

# CLINIQUE MÉDICALE

DE

## L'HOTEL-DIEU DE PARIS

---

### XXXVII. — PARACENTÈSE DU PÉRICARDE.

Observations. — Aperçu historique. — Innocuité de la ponction et des injections iodées dans le péricarde. — La ponction avec le bistouri doit être préférée à la ponction avec le trocart. — L'hydropéricarde se lie presque toujours à une autre maladie, particulièrement à la diathèse tuberculeuse. — La paracentèse soulage les malades et prolonge leur existence immédiatement menacée.

MESSIEURS,

J'ai pratiqué devant vous la paracentèse du péricarde chez un malade qui était couché au n° 2 de la salle Sainte-Agnès. Ce malade succomba cinq jours après l'opération, et j'ai mis sous vos yeux les pièces pathologiques que nous avons trouvées à l'autopsie.

C'était un jeune homme de vingt-sept ans, entré dans notre service de clinique le 2 juin 1856, et qui faisait alors remonter à quelques jours seulement le début de la maladie qui l'amenait à l'hôpital. A notre première visite, nous constatons une oppression considérable; nous entendions dans la presque totalité de la poitrine des râles sibilants, des râles muqueux et sous-crépitants, tous les signes, en un mot, appartenant au catarrhe capillaire. La fièvre ardente concordait parfaitement avec l'intensité des phénomènes locaux.

Deux ans auparavant, ce jeune homme avait eu, nous disait-il, une affection pulmonaire assez grave, pour laquelle on lui avait donné l'huile de foie de morue.

Je prescrivis des préparations antimoniales, de la digitale; j'administrai des purgatifs, et bientôt les accidents s'amendèrent.

Cependant je ne me rendais pas compte de la persistance de la fièvre, encore moins de la persistance de l'anxiété singulière qu'éprouvait le malade. Examinant alors le cœur plus attentivement, j'entendais un bruit de souffle et de



frottement aux deux temps, un peu plus évident à la pointe (ce qui n'est pas ordinaire dans la péricardite, où les bruits de frottement doubles s'entendent surtout à la base du cœur); les battements, d'ailleurs, étaient parfaitement distincts.

Ce jeune homme n'avait jamais eu de rhumatisme.

Je pensai donc qu'il existait un peu d'endocardite et une lésion de la valvule mitrale compliquant le catarrhe pulmonaire.

Notre attention appelée sur ce point, l'auscultation du cœur fut pratiquée chaque jour avec soin. Une semaine était à peine passée, que les phénomènes stéthoscopiques offraient une étrange modification. Nous entendions distinctement un double bruit de souffle à la pointe, et quelques jours plus tard, un second bruit redoublé de manière à constituer le bruit triple, dit *de rappel* ou *de galop*.

La matité à la région précordiale prenait des proportions considérables, les bruits de souffle, de plus en plus éloignés de l'oreille, s'entendaient à peine; les battements du cœur étaient très-obscur, et enfin disparurent; le pouls était toujours fréquent, régulier, assez fort.

La péricardite, dont nous avons suivi les progrès, n'était plus douteuse. La voussure de la région précordiale, les limites de la matité dépassant à droite la ligne médiane, arrivant à gauche à 2 ou 3 centimètres en dehors du mamelon, descendant jusqu'au niveau du diaphragme, remontant jusqu'à la troisième côte, circonscrivant ainsi un espace de près de 20 centimètres, indiquaient clairement l'existence d'un hydro-péricarde considérable.

L'anxiété du malade allait croissant à mesure que l'épanchement augmentait, bien que le catarrhe se fût très-heureusement modifié.

La digitale, le calomel, les purgatifs, les applications de vésicatoires sur la région du cœur, ne purent amener aucun soulagement.

Les choses marchaient ainsi en s'aggravant, depuis six semaines, lorsque nous nous aperçûmes qu'il survenait de l'œdème des extrémités, de la bouffissure du visage, et que la peau prenait une teinte profondément pâle. On crut à une complication d'albuminurie: l'analyse des urines fit voir qu'il n'en était rien.

Je m'arrêtai donc à l'idée que cette anasarque était sous la dépendance de la gêne des fonctions circulatoires, aussi bien que l'oppression et l'anxiété extrêmes. Le pouls était devenu petit et très-fréquent.

Dans ces circonstances, la ponction du péricarde me paraissait indiquée. Néanmoins je laissai passer une quinzaine de jours; car bien que deux ans auparavant, dans ce service même, je l'eusse faite avec succès dans un cas analogue, j'hésitais avant de recourir à une opération que l'on n'aborde ordinairement qu'en tremblant.

