

moyen aussi expéditif de guérir promptement un mal, moyen, je le répète, totalement exempt de danger, pourquoi attendre ? Je sais bien que les médecins qui, contrairement à mon opinion, veulent qu'on n'évacue qu'une partie du liquide, se fondent sur ce que, dans la paracentèse de la poitrine comme dans la paracentèse abdominale, une soustraction trop rapide et trop abondante du liquide peut amener la syncope.

Ceci m'amène à vous parler des *objections* que l'on a faites à la *paracentèse de la poitrine*.

On a donc dit que la *syncope* pouvant survenir dans le cours de l'opération ou après qu'elle avait été faite, était un accident contre lequel il fallait se tenir en garde. Sans entrer à cet égard dans une discussion théorique, je répondrai à cette objection par des faits. Depuis que je pratique et que je vois pratiquer la paracentèse dans les cas de pleurésie, je n'ai jamais entendu citer ni lu d'observations où cette complication soit mentionnée. Une fois, il est vrai, j'ai vu la syncope survenir, mais non immédiatement après l'opération et dans des circonstances toutes particulières. Le fait est assez intéressant pour que je vous le raconte en entier.

Pendant l'automne de 1848, je fus mandé par M. le docteur Bonmassies auprès d'un M. L..., demeurant à Paris, quai Bourbon, n° 19, dans l'île Saint-Louis. M. L... était goutteux depuis sa jeunesse; la diathèse était chez lui tellement prononcée, qu'outre les tophus crayeux qui déformaient toutes les articulations, il y en avait encore dans l'épaisseur de la peau des mains et des pieds, de telle sorte que cette peau avait l'apparence de la surface interne d'une aorte parsemée de points d'ossification. Depuis deux mois, M. L... était atteint d'une pleurésie à gauche; l'épanchement remplissait tout le côté, refoulant le cœur et le diaphragme. Depuis plusieurs nuits il avait des accès de suffocation qui faisaient craindre une mort imminente. Ces accès de dyspnée survenant à l'occasion du moindre mouvement, il fallait que, pour pisser ou pour aller à la garde-robe, le malade prit les précautions les plus attentives.

L'opération fut décidée et pratiquée. Elle présenta cette particularité que le poumon, à chaque secousse de toux, venait battre contre la canule. On retira 2500 grammes de sérosité citrine et parfaitement limpide. Le poumon se déplissa, et immédiatement après l'opération, on entendait dans tout le côté gauche le bruit respiratoire mêlé de quelques bulles de râle muqueux et sous-crépitant. Je dois dire pourtant que le déplissement du poumon fut extrêmement douloureux; la douleur persistait encore le lendemain matin. M. L... déclarait que cette sensation lui était parfaitement connue; qu'elle ne différait en rien de ce qu'il éprouvait quand la goutte envahissait les parois de la poitrine. Il y avait une fièvre assez vive; mais l'épanchement ne s'était pas reproduit, et les râles étaient plus gros. Rien ne faisait pressentir une terminaison fatale.

M. L... avait une violence de caractère extrême. Malgré nos ordres formels il voulut se lever pour aller à la garde-robe. Il se leva donc, fit quelques pas

dans sa chambre, s'assit sur sa chaise, et, après quelques minutes d'efforts inutiles, il se remit seul au lit. Il essaya de nouveau, mais inutilement, et fut très-oppresé. Enfin, il déclara qu'il essaierait encore une fois. Ni les observations, ni les prières de sa famille ne purent l'arrêter; il se leva résolument, se mit sur le bassin, fit pendant quelque temps de nouveaux efforts superflus, puis regagna son lit; mais en essayant de l'enjamber, il rendit le dernier soupir.

En jugeant ce fait d'une manière impartiale, il n'est pas permis d'imputer à la paracentèse ce fatal accident; on peut dire qu'il fût arrivé plus tôt encore, si, avant la ponction, le malade eût été placé dans les mêmes conditions physiques et morales.

La syncope, à ne tenir compte que des observations publiées de la ponction de la poitrine et des cas nombreux dont j'ai moi-même été témoin, est donc un accident qui doit être fort rare. Sans doute il peut se produire, mais alors est-il imputable à l'opération? Ne l'est-il pas plutôt aux circonstances, aux conditions organiques qui ont nécessité l'intervention chirurgicale, et que l'évacuation du liquide contenu dans la cavité thoracique ne modifie pas toujours immédiatement?

Il faut, afin d'éviter cette complication qui peut devenir fatale, recommander aux malades un repos aussi complet que possible de corps et d'esprit, et cela après l'opération, comme on le fait d'ailleurs lorsqu'il existe un épanchement excessif, surtout s'il a déplacé le cœur et les gros vaisseaux.

