

comme pouvant être utile et complètement exempte de dangers. Il n'en est plus ainsi de la paracentèse du péricarde. Aucune considération spéculative ne semble pendant longtemps devoir la justifier, et lorsque quelques médecins émettent l'opinion qu'on pourrait probablement essayer dans les épanchements du péricarde une opération qui, dans les épanchements de la plèvre, présente de réels avantages, l'idée d'approcher un instrument tranchant d'un organe aussi délicat que le cœur est repoussée comme une inexcusable témérité.

C'est à Senac (1) qu'on attribue, en général, l'honneur d'avoir indiqué la possibilité de la paracentèse du péricarde; toutefois, un siècle auparavant, cette indication avait été déjà formulée par Riolan (2). Quoi qu'en aient dit quelques compilateurs, Senac ne l'avait jamais pratiquée. Tout en enseignant de l'essayer, puisque l'hydropéricarde abandonné à lui-même cause infailliblement la mort, un certain nombre d'auteurs cités par Sprengel n'osèrent donner l'exemple. Ainsi, Richter, qui en admettait l'utilité, s'écrie : « *Intrepido opus est animo ad talem operationem instituendam*; » et van Swieten (3), qui s'effrayait assez peu des remèdes à risquer contre les périls extrêmes, n'est pas plus rassuré : « *Quam audax facinus debet videri omnibus si quis cogitaret de pertundendo pericardio dum hydropes turget*, » dit-il. Cependant, malgré les difficultés dont est entouré le diagnostic de l'hydropisie du péricarde, bien que l'expérience n'ait pas encore prononcé, il reconnaît que, dans la cruelle alternative où l'on se trouve de laisser mourir le malade ou d'ouvrir artificiellement une voie au liquide épanché, il est permis de recourir à l'opération : « *Interim generale axioma practicum omnibus probatur; tentandum esse potius anceps remedium quam nullum, dum certa perniciis imminet*, » et il termine en indiquant le manuel opératoire.

Vers la même époque, Benjamin Bell, Camper, Just Arneman, Conradi, conseillaient également de tenter l'opération, en proposant différentes méthodes sur lesquelles nous aurons à revenir; mais leurs conseils sont purement théoriques. Lorsque plus tard Desault, qui primitivement avait jugé la paracentèse du péricarde presque impraticable à cause de la difficulté d'en déterminer les indications, croit avoir rencontré l'occasion de mettre à exécution les préceptes de ses contemporains, sa première tentative est loin d'avoir d'heureux résultats. L'épanchement qu'il voulait évacuer à l'aide de la ponction n'avait pas son siège dans le péricarde, ainsi que le témoigne l'observation consignée avec une simplicité pleine de franchise (4).

Ce fait, qu'on a l'habitude de rapporter comme le premier exemple de paracentèse du péricarde, ne mérite donc pas de figurer dans l'histoire de cette opération, et ne peut être invoqué que comme un argument de plus en faveur

(1) Senac, *Traité de la structure du cœur et de ses maladies*. Paris, 1749.

(2) Riolan, *Enchiridion anat.*, lib. III. Lugduni Batavorum, 1649.

(3) Van Swieten, *Comment. in Aphorismos Boerhaav.* Parisiis, t. IV, p. 122.

(4) Desault, *Œuvres chirurgicales*, recueillies par Bichat, t. II, 1798.

de l'obscurité du diagnostic. L'observation de Larrey (1) n'est pas plus concluante, bien qu'elle soit aussi souvent rappelée.

Ces deux faits de paracentèse prétendue du péricarde, se résumant tous deux en une erreur de diagnostic, et terminés tous deux par la mort, n'avancèrent guère la question; aussi les choses en restèrent-elles là. Et si l'on excepte le mémoire intéressant où Skielderup prend en main la défense de la ponction du péricarde sans citer de faits à l'appui (2), l'opération retombe dans l'oubli ou est jugée avec une extrême sévérité.