Cependant les accidents devinrent tellement pressants, la mort me parut tellement imminente, que je crus ne pouvoir différer davantage. Le 1<sup>er</sup> août, je priai mes collègues de l'Hôtel-Dieu de se réunir en consultation.

Je leur soumis une triple question, celle du diagnostic, celle du pronostic, celle du traitement.

Tous pensèrent qu'il existait une péricardite avec épanchement que l'on évaluait au moins à un litre.

Tous pensèrent, d'après l'anxiété du malade, d'après la bouffissure générale et la profonde pâleur des tissus, que la mort aurait lieu sous peu de jours.

Tous pensèrent aussi que, bien que l'opération offrit peu de chances de succès, évacuer promptement le liquide par la ponction était encore le moyen thérapeutique qui en présentait le plus.

La paracentèse décidée, je la pratiquai séance tenante.

Je me servis du bistouri pour ouvrir la poitrine. L'incision fut faite au centre de la circonférence indiquée par la matité, au-dessous du niveau du mamelon, dans l'espace intercostal le plus voisin. La peau, les muscles étant coupés successivement et avec les plus grandes précautions, j'arrivai sur la plèvre. Cette membrane fut incisée à son tour; le doigt étant introduit dans la cavité de la poitrine, je sentis une résistance due au péricarde distendu. Je ne sentais pas battre le cœur sous le doigt. Je coupai alors par couches successives, et je me servis de la sonde cannelée, afin d'écarter les tissus incisés. Enfin, la pointe du bistouri pénétrant un peu plus avant, il jaillit le long de la lame une sérosité un peu louche, légèrement rougeâtre. L'incision fut prolongée d'un demi-centimètre seulement à l'aide de la sonde cannelée; il s'échappa par la plaie un flot de liquide de même nature, qui se répandit dans les alèzes, et dont 400 grammes à peu près furent recueillis dans une palette. Ce liquide se coagula immédiatement comme de la gelée de groseille, puis l'écoulement s'arrêta. J'introduisis plusieurs sondes de gomme élastique, par lesquelles il ne s'écoula plus de liquide. En faisant placer le malade sur le côté gauche, je fis sortir à peu près 200 grammes d'une sérosité d'un jaune citrin, par conséquent très-différente de celle qui était sortie la première, et qui, reçue dans la même palette, ne se coagula qu'imparfaitement, et tranchait par sa couleur ambrée avec l'aspect gelée de groseille de celle-ci.

L'autopsie vous a démontré, messieurs, que de ces liquides, l'un appartenait au péricarde et l'autre à la plèvre.

Comme il ne s'écoulait plus rien, nous pensâmes que le péricarde était rempli de fausses membranes cloisonnées qui retenaient le liquide. J'essayai de faire une injection iodée dont il ne pénétra rien dans la cavité du péricarde; peut-être en pénétra-t-il une cuillerée dans la plèvre. La plaie fut fermée avec des bandelettes de diachylon.

Nonobstant la petite quantité de liquide extrait qui fut tout au plus de 400 grammes, en y comprenant celui du péricarde et celui de la plèvre, le malade éprouva un soulagement notable; le pouls perdit de sa fréquence et reprit une certaine amplitude.

Pendant l'opération, un peu d'air avait pénétré dans la poitrine, et avait rendu écumeux le liquide que nous en retirions. En auscultant après le pan-



sement, nous n'entendîmes que les bruits du cœur sans bruit de roue de moulin, qui a été donné comme signe caractéristique de l'hydro-pneumo-péricarde.

Le jeune homme, qui auparavant ne pouvait rester que sur le côté gauche, se trouvait maintenant mieux sur le côté droit. Les choses allèrent assez bien jusqu'au soir ; mais lorsque nous revîmes le malade vers quatre heures, M. Beylard et moi, nous le trouvâmes dans un état d'agitation assez notable, avec une fièvre vive, le pouls à 124. Trois heures environ après notre visite, il fut pris tout à coup d'attaques d'éclampsie ; les convulsions n'occupaient que le côté droit du corps. Ces attaques se répétèrent de demi-heure en demi-heure pendant la nuit.

Le lendemain matin, le côté droit du corps était presque complètement paralysé, ainsi que la langue ; mais, chose étrange, pendant les attaques dont nous fûmes témoins, l'intelligence était en partie conservée. Le malade essayait de répondre, et avec sa main gauche il pressait les muscles convulsés de la joue droite pour résister à leurs mouvements désordonnés.