Lorsque je communiquai à mes collègues de la Société des hôpitaux le fait que je viens de vous rapporter, un d'eux souleva la question de savoir si la mort subite, dans ce cas, ne pourrait pas être attribuée à la *rupture des vésicules pulmonaires* et à l'*introduction de l'air dans les veines*. A cela je répondrai que cette rupture fut bien tardive, puisque la mort n'arriva que le lendemain de l'opération; et que si les vésicules se sont rompues au moment où le liquide fut évacué, on ne comprendrait pas comment l'entrée de l'air dans les veines se fût si longtemps fait attendre.

On a dit encore qu'à la suite des quintes de toux dont les malades sont pris pendant l'écoulement du liquide, il survenait quelquefois une expectoration de *crachats sanglants*. On a cité des cas, et l'on en a donné l'interprétation suivante. Le déplissement rapide du poumon, favorisant un afflux subit du sang dans les vaisseaux pulmonaires et bronchiques, amènerait dans les poumons une congestion active portée au point de rompre les vaisseaux et de déterminer l'hémorrhagie. J'admets encore la possibilité de cet accident, bien que je n'aie jamais vu se produire autre chose qu'une expectoration spumeuse un peu rosée; mais je ne peux lui accorder l'importance que les opposants sembleraient y attacher.

Je ne m'arrêterai pas davantage à cette autre objection que dans la paracentèse de la poitrine on pouvait s'exposer à *blessier l'artère intercostale*.

En prenant les précautions que j'ai indiquées, de faire la ponction au milieu

d'un espace intercostal, d'inciser préalablement la peau de manière à pénétrer sans effort dans la cavité pleurale, le manuel opératoire est d'une excessive simplicité, et de beaucoup moins susceptible d'inconvénients que la saignée du bras ou même que l'ouverture d'un abcès, opérations que nous confions cependant aux mains les plus inexpérimentées. Qui donc a vu, d'ailleurs, ces lésions de l'artère intercostale? Vos maîtres en chirurgie vous ont enseigné combien dans les plaies de poitrine, — je parle, bien entendu, des plaies d'armes blanches, — ces lésions étaient rares. Les dispositions anatomiques des parties rendent compte de ce peu de fréquence, car l'artère intercostale est placée dans la gouttière de l'os, et son petit calibre la met à l'abri des instruments qui chercheraient à l'atteindre. C'est donc là une objection qui tombe d'elle-même.

Il n'en est plus ainsi de celles dont je veux à présent vous entretenir. Bien que très-facilement réfutables, elles demandent cependant à être discutées.

Partant de cette donnée que, lorsqu'on pratique la ponction contre des épanchements dans une pleurésie aiguë, *l'épanchement se reproduit de nouveau, la pleurésie persistant et amenant une nouvelle sécrétion dans la plèvre, on est arrivé à conclure à l'inutilité de l'opération.*

La possibilité de la reproduction du liquide est un fait incontestable. Deux choses sont en effet à considérer dans les pleurésies avec épanchement. La pleurésie proprement dite, l'inflammation de la plèvre, qui dure huit, dix ou quinze jours; l'épanchement, qui, d'abord sous la dépendance de celle-ci, persiste encore plus ou moins longtemps après que la phlegmasie est éteinte, absolument comme une collection de pus dans le tissu cellulaire persiste après la phlegmasie qui lui a donné naissance. Or, la collection de pus ou l'épanchement de sérosité sont les effets, les produits d'un travail pathologique qui constitue le phlegmon ou l'inflammation, mais ils ne doivent pas être confondus avec lui.

Je suppose qu'au moment où l'excès d'épanchement nécessitera l'opération, la pleurésie dure encore. Pour préciser les termes de la question par un exemple et des chiffres, je suppose que cette pleurésie date de douze jours, et qu'elle ne doit s'éteindre que dans trois jours: nous aurons la chance de voir l'épanchement auquel elle a donné naissance augmenter de nouveau ou se reproduire pendant ce temps; mais voyons quelles seront les conséquences de cette intervention chirurgicale jugée si inopportune.

Il y avait, par exemple, trois litres de liquide épanché; par la ponction, j'en fais sortir deux litres et demi. Qu'après la ponction il s'en sécrète encore un, l'épanchement ne sera toujours que d'un litre et demi, deux fois moins considérable, par conséquent, qu'il ne l'était auparavant, et pouvant persister sans entraîner les inconvénients que son excès rendait menaçants; sans compter qu'en n'agissant pas, nous aurions eu nécessairement, non plus trois, mais quatre litres de liquide épanché dans la cavité pleurale. Au lieu de laisser la situation s'aggraver, nous aurons donné le temps à la période inflammatoire

d'arriver à son terme sans accidents; et en soustrayant une partie de la masse du liquide, nous aurons rendu plus facile l'absorption du reste.