Corvisart, qui s'était d'abord contenté de rapporter l'observation de Desault dans l'édition qui parut de son livre en 1806 (3), propose la paracentèse dans une édition subséquente, en 1818; mais il engage, dans le cas où le chirurgien oserait la tenter, à préférer l'incision avec le bistouri à la ponction avec le trocart; il pense toutefois que les avantages qu'on peut retirer de cette opération contre-balanceront rarement le danger auquel on expose le malade.

En Allemagne, on professe alors la même opinion que Corvisart sur la paracentèse du péricarde, et Kreysig, dans un travail publié à Berlin en 1816, sur la paracentèse du péricarde, prétend qu'il est bien difficile qu'elle puisse être utilisée. Outre que la maladie est de telle nature que la ponction doit rendre peu de services, on aura toujours à craindre l'inflammation consécutive du cœur et ses conséquences inévitables. L'introduction de l'air déterminera une suppuration mortelle. Il ajoute, d'accord en cela avec ses contemporains, que le diagnostic est insuffisant pour excuser jamais une pareille témérité.

Cependant, en France, Laennec, adoptant les idées de Senac, pense qu'il ne serait peut-être pas impossible de remédier efficacement à l'hydropéricarde au moyen de l'opération chirurgicale; mais il n'appuie son dire que sur des présomptions.

Allant encore plus loin que Laennec, Richerand propose d'appliquer à la cure radicale de la maladie dont il s'agit le mode de traitement par les injections astringentes, employé contre l'hydropisie de la tunique vaginale.

Tel était l'état de la science, quand, en 1839, Schuh, un des médecins en chef de l'hôpital de Vienne, publia un remarquable travail intitulé : *De l'influence que la percussion et l'auscultation sont appelées à exercer sur la pratique chirurgicale*. Il passait en revue les services rendus par ces deux méthodes nouvelles, et s'appliquait surtout à faire ressortir les garanties qu'offrirait désormais au chirurgien des diagnostics posés avec une presque

(1) Larrey, *Sur une blessure du péricarde suivie d'hydropéricarde* (*Bulletin des sciences médicales*, 1810).

(2) Skielderup, *De trepanatione ossis sterni et apertura pericardii* (*Acta nova Societatis medicinæ Hafniensis*, 1818).

(3) Corvisart, *Maladies et lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux*.

certitude. Les épanchements de la plèvre, pour la guérison desquels il avait imaginé, ainsi que je vous l'ai dit, un appareil particulier, les épanchements du péricarde, étaient cités comme les exemples les plus concluants, et il terminait en déclarant que pour sa part il n'hésiterait pas, le cas échéant, à tenter l'une et l'autre paracentèse.

L'occasion ne tarda pas à se présenter. L'année suivante, la première ponction du péricarde fut faite à l'hôpital de Vienne, dans le service du professeur Skoda, par le docteur Schuh lui-même.

Quelque intéressante que soit l'observation publiée par Skoda et que M. Lasègue et moi nous avons rapportée *in extenso* dans le mémoire inséré dans les *Archives*, ce serait, messieurs, abuser de vos moments que de vous la reproduire ici; d'autant qu'au point de vue spécial qui nous occupe, cette première tentative de paracentèse du péricarde avait été médiocrement encourageante. Il avait, en effet, fallu faire la ponction à deux reprises différentes. La première avait pénétré dans une masse de matière de nature hétérologue qui, remplissant le médiastin dans une épaisseur de six pouces, avait envahi et transformé le sternum, la partie interne des quatre côtes supérieures et de la clavicule, s'attachait aux vertèbres, adhérait fortement aux poumons, et embrassait les gros vaisseaux, la trachée, etc. Cette première ponction n'avait donné issue qu'à une très-petite quantité de sérosité sirupeuse et sanguinolente. Après des tentatives prolongées et inutiles, on retira la canule, et l'on se décida à pratiquer la seconde ponction dans l'espace intercostal situé immédiatement audessous de celui par lequel on avait d'abord pénétré. Cette fois on obtint une certaine quantité de sérosité rougeâtre; mais le soulagement éprouvé par le malade n'avait été que de courte durée.