Messieurs, avant d'aller plus loin, cherchons à nous rendre compte de ces attaques d'éclampsie. Faut-il les attribuer à l'opération ? Laissons de côté pour un instant, si vous le voulez, la question d'opportunité, question résolue d'ailleurs affirmativement par tous mes collègues de l'Hôtel-Dieu comme par moi. Supposons une intervention chirurgicale de cette nature aussi téméraire qu'on le voudra ; toujours est-il que ce n'est pas là une de ces graves opérations, un de ces grands traumatismes qui provoquent quelquefois la manifestation d'accidents nerveux. D'ailleurs encore, ceux qui survinrent chez notre jeune homme n'avaient rien d'analogue aux phénomènes tétaniques. Supposons que la paracentèse ait augmenté l'intensité de l'inflammation du péricarde ; mais les inflammations des membranes séreuses, quelque violentes qu'elles soient, quelle que soit l'étendue de ces membranes, entraînent-elles d'ordinaire de semblables accidents ? Les faits cliniques répondent. Jamais la pleurésie la plus violente, la péritonite la plus aiguë, celle qui succède aux perforations intestinales, aux étranglements, n'amènent de convulsions, chez les adultes du moins. Avez-vous jamais entendu dire qu'il en fût autrement de la péricardite ?

Les conditions dans lesquelles se trouvait le malade nous donnèrent mieux l'explication de ces accidents. Vous savez, en effet, que l'anasarque générale, alors même qu'il n'existe pas d'albumine, prédispose singulièrement à l'éclampsie. Cela s'observe principalement chez les femmes enceintes et chez les enfants. Un mouvement fébrile, une émotion morale, peut en devenir l'occasion. Vous savez aussi combien l'anémie constitue une condition favorable au développement des convulsions. Chez notre jeune homme, ces deux causes prédisposantes, anasarque et anémie, étant portées à un très-haut degré, il n'est pas étonnant que l'émotion occasionnée par la crainte de l'opération (il avait été très-effrayé de la consultation réunie autour de lui) ait amené les accidents nerveux dont nous parlons.

Nous les combattîmes par les préparations de musc et de valériane, et ils parurent se calmer un instant. Nous commençons à espérer que les choses allaient prendre une marche favorable, rien de nouveau n'était survenu du côté du cœur, lorsque des accidents reparurent du côté de l'appareil respiratoire.

Le quatrième jour après l'opération, le 4 août, nous notâmes une oppression plus considérable, de la toux et une expectoration abondante de crachats légèrement visqueux ; nous entendions des râles sous-crépitaux.

Le lendemain, ces accidents, encore plus alarmants, me préoccupaient bien autrement que ceux du côté du cœur.

L'état de faiblesse du malade nous empêchait d'examiner la poitrine comme nous l'aurions voulu. La matité à la région précordiale indiquait cependant un épanchement encore assez considérable, beaucoup moindre toutefois qu'il ne l'était avant la ponction. La mort arriva dans la soirée du mardi 5 août, cinq jours après l'opération.

L'autopsie fut faite avec le plus grand soin. On scia les côtes du côté gauche, à partir du creux de l'aisselle jusqu'à la base de la poitrine ; à droite, on sépara le sternum des cartilages costaux, et le sternum fut détaché, ainsi que la face antérieure de la poitrine, de manière à enlever la trachée, les poumons et le cœur contenu dans le péricarde intact.

Nous trouvâmes dans la plèvre gauche un liquide de couleur citrine, semblable à celui qui s'était écoulé pendant le second temps de l'opération. D'ailleurs, pas de fausses membranes, pas de flocons fibrineux, pas d'adhérences.

Le péricarde, d'une couleur rougeâtre, ressemblait à un globe énorme ayant le volume de la tête d'un homme. Il était libre de toute adhérence avec les côtes, recouvert seulement dans sa partie supérieure d'une lame mince du poumon gauche qui lui adhérait intimement par du tissu cellulaire d'ancienne date. Placé dans le médiastin antérieur qu'il avait écarté, il ressemblait à un fruit implanté derrière le sternum, sur une large base, et flottant dans la cavité pleurale qui avait été ouverte. A peu près en face du point où l'espace intercostal était ouvert, on voyait, à l'intérieur du péricarde, une tache violette, vestige de la ponction qui avait été faite avec le bistouri ; l'extrémité mousse d'un stylet y pénétrait facilement. Les fausses membranes qui doublaient la membrane séreuse au niveau de cette ouverture étaient colorées en rouge, comme par une suffusion sanguine récente. En ouvrant le péricarde, il s'en écoula à peu près 1000 grammes d'un liquide rougeâtre identique avec celui qu'on avait recueilli dans la palette durant le premier temps de l'opération. On y voyait nager des flocons fibrineux en très-petite quantité.