En outre, messieurs, pour continuer la comparaison que j'établissais il y a un instant entre les épanchements pleurétiques et les collections purulentes, de même que le pus renfermé dans son foyer va devenir à son tour cause d'un travail réactionnel inflammatoire, puisque c'est un corps étranger qui tend à être éliminé hors des parties vivantes, de même le liquide épanché dans la cavité pleurale pourra amener des phénomènes phlegmasiques; de même aussi que, pour faire cesser l'inflammation occasionnée par la présence du pus, ouvrir l'abcès est le meilleur moyen, de même, pour éteindre la phlegmasie causée par l'épanchement pleural, le meilleur moyen est de débarrasser le plus rapidement possible la plèvre du liquide cause de ces accidents. Or, la paracentèse est à coup sûr de tous le plus expéditif et le plus certain.

Admettons, si vous le voulez, que l'épanchement se reproduise assez abondamment pour nécessiter de nouveau la ponction de la poitrine. Quel inconvénient y aura-t-il à répéter une opération d'une aussi parfaite innocuité? On a dit qu'en acceptant ce principe, le malade, bientôt épuisé par ces ponctions successives, tomberait fatalement dans le marasme. Cette fatalité ne m'est rien moins que démontrée; mais d'abord il est bien rare que nous ayons besoin de recourir plusieurs fois, chez le même individu, à la paracentèse, lorsque nous avons affaire à des hydrothorax franchement aigus. Jamais l'épanchement ne se reproduit aussi abondant, — quand il s'est reproduit, — et ordinairement l'absorption du liquide se fait naturellement. Le plus souvent, une seule ponction suffit, et c'est exceptionnellement qu'il nous a fallu la pratiquer deux fois dans un même cas. J'accorde cependant que l'épanchement se reproduise assez abondamment pour nécessiter de revenir à plusieurs reprises à la paracentèse. Pourquoi nous comporterions-nous ici autrement que nous le faisons dans les épanchements ascitiques? Les quantités de liquide que nous retirons de la cavité pleurale, quantités faibles relativement à celles que nous retirons chaque jour et sans hésiter de la cavité péritonéale, auraient-elles seules le privilège d'affaiblir les malades et de les plonger dans le marasme? Personne n'osera le prétendre. Ces données théoriques, qui portent d'ailleurs à faux, doivent se taire devant la masse imposante des faits cliniques qui démontrent à tous les vrais praticiens combien sont chimériques ces inconvénients dont on voudrait accuser l'opération que nous défendons.

Quelques médecins ont prétendu que la paracentèse *prolongeait la durée de la pleurésie, loin de l'abrèger*, le traumatisme consécutif à la ponction étant, suivant eux, une nouvelle cause d'inflammation des plèvres.

Il est facile de réfuter cette objection, non plus seulement en s'appuyant sur les faits cliniques, mais encore en rappelant ce qu'on a vu dans les expériences faites sur les animaux et les observations de plaies de poitrine recueillies sur l'homme.

Lorsque avec un instrument piquant on ponctionne la poitrine d'un animal,

quel que soit le nombre de piqûres que l'on ait faites, on ne trouve, en sacrifiant le sujet, rien autre chose qu'un peu de sang épanché au niveau des plaies, et des traces d'une inflammation légère, qui s'étend quelquefois à un demi-centimètre autour de la piqûre. Quant à ce qui arrive chez l'homme, vous savez combien peu sont graves les plaies de poitrine par instruments tranchants ou piquants, et que leur gravité dépend tout entière des complications qui les accompagnent. Si la pleurésie a été signalée parmi ces complications, on a eu soin d'ajouter qu'elle restait localisée, bénigne, à moins qu'il n'y ait eu épanchement de sang et pénétration de l'air dans la poitrine ; ou bien, enfin, à moins qu'il ne soit tombé dans la cavité pleurale un corps étranger tel qu'un fragment de côte ou de sternum, auxquels cas il survient une pleurésie suppurée.