Toutefois, de ce fait ressortait un enseignement considérable; car cette expérience décisive prouvait que la paracentèse du péricarde ne devait pas être reléguée parmi ces hardiesses qu'excuse à peine le succès.

L'année suivante, le docteur Heger, un des élèves du savant professeur de Vienne, pratique cette opération dans un cas où l'hydropéricarde, dégagé d'aussi rares complications, est lié à d'autres états pathologiques qui, ainsi que je vous le dirai tout à l'heure et ainsi que l'a établi Aran, coïncident le plus habituellement avec cette maladie.

L'observation du docteur Heger, publiée en 1842 dans un journal allemand, mérite de vous être rapportée.

Le malade était un cordonnier âgé de dix-neuf ans. Il faisait remonter à environ six semaines le début des accidents qui l'amenaient à l'hôpital. Il se plaignait d'une dyspnée qui, d'abord peu intense, avait acquis une telle violence, que le 1^{er} juillet 1841 (jour de son entrée à l'hôpital) la suffocation semblait imminente.

On constatait l'état suivant : Le visage pâle, un peu œdémateux, exprime l'angoisse; la respiration est courte, accélérée, pénible, haletante. Le malade se tient à demi assis. S'il essaye de se tourner du côté gauche, il ressent un

point de côté, et la dyspnée est plus vive; l'expectoration est constituée par un mucus épais et jaunâtre. A la percussion, sous tout le sternum jusqu'au delà de son bord droit, à la portion antérieure du côté gauche du thorax, de la seconde côte à la région épigastrique, et latéralement à partir du bord gauche du sternum jusque dans une étendue de six pouces, matité complète. Au-dessous de la clavicule gauche, le long de l'omoplate et dans le creux axillaire, son clair; en arrière, du même côté, son tympanique. Dans toute la portion antérieure du côté droit jusqu'à la sixième côte, son clair; son obscur à partir de la quatrième côte, latéralement. En arrière, matité croissante à mesure qu'on descend vers la partie inférieure du côté droit; sonorité tympanique à gauche; saillie du foie qui descend de deux travers de doigt dans l'hypochondre; voussure de la région précordiale.

L'impulsion du cœur est imperceptible; ses bruits sont très-obscurs. Dans la région sternale inférieure, on entend un bruit de frottement difficile à distinguer au milieu des râles muqueux. Dans toute la portion gauche de la poitrine, la respiration est rude; il y a du bruit expiratoire, des râles muqueux et sibilants. A droite, de gros râles muqueux en bas et en avant; pas de bruit respiratoire en arrière.

Le malade a un peu d'appétit, sa soif est presque nulle; sa langue est sale; la chaleur de sa peau normale; son pouls est à 112, petit et irrégulier; il n'a ni diarrhée ni constipation; son urine est rouge et foncée. Il accuse une sensation de pression à l'épigastre et des douleurs à la région précordiale quand il s'appuie du côté gauche.

Le diagnostic fut : épanchement considérable dans le péricarde, survenu à la suite d'une péricardite, comprimant le lobe inférieur du poumon gauche; épanchement peu abondant dans la plèvre droite, avec infiltration du parenchyme pulmonaire consécutive à la pleuro-pneumonie; catarrhe bronchique généralisé.

Les moyens les plus énergiques essayés pour provoquer la résorption du liquide donnèrent quelque soulagement; le pouls devint moins irrégulier. La percussion montrait que l'infiltration du lobe droit inférieur avait diminué; mais l'hydropéricarde restait le même. Le malade s'amaigrissait. Les préparations mercurielles, qui avaient fourni les résultats les plus avantageux, furent inutilement poussées à des doses plus élevées, et ne déterminèrent ni diarrhée ni salivation.