Le cœur était au fond de ce sac, au moins à 10 centimètres de la paroi du kyste et du point où la ponction avait été pratiquée ; il était, ainsi que toute la face interne du sac, recouvert d'une fausse membrane épaisse, réticulée, d'un jaune sale. La paroi du kyste pouvait avoir 5 millimètres d'épaisseur, et lorsque nous coupâmes le cœur, nous trouvâmes au-dessous de la membrane séreuse un tissu cellulaire épais, lardacé, ressemblant à une couche de graisse.



Le viscère était un peu plus volumineux que dans l'état normal; mais il y avait une hypertrophie concentrique, et les cavités étaient plus étroites qu'elles n'auraient dû être. Le feuillet des valvules était souple, mince, sans altération appréciable; pourtant les orifices laissaient passer le doigt avec plus de difficulté que dans un cœur ordinaire.

Il y avait des tubercules disséminés à l'état cru, quelques-uns à l'état de ramollissement, dans les poumons et dans les ganglions bronchiques. Près du pancréas se trouvait une masse de ganglions tuberculeux ramollis. Les ganglions mésentériques étaient engorgés; il y avait quelques adhérences intestinales.

Dans le cerveau, nous trouvions seulement un peu de ramollissement du septum médian; mais il est essentiel de noter que l'autopsie fut faite par un temps très-chaud.

Cet examen *post mortem* nous rendait parfaitement compte de ce qui s'était passé pendant la vie et pendant l'opération. Nous avons eu affaire à un double épanchement péricardique et pleural; l'arrêt dans l'écoulement du liquide du péricarde s'était produit par un mécanisme facile à comprendre.

Une fois entré dans la plèvre, j'avais craint d'aller trop loin, et je n'avais fait au péricarde qu'une petite ouverture en face de celle de la poitrine. Le parallélisme entre ces ouvertures s'était donc rapidement détruit, dès lors le liquide épanché dans l'enveloppe du cœur était tombé dans la cavité pleurale.

Eussé-je évité cet accident en introduisant tout de suite une sonde qui eût plongé immédiatement dans le péricarde, soit que cette sonde eût été introduite après la ponction avec le bistouri, soit que j'eusse fait la ponction avec un trocart, de façon que le liquide s'écoulât directement par la canule? Mais, dans ce cas encore, il paraîtra difficile que j'eusse échappé à cet inconvénient, le liquide suintant entre les lèvres de la plaie et les côtés de la canule, et, une fois celle-ci retirée, les parties reprenant la disposition vicieuse que l'on aurait prétendu empêcher.

En discutant avec vous ce qui a trait au procédé opératoire de la paracentèse du péricarde, je reviendrai sur cette question pour vous dire que cet inconvénient a peu d'importance, à mon avis.

Je vous dirai aussi pourquoi je préfère agir avec le bistouri, et non avec le trocart employé par d'autres, et notamment, comme vous l'avez vu faire dans ce service même, dans le cas dont je vais vous parler.

Enfin, je vous dirai tout de suite que je rejette le procédé de Riolan, adopté par Skielderup et recommandé par Laennec, procédé qui, consistant à pénétrer dans le péricarde en trépanant le sternum, me paraît au moins inutile.

Messieurs, ainsi que je viens de vous le rappeler, nous avons déjà eu l'occasion de pratiquer la paracentèse du péricarde chez un malade de notre service de clinique. Ce premier fait que nous avons consigné, mon ami M. le docteur Lasègue et moi, dans un mémoire publié par les *Archives générales de médecine* au mois de novembre 1854, pouvait être donné comme un encouragement.

Il s'agissait d'un jeune garçon de seize ans, entré le 2 février 1854 à la salle Sainte-Agnès. Pâle, débile, il déclarait n'avoir jamais été atteint de graves maladies. Quatre ou cinq jours avant son arrivée à l'hôpital, il avait éprouvé une céphalalgie frontale très-vive, bientôt suivie de lassitude extrême et de douleur à la région précordiale.