Donc, en dehors de ces complications, les plaies de la poitrine, même celles faites par des instruments assez larges, sont exemptes de dangers ; à plus forte raison en est-il ainsi de cette petite plaie faite par un trocart, et faite avec toutes les précautions nécessaires pour empêcher l'entrée de l'air dans la cavité pleurale. Interrogez les malades chez lesquels la paracentèse a été pratiquée, ils vous diront tous qu'ils n'éprouvent aucune douleur au niveau du point par lequel l'instrument a pénétré. Si l'épanchement augmente consécutivement à l'opération, cette augmentation dépend de ce que la pleurésie qui existait n'est pas tout à fait éteinte, et l'on ne doit pas en conclure à une exacerbation de l'inflammation, puisque le plus souvent la quantité de liquide laissée après la ponction dans la cavité pleurale diminue au lieu d'augmenter.

Que, dans les premiers temps, alors qu'elle se présentait comme une nouveauté, on ait pu craindre que la *paracentèse de la poitrine convertisse*, ainsi que le redoutaient Stokes et Watson, un *épanchement séreux en un épanchement purulent*, cette crainte était excusable ; mais aujourd'hui, que l'expérience a surabondamment démontré qu'il n'en était rien, reproduire un pareil argument contre l'opération, est de l'insigne mauvaise foi ou tout au moins la preuve d'une ignorance impardonnable. J'en appelle, messieurs, à ceux de vous qui suivent régulièrement le service de la Clinique.

L'accident le plus sérieux, le seul que l'on ait à redouter dans la paracentèse de la poitrine, c'est l'*introduction persistante de l'air dans la cavité pleurale*, introduction qui, en effet, peut provoquer une inflammation suppurative ; mais ce n'est pas là une objection sérieuse à faire à l'opération, puisque, grâce aux modifications apportées dans le procédé opératoire, grâce à la canule à soupape, cette introduction de l'air dans la cavité pleurale n'est plus possible aujourd'hui.

Afin de terminer ce qui est relatif à la question, un mot encore sur le traitement consécutif. Ce traitement est celui de la pleurésie ordinaire. Pour hâter la résolution de l'épanchement, pour faciliter l'absorption du liquide qui n'a pas été complètement évacué par la canule, je prescris les préparations de digitale à l'intérieur, généralement une infusion de 50 centigrammes de feuilles

pour un litre d'eau, et je fais faire sur le côté malade des lotions avec la teinture d'iode dont l'action résolutive me paraît au moins aussi efficace que celle des vésicatoires.

Je ne vous ai parlé jusqu'à présent, messieurs, que de la paracentèse dans les cas d'épanchement séreux. *Dans les cas d'épanchement purulent*, l'opération doit être faite différemment.

Bien que, d'après les symptômes que je vous ai indiqués, vous puissiez supposer l'existence d'une pleurésie purulente, votre certitude n'est cependant jamais, sauf dans certains cas, assez absolue pour que vous ne soyez pas tenus de prendre d'abord les mêmes précautions que lorsqu'il s'agit d'un épanchement de sérosité. Vous commencez donc par ponctionner la poitrine avec le trocart ; vous retirez la canule, et vous faites le même pansement que dans le cas d'hydrothorax simple. Il peut arriver, quoique très-rarement, que l'épanchement ne se reforme pas, ou bien, ce qui est encore plus rare, que, s'étant reformé, il se vide par les bronches, circonstance relativement très-favorable. Mais, dans presque tous les cas, le liquide purulent s'accumule de nouveau, et la plaie primitive faite par le trocart, s'ouvrant spontanément, donne issue au pus. Désormais il s'établit une fistule qui ne disparaîtra que lorsque la guérison sera complète, ou que le pus se sera fait jour du côté des bronches, ainsi que je viens de vous dire que cela pouvait avoir lieu. Si, par une disposition rare, le pus ne s'écoule que par petites quantités, il peut arriver que la poitrine s'affaisse en même temps que le poumon reprend sa place, et que la guérison s'achève sans pneumothorax. Ordinairement, pour ne pas dire dans la presque universalité des cas, le pus sort en très-grande quantité et est remplacé par de l'air qui pénètre dans la poitrine ; il se fait donc un hydro-pneumothorax, et désormais il faut intervenir chirurgicalement. Vous agrandissez alors la plaie avec un bistouri, de façon à pouvoir introduire une canule plus large que vous devez laisser à demeure. Cette canule doit être de métal, recourbée de façon que le poumon, lorsqu'il se dilatera, ne vienne pas heurter sur son extrémité. Le pavillon est garni d'une rondelle de caoutchouc qui sera interposée entre l'instrument et la peau pour empêcher celle-ci de s'excorier.

