensible dans la situation de l'enfant se manifesta rapidement. Dix jours après la ponction, on l'envoyait à la campagne, et un mois après, elle avait repris sa bonne santé; il ne lui restait plus qu'un affaïssissement de la poitrine du côté affecté, affaïssissement qui tendait visiblement à diminuer.

On peut expliquer cet écoulement de sang par la lésion des petits vaisseaux qui entrent dans la composition des fausses membranes en voie d'organisation. Sous l'influence des efforts de toux, et consécutivement à la dilatation du poumon, ces fausses membranes se déchirent, et c'est à cette déchirure qu'il faut attribuer, non-seulement la petite hémorrhagie dont il est maintenant question, mais encore, ainsi que je vous le disais tout à l'heure, les douleurs parfois assez vives accusées par les malades, douleurs qui sont en partie aussi la conséquence de l'irritation des bronches causée par le contact de l'air qui depuis longtemps n'avait pas pénétré dans ces conduits. On peut encore expliquer l'écoulement de sang en supposant qu'au moment où le poumon se déplisse, la plèvre, intimement soudée aux fausses membranes, se sépare violemment en quelques points du poumon ou des côtes, de telle sorte que quelques-uns de ses vaisseaux se trouvent ainsi déchirés.

A mesure qu'il se refroidit dans les vases où on l'a recueilli, le liquide évacué de la cavité pleurale se prend en consistance de gelée; dans les pleurésies les plus franches, alors que la sérosité présentait une coloration jaune verdâtre la plus limpide, il est assez ordinaire de trouver, quelques heures après son refroidissement, cette sérosité teinte en rose par les globules du sang qu'elle contenait, et offrant un aspect qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celui de la gelée de groseille blanche légèrement teintée.

Pendant l'opération, et dès qu'une certaine quantité du liquide s'est écoulée, les phénomènes plessimétriques et stéthoscopiques se modifient. La sonorité revient de haut en bas, en même temps que l'oreille appliquée sur la poitrine entend le bruit d'expansion vésiculaire se faire d'abord au sommet en avant et en arrière, et progressivement dans toute l'étendue du côté malade. Cette expansion pulmonaire est accompagnée de râles muqueux et sous-crépitaux produits par le passage de l'air dans les vésicules qui contiennent du mucus sécrété à la surface des bronches, produits aussi par le déplissement de ces vésicules. Quelquefois ce déplissement donne lieu à de véritables craquements.

On a débattu la question de savoir s'il était utile d'évacuer du premier coup tout ce que l'on pouvait de liquide épanché dans la cavité pleurale. Je ne comprends pas quel inconvénient il y aurait à le faire, et, pour mon compte, je n'en ai jamais vu résulter le moindre danger. Les seuls accidents dont j'aie été témoin étaient les douleurs, les écoulements de sang dont je vous ai parlé, accidents sans aucune espèce de gravité. Je crois qu'il y a au contraire un grand avantage à vider le plus complètement possible la poitrine, parce que c'est le moyen de mettre le poumon dans les meilleures conditions pour se dilater librement, et de hâter par conséquent la guérison.

Vous comprenez, messieurs, que moins il restera de liquide dans la cavité pleurale, plus le vide y sera complet, plus cette liberté de dilatation sera grande, puisque le poumon obéira tout à fait à la pression exercée sur lui par l'air qui, pénétrant par la trachée, remplit les bronches et leurs ramifications jusqu'aux vésicules. D'ailleurs, pourquoi, lorsqu'on a à sa disposition un