A son entrée, nous constatons une dyspnée intense; son pouls était fréquent, à 150 pulsations; sa face pâle, avec une expression d'angoisse; il avait un peu de toux. Par la percussion, nous trouvions une matité considérable à la région du cœur, remontant en haut jusqu'au niveau de la deuxième côte, s'étendant depuis le bord droit du sternum jusque très-avant du côté gauche de la poitrine, sans qu'il fût possible de la limiter exactement en ce sens; le côté gauche de la poitrine était, en arrière, moins sonore que le droit; les battements du cœur étaient obscurs et lointains. Le malade n'avait pas de syncope complète, mais il se sentait à chaque instant sous le coup d'une défaillance imminente. Nous fîmes appliquer un large vésicatoire sur la région précordiale, et nous prescrivîmes de l'infusion de digitale pour tisane.

Dans le courant de février, le pouls restant toujours très-fréquent, les battements du cœur s'entendaient mieux par intervalles, et redevenaient indistincts dans d'autres moments. La matité de la région précordiale occupait presque invariablement une étendue de 17 centimètres en hauteur et 18 en largeur. Pendant deux jours seulement, du 18 au 20, elle sembla diminuer. Durant ce laps de temps, on perçut un bruit double de frottement cardiaque, sensible surtout à la base du cœur. La voussure de la région précordiale était de plus en plus marquée du côté gauche de la poitrine; les signes de l'épanchement pleural devenaient de plus en plus manifestes: c'étaient de l'égophonie en arrière, au-dessous du scapulum, et du bruit de souffle.

Le 17 mars, la voussure était plus grande depuis huit jours, et il était survenu une diarrhée abondante. Le malade s'affaiblissait, s'amaigrissait, et ne pouvait plus se déplacer de son lit, sans que le moindre mouvement provoquât une syncope. La face était d'une pâleur livide; l'oppression était portée au dernier degré; la respiration était courte, suspicieuse; la percussion de la région précordiale et même la simple application de la main causaient de la douleur et de l'angoisse; le pouls, petit, misérable, battait 120 pulsations; la matité remontait jusqu'au niveau de la clavicule.

Le lendemain, les accidents ayant acquis plus de gravité, la mort étant menaçante, nous nous décidâmes à faire pratiquer immédiatement la ponction du péricarde. M. le professeur Jobert (de Lamballe) voulut bien s'en charger. Il fit dans le cinquième espace intercostal, à la distance d'environ 3 centimètres du bord gauche du sternum, une incision comprenant la peau, le tissu cellulaire, jusqu'aux muscles intercostaux exclusivement. Il plongea alors obliquement, de droite à gauche, un trocart muni d'une peau de bandruche, qu'il fit pénétrer lentement, sans secousses et par un mouvement continu. On retira la tige, et il s'éconla par la canule quelques gouttes d'une sérosité rougeâtre,



La canule, laissée libre dans la plaie, était agitée par les mouvements du cœur et se soulevait à chaque contraction.

Pendant l'opération, le malade, qui l'avait sollicitée, mais qui s'effrayait des préparatifs, était plus pâle et se plaignait en gémissant. Son pouls, très-lent, presque imperceptible, ne tarda pas à reprendre sa force et sa fréquence habituelles; il n'y eut d'ailleurs ni malaise, ni oppression exagérée, ni syncope.

Le liquide coula d'abord assez facilement, quoique sans être projeté en jet. On en recueillit environ 60 grammes. L'écoulement devint plus lent; on fixa alors la canule dans la plaie, sans solliciter l'évacuation par aucune manœuvre, et la sérosité continua à s'échapper en bavant. L'opération avait été faite à neuf heures du matin; à neuf heures et demie, le patient déclarait ne ressentir ni soulagement, ni oppression plus incommode. A dix heures et demie, on retira la canule; il s'était écoulé environ 400 grammes de liquide. Vers midi, le jeune homme se sentit un peu mieux. A notre visite du soir, il disait éprouver un soulagement considérable. Il respirait avec calme; son pouls était plein, à 134. La matité remontait seulement jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule, et ne dépassait que de 2 centimètres le milieu du sternum à droite; à gauche, elle s'étendait jusqu'à une ligne verticale qui descendrait du bord antérieur de l'aisselle. Les battements du cœur étaient beaucoup plus distincts; et la pointe du cœur s'était sensiblement relevée.