Loin de vous préoccuper du défaut de parallélisme qui était nécessaire dans le cas d'épanchement séreux, il faut ici que le parallélisme entre les orifices interne et externe de la plaie soit aussi complet que possible. L'introduction de l'air dans la cavité pleurale n'est plus en effet à craindre, puisque vous allez chercher à modifier la membrane séreuse malade en portant sur elle un liquide irritant, la teinture d'iode par exemple, tandis que le défaut de parallélisme rendrait d'une part le séjour de la canule à demeure plus difficile, et que d'autre part il pourrait être cause de la formation d'abcès et de fistules sous-cutanés. Il est néanmoins nécessaire d'éviter que l'air ne s'introduise en trop grande quantité, parce que sa présence générerait le jeu du poumon et produirait une irritation de mauvaise nature du côté de la plèvre. Pour cela

l'incision avec le bistouri ne doit être que juste suffisante pour permettre le passage de la canule.

L'incision faite, vous laissez écouler une grande partie du pus épanché, sans vider complètement la cavité pleurale, comme il me paraît utile de le faire pour un épanchement séreux; puis, à l'aide d'une seringue, vous faites une injection iodée.

Voici la formule de la solution que j'emploie :

℞ Teinture d'iode.....	50 grammes.
Iodure de potassium.....	2 —
Eau distillée.....	100 —

Vous mélangez cette solution avec partie égale d'eau tiède.

Vous recommandez au malade de se mouvoir de façon que l'injection se mette en contact autant que possible avec toute la surface de la plèvre. Vous laissez alors sortir une partie du liquide, afin d'éviter les accidents de l'intoxication iodique, accidents qui, pour n'être pas graves, n'en doivent pas moins être prévenus. Vous fermez votre canule, et vous entourez la poitrine d'un bandage de corps fait avec de larges bandes de sparadrap.

Chaque jour vous ouvrez la canule pour laisser écouler une partie du liquide, et vous faites une nouvelle injection, augmentant ou diminuant la quantité de l'injection et les proportions de teinture, suivant que la cavité de la plèvre tend à se rétrécir, suivant aussi que le liquide qu'elle contient est plus ou moins fétide, et que ses qualités se rapprochent davantage de celles du pus louable. Alors vous ne faites plus d'injection que tous les deux, trois, quatre jours, mais en ayant soin de vider la poitrine au moins une fois toutes les vingt-quatre heures.

Ce traitement peut et doit durer longtemps; chez des enfants, je l'ai continué pendant quatre, cinq et même six mois.

C'est dans ces cas, messieurs, que vous voyez se produire des déformations considérables du thorax. La poitrine s'affaisse, et l'individu se tient forcément penché du côté malade, son épaule se rapprochant de la base du thorax qui présente un rétrécissement notable de 2, 3, 4, 5, 6 et jusqu'à 7 centimètres. En avant, il y a un aplatissement énorme; la clavicule est saillante; en arrière, l'aplatissement a lieu également.

Vous comprenez le mécanisme suivant lequel cette difformité se produit. Le poumon se trouve refoulé et maintenu contre la colonne vertébrale, vers la racine des bronches, par des fausses membranes; une fois que le liquide épanché a été à peu près complètement évacué, il se fait un vide dans la poitrine au moment où les côtes se relèvent, au moment surtout où le diaphragme s'abaisse: la pression atmosphérique s'exerce alors sans contre-poids sur la paroi thoracique qu'elle comprime et affaisse sur elle-même, tandis que, dans l'état normal, le vide qui tend à se faire dans l'inspiration étant comblé par l'air qui se précipite dans les bronches, l'équilibre persiste.

Cette déformation, qui augmente et prend quelquefois des proportions considérables chez les jeunes sujets, alarme les familles. Vous devez les rassurer; car une fois la guérison obtenue, la difformité disparaîtra rapidement. Chez l'enfant, bien que la déformation de la poitrine prenne, ainsi que je viens de vous le dire, des proportions considérables, elle n'est pas ordinairement douloureuse; mais, chez l'adulte, dont les os sont moins flexibles, les douleurs sont quelquefois intolérables, et il importe que vous en soyez prévenus afin de ne pas attribuer à quelque grave lésion les souffrances dont le malade se plaint.

A mesure que la cavité pleurale contiendra moins de liquide, le poumon obéira à la pression de l'air qui, à chaque inspiration, c'est-à-dire vingt à vingt-cinq fois par minute, pénètre dans les bronches. On conçoit avec quelle puissance doit agir cette pression répétée un nombre immense de fois dans les vingt-quatre heures; on conçoit que sous son influence le poumon se dégage des adhérences qui l'emprisonnaient, et se dilate assez enfin pour reprendre, en partie, sa place dans la cage thoracique. Les côtes, de leur côté, affaissées, comme je vous l'ai dit, se sont rapprochées du poumon et ont fait une moitié du chemin, s'il m'est permis de me servir de cette expression.