Quarante-huit heures après, nous notions : amélioration soutenue; sonorité exagérée, presque tympanique, au sommet, en avant et à gauche; murmure respiratoire perceptible depuis la clavicule jusqu'à la quatrième côte, où commence la matité; bruits du cœur de plus en plus distincts; en arrière et à gauche, matité, souffle, égophonie; un peu de toux, presque pas d'oppression, peu de fièvre.

Le 22 mars, l'épanchement pleurétique faisait des progrès, le cœur était refoulé à droite, et l'ampliation de la poitrine à gauche était considérable. Le malade restait couché sur le côté droit, et se plaignait d'un point très-douloureux.

Jusqu'à la fin du mois, l'épanchement pleurétique alla croissant, la fièvre augmenta, et la toux, plus fréquente, était accompagnée d'une expectoration de crachats blancs, épais; on entendait quelques râles muqueux au sommet, à gauche. L'oppression était plus prononcée, mais cependant beaucoup moindre qu'elle n'était avant la ponction. Il y avait une diarrhée qu'on modérait par les préparations de nitrate d'argent.

Le 30, en présence d'une hydropisie qui occupait toute la plèvre gauche chez un individu déjà épuisé par la maladie, nous n'hésitâmes pas à pratiquer la paracentèse de la poitrine. Une première ponction, faite dans le sixième espace intercostal, au niveau de l'aisselle, ne donna pas issue à une seule goutte de liquide; le trocart avait été arrêté par une fausse membrane très-résistante. Une seconde ponction, pratiquée un peu plus en arrière et plus bas,

permit d'évacuer environ 500 grammes de liquide. L'opération ne fut suivie d'aucun phénomène particulier et n'occasionna pas d'accidents.

Le 2 avril, on entendait quelques râles sous-crépitaux dans la portion inférieure du poumon gauche; mais il n'y avait ni souffle, ni égophonie, ni gêne appréciable de la respiration. La diarrhée persistait; il y avait de l'insomnie.

Depuis les premiers jours d'avril jusqu'au 28 mai, jour de la sortie du malade, l'épanchement de la plèvre et celui du péricarde ne se reproduisirent pas; les battements du cœur étaient sensibles à la main; les bruits s'entendaient sans mélange de souffle et sans frottement; la matité resta toujours plus étendue qu'à l'état normal; la voussure s'était complètement effacée; la respiration était assez libre, le jeune homme ne se plaignait pas de dyspnée, s'asseyait pour jouer dans son lit, il avait de l'appétit, et se déclarait très-heureux de sa nouvelle position.

Cependant son état général était loin d'être satisfaisant; sa toux était devenue plus fréquente; sa fièvre reparaisait, surtout vers le soir; sa diarrhée, plus modérée il est vrai, n'était pas encore arrêtée; ses forces ne revenaient pas, malgré l'usage de médications toniques et d'un régime fortifiant.

Comme il s'ennuyait à l'hôpital, et qu'il attribuait à son séjour dans la salle la lenteur de sa convalescence, il réclama sa sortie. Les signes de tuberculisation, qui depuis un mois étaient devenus plus évidents, ne laissaient aucun doute au moment de son départ. On notait alors les symptômes suivants : Au sommet du poumon gauche, en avant, matité, râles sibilants, gargouillements dans les fortes inspirations, pas de souffle; en arrière, râles sous-crépitaux au sommet, râles muqueux dans les parties inférieures du poumon. A droite, respiration puérile en avant; en arrière, expiration soufflante, retentissement de la voix, râles secs et sonores, battements du cœur forts et distincts. Les quintes de toux étaient répétées sans expectoration spécifique; il y avait de la dyspnée, une diarrhée persistante, de l'amaigrissement et de la déformation hippocratique des doigts.

Le malade, malgré son état de faiblesse, put être transporté en voiture dans le département d'Eure-et-Loir où habitait sa famille. Nous reçûmes de ses nouvelles dans la première quinzaine de juin; il était dans le même état qu'à l'hôpital. Nous ignorons ce qu'il est devenu depuis.

Ce fait, messieurs, comme je vous le disais tout à l'heure, peut être donné comme un encouragement pour pratiquer la paracentèse, puisque celle-ci a bien évidemment empêché une mort imminente.

En vous exposant, dans une de nos dernières conférences, un rapide historique de la paracentèse de la poitrine dans le cas d'épanchements pleurétiques, je vous ai montré que, bien que ses indications n'eussent pas été nettement formulées, cette opération avait été pratiquée à différentes époques antérieures à la nôtre. Bien avant qu'on osât la tenter, on la considérait du moins, d'après des vues théoriques et en s'appuyant sur des arguments incontestables,