La déformation de la poitrine est donc une condition favorable à la guérison des épanchements, puisqu'elle diminue la capacité de la cavité qui les renferme, tandis que le poumon, se dilatant progressivement de son côté, tend aussi à diminuer cette capacité, à ce point qu'il arrive un moment où le foyer n'est plus constitué que par une sorte de petite poche qui se ferme d'elle-même.

Chez les adultes et à plus forte raison chez les vieillards, dont les parois thoraciques, plus rigides que celles des enfants, cèdent moins facilement à la pression atmosphérique, la déformation s'observe aussi beaucoup moins; mais c'est probablement une des raisons pour lesquelles les pleurésies chroniques purulentes, qui guérissent le plus souvent dans l'enfance, sont, dans la vieillesse, presque toujours mortelles.

Messieurs, permettez-moi, en terminant ces conférences sur la paracentèse de la poitrine, de vous rapporter une dernière observation, intéressante à plus d'un titre, mais surtout bien propre à démontrer encore les avantages pour moi incontestables de cette opération, et son innocuité dans les cas mêmes où elle semblerait le plus contre-indiquée en raison des complications qui accompagnent l'hydrothorax.

Cette observation est celle d'un individu que vous avez tous pu voir couché au n° 25 de notre salle Sainte-Agnès, où il était entré le 11 avril 1863. Je ne saurais mieux faire que de vous communiquer la note détaillée que mon chef de clinique, M. Michel Peter, a rédigée à ce sujet (1):

« Un homme de trente-six ans entre le 11 avril 1863 dans le service de M. Trousseau, où il est couché salle Sainte-Agnès, lit n° 25.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 13 juin 1863.

» Il dit n'être malade que depuis trois mois, ne tousser et n'éprouver d'oppression que depuis cette époque. Depuis lors aussi, il crache du sang de temps à autre.

» En réalité, il est atteint d'une lésion grave du cœur gauche, laquelle consiste en une *insuffisance des valvules aortiques*, avec rétrécissement probable de l'orifice. Le cœur est considérablement hypertrophié; il y a de la voussure précordiale. On perçoit à la base un souffle très-intense, quoique doux, au second temps, et un souffle beaucoup moins net au premier temps; c'est-à-dire que les signes de l'insuffisance ventriculo-aortique sont beaucoup plus marqués que ceux du rétrécissement. Le pouls est d'ailleurs bondissant comme dans l'insuffisance. Il y a de l'œdème des extrémités inférieures depuis trois semaines.

» Le 14 mai, à la suite d'une oppression assez considérable, le malade crache du sang en très-grande abondance. Le sang n'est pas rouge, rutilant et spumeux comme dans l'hémoptysie tuberculeuse, il est noirâtre ou mêlé à du mucus bronchique, comme dans l'*apoplexie pulmonaire*. C'est, en effet, un accident de cette nature qui est survenu chez cet homme.

» Le lendemain, le malade se plaint d'éprouver dans le côté gauche de la poitrine une violente douleur qui lui arrache des cris déchirants. Cependant il n'y a rien de notable à l'auscultation.

» Le jour suivant, 16 mai, on entend un peu de crépitation quand on applique l'oreille au niveau du bord axillaire de l'omoplate.

» Le 17, un frottement superficiel, rude, ronflant, a remplacé la crépitation de la veille; il y a une matité notable dans le tiers inférieur de la poitrine. La douleur pleurétique persiste avec la même intensité.

» Le 18, tous les signes non douteux d'un épanchement se manifestent enfin : *matité* dans les deux tiers inférieurs de la poitrine à gauche; *abolition du murmure vésiculaire* en ces points; *souffle et égophonie* type à la jonction du tiers supérieur avec le tiers moyen de la poitrine en arrière. La douleur est toujours très-vive.

» Le 19, matité jusqu'au sommet de la poitrine en arrière, son skodique en avant; cœur dévié à droite; oppression considérable; anxiété extrême, reconnaissant pour causes : l'affection cardiaque, la torsion du cœur sur son axe, l'abondance de l'épanchement et la persistance de la douleur.

» Le 20, les causes multiples de gêne de l'hématose décident M. le professeur Trousseau à recourir à la paracentèse qui est pratiquée par son chef de clinique, M. le docteur Peter.

» La ponction faite au niveau du sixième espace intercostal et dans la ligne axillaire donne issue à 2000 grammes de sérosité non mélangée de sang, et cependant riche en fibrine. Ce qui démontre tout à la fois qu'il n'y a ni hémato-pneumothorax, puisque la sérosité ne contient pas de sang; ni hydrothorax simple, puisque cette sérosité est fibrineuse : c'est-à-dire, en d'autres termes, qu'il s'agit d'une véritable pleurésie.

» Un soulagement notable suit l'évacuation de cette sérosité.

» Mais trois jours plus tard l'apoplexie se renouvelle et provoque le retour des douleurs et la reproduction de l'épanchement.

» Le 25, sixième jour après la paracentèse, l'épanchement remonte jusqu'à la première côte, la pointe du cœur bat sous le mamelon droit.

» Comme il y a un œdème très-considérable des extrémités inférieures, on pratique des frictions avec l'huile de croton tiglium, afin de provoquer la sortie de la sérosité qui infiltre le tissu cellulaire.

» Le 29, grâce aux frictions avec l'huile de croton, la sérosité s'écoule en très-grande abondance par les jambes. Il y a du mieux.

» Cependant, bien que l'épanchement thoracique en soit un peu diminué, on est obligé de recourir, le 31, à une nouvelle ponction de la poitrine, qui donne issue à 1700 grammes d'une sérosité absolument semblable à celle fournie par la première paracentèse.

» Cette opération est suivie de quintes de toux, pendant lesquelles on entend le poumon se déplisser et reprendre sa place, en même temps qu'on voit le cœur revenir en partie à la sienne; cependant il bat encore un peu plus en dedans qu'à l'état normal.

» Depuis cette seconde ponction, la respiration se perçoit dans toute l'étendue de la poitrine à gauche, bien qu'elle soit obscurcie par la présence des fausses membranes qui tapissent la plèvre. Ainsi l'épanchement ne s'est pas reproduit.

» Il y a aujourd'hui dix jours que cette nouvelle opération a été faite et qu'à définitivement cessé un état d'angoisse qui n'eût pas été longtemps compatible avec la vie, si l'on songe que l'épanchement venait s'ajouter à des causes multiples de mort, en supprimant pour ainsi dire tout un poumon à un homme dont l'hématose était déjà si compromise par son affection cardiaque.

» On aura sans doute remarqué que, sans dépendre de l'affection du cœur, à la façon de l'hydrothorax, la pleurésie dans ce cas était liée indirectement à cette affection. C'est l'apoplexie pulmonaire qui a servi d'intermédiaire entre la maladie du cœur et l'épanchement pleural; non pas qu'il y ait eu rupture de la plèvre viscérale et épanchement sanguin dans la cavité du thorax (l'absence de coloration du liquide le démontre), mais quelques foyers superficiels ont pu irriter la plèvre et déterminer l'exsudation séreuse.

» De ce que l'épanchement s'est reproduit après une première ponction, contestera-t-on l'utilité de la paracentèse de la poitrine? Il faudrait oublier que l'évacuation du liquide a très-probablement empêché le malade de mourir asphyxié ou de périr subitement dans une syncope. La pleurésie d'ailleurs a duré un temps très-court, si l'on compare sa durée à celle qu'il était naturel d'attendre d'un épanchement aussi abondant, chez un homme condamné par l'affection cardiaque aux infiltrations séreuses et dont les tissus étaient peu propres par conséquent au travail de la résorption.

» Il est possible que le liquide se reproduise; mais si l'état général s'est amélioré, une troisième ponction pourra prolonger encore les jours de ce malade, qui, privé des secours de la paracentèse, n'aurait pas supporté deux épanchements aussi considérables, et serait encore moins à même d'en supporter un troisième sans succomber aux accidents qui en résulteraient. »

Messieurs, je m'associe complètement aux judicieuses observations de M. Peter; je m'y associe d'autant plus que ce malade, encore dans nos salles pour son affection cardiaque contre laquelle nous ne pouvons rien, est aujourd'hui débarrassé des accidents contre lesquels nous pouvons quelque chose: son épanchement, qui aurait pu être mortel, ne s'est pas reproduit, attendu qu'il tenait non pas à une hydropisie de la plèvre, phénomène ultime de la cachexie cardiaque, mais à une pleurésie liée elle-même à une apoplexie pulmonaire. C'est donc parce que je suis convaincu de l'utilité, je dirai plus, de la nécessité de notre intervention chirurgicale chez cet homme, que j'appelle toute votre attention sur un fait, qui me paraît comporter plus d'un utile enseignement.

A propos de cette note, le rédacteur de la *Gazette des hôpitaux* rappelle qu'un de mes élèves, M. le docteur A. Masson (d'Yvetot), a rapporté dans un mémoire douze cas de paracentèse de la poitrine pratiquée par lui. « Dix fois, sur ces douze cas, l'opération a eu un plein succès, et l'auteur, bien placé pour ne pas perdre de vue les malades, a pu s'assurer que la guérison, presque toujours très-rapidement obtenue, était définitive. Jamais la plus légère complication imputable à la thoracocentèse n'est venue mettre obstacle à la guérison... Dans deux cas seulement la thoracocentèse n'a pas guéri les malades, ou plutôt ceux-ci sont morts malgré la ponction. Une femme, par exemple, ponctionnée pour une pleurésie tuberculeuse, est morte six mois après de sa phthisie. Un homme atteint d'hydro-pneumothorax avec abcès du poumon, mourut après avoir à plusieurs reprises vomi des floés de pus.

» Le plus souvent, c'est quand le cœur était déplacé par l'épanchement que M. Masson a fait la ponction de la poitrine. La possibilité de la mort subite par le seul fait d'un épanchement abondant n'a pas peu contribué à dissiper chez lui toute hésitation. L'histoire du malade qui fait le sujet de sa première observation est un exemple frappant de cette issue terrible de quelques pleurésies.

» M. Masson a opéré aussi deux malades chez lesquels l'épanchement n'était pas abondant, mais qui cependant dépérissaient rapidement, et de façon à faire craindre une explosion tuberculeuse. »

Je tenais, messieurs, à vous signaler ces faits empruntés à la pratique d'un de nos honorables confrères. Ajoutés à d'autres que vous trouverez dans les différents recueils de médecine, ils viennent corroborer tout ce que je vous ai dit de la paracentèse de la poitrine, heureux si j'ai pu vous convaincre des services que cette opération est appelée à rendre, et diminuer l'effroi qu'elle semble encore inspirer à quelques médecins.

XXXIII. — ÉPANCHEMENTS TRAUMATIQUES DE SANG DANS LA PLÈVRE. — PARACENTÈSE DE LA POITRINE.

L'épanchement de sang dans la cavité de la plèvre arrête mécaniquement l'hémorragie traumatique. — La paracentèse est alors non-seulement inutile, elle peut être nuisible. — Le sang se coagule immédiatement. — Son contact est à peine irritant pour la plèvre. — La résorption s'en opère avec une grande rapidité.

MESSIEURS,

Dans l'une de nos conférences précédentes, je vous ai parlé des épanchements séro-sanguins de la plèvre, se reproduisant quelquefois d'une manière aiguë, surtout dans le cours des fièvres éruptives, et d'une manière chronique, dans le cas où il existait des productions cancéreuses de la plèvre. — Aujourd'hui je veux vous parler des collections sanguines qui se font dans la plèvre à la suite des plaies de poitrine.

Quoique les épanchements de sang dans la cavité pleurale ressortissent plus spécialement à la chirurgie et qu'ils semblent devoir rester étrangers à l'enseignement d'un professeur de clinique médicale, cependant, comme jadis j'ai fait sur ce point de pathologie de nombreuses expériences (1) dont les résultats n'ont pas reçu une publicité suffisante, comme d'ailleurs les épanchements sanguins dans la cavité de la plèvre sont très-souvent l'occasion du développement de pleurésies et d'empyèmes qui rentrent alors jusqu'à un certain point dans le domaine de la médecine, j'ai cru devoir aborder ce sujet et ne pas vous laisser ignorer ce que je savais sur cette question.

Lorsque, après une plaie de poitrine, il se fait un épanchement de sang dans la cavité de la plèvre, quelle conduite le médecin doit-il tenir?

Beaucoup de chirurgiens ont donné le précepte de retirer le sang par la succion, en se servant de la plaie elle-même; d'autres ont voulu la ponction; d'autres encore voulaient que l'on ouvrît avec le couteau un espace intercostal et que l'on retirât le sang épanché.

Permettez-moi, messieurs, de discuter ces divers procédés; mais auparavant tâchons de comprendre les indications qui se présentent. Nous supposons l'existence d'un épanchement considérable; car, jusqu'ici, personne n'a conseillé une intervention active lorsqu'il s'agit d'une hémorragie très-limitée. Or, une hémorragie considérable peut venir de deux sources: d'une artère

(1) Les résultats de ces expériences faites en 1829 par M. Leblanc, mon collègue à l'Académie, et par moi, ont été publiés en 1834 dans le *Journal de médecine vétérinaire*, 5^e année, p. 104 et suiv.