Le 3 août, un mois après l'entrée de cet homme à l'hôpital, on constatait un commencement d'ascite. La ponction du péricarde fut décidée et pratiquée le surlendemain par M. le docteur Heger. On choisit dans le cinquième espace intercostal un point éloigné d'environ deux pouces du bord gauche du sternum, où le bruit de frottement ne se faisait pas entendre, et où l'on courait moins de risque de blesser l'artère mammaire interne et les gros vaisseaux. Il s'écoula d'abord lentement 12 grammes environ d'une sérosité rougeâtre. Ni l'introduction d'une sonde, ni l'emploi d'une pompe aspirante ne purent

rendre le jet continu ; on obtint un écoulement plus actif, en engageant le malade à retenir l'air dans sa poitrine et à faire effort, et en exerçant une forte pression avec la main sur l'épigastre. Le liquide ne coulait par jet que sous l'impulsion de la systole ; la totalité de la sérosité ainsi obtenue, d'un brun rouge assez clair, et plus tard floconneux, fut de plus de 1500 grammes. Pendant l'opération, le pouls était à 112, petit ; on sentait par intervalles le frottement du cœur sur la canule ; il ne pénétra pas une bulle d'air dans le péricarde. Presque aussitôt après la ponction, il y eut un soulagement notable : le diaphragme était remonté, la voussure était moindre, le son plus clair dans le deuxième espace intercostal et le long du bord externe de l'omoplate ; le bruit de frottement avait disparu. Cependant la matité faisait supposer la présence d'environ 7 à 800 grammes de liquide. La plaie fut recouverte de diachylon, et l'on appliqua sur le côté des compresses imbibées d'eau glacée pour prévenir une trop vive réaction.

A trois heures de l'après-midi, il y eut du frisson, de l'accélération de la respiration, mais pas de toux. Le pouls était à 104. La nuit fut agitée ; il y eut de la toux et une douleur insignifiante à la plaie.

Le lendemain, on notait : respiration courte, fréquente ; accès de toux, expectoration muqueuse ; pouls à 112 ; constipation ; matité à gauche du tiers inférieur du thorax, râles sous-crépitants nombreux, bruit de frottement dans la portion inférieure du sternum. On fit faire une saignée pour combattre la pneumonie du lobe gauche ; le sang était fortement couenneux.

Jusqu'au 10 août, l'épanchement du péricarde augmenta ; le son redevint mat dans le second espace intercostal, le bruit de frottement s'effaçait, les bruits du cœur étaient plus sourds, la fièvre était plus vive, l'amaigrissement plus inquiétant, et l'on craignait le développement de tubercules.

Pendant la semaine suivante, l'état général s'améliora ; la pneumonie gauche était en voie de résolution, mais il s'était formé un épanchement dans la plèvre du même côté.

Le 17, l'épanchement avait diminué à droite, mais augmenté à gauche ; le pouls était à 120-124, petit, irrégulier. Il y avait de l'œdème des deux malléoles et de la jambe gauche. La dyspnée était croissante, et il s'ajoutait de l'agitation. Quatre jours après, cet œdème était plus considérable, et le malade se retrouvait dans le même état local que le jour de son entrée, mais la cachexie était bien plus menaçante.

Une nouvelle ponction du péricarde fut faite, le 22, au même point que la première fois : il s'écoula par gouttes un liquide d'un rouge foncé ; le jet ne devint pas continu, malgré tous les efforts. Le patient restant couché sur le bord de son lit, la canule fut laissée en place pendant deux heures pleines, de manière que la sérosité pût être recueillie. On obtint en tout à peine 400 grammes d'un liquide d'un rouge bleuâtre et trouble. La canule fut remplacée par une sonde de caoutchouc fixée solidement, et fermée à son extrémité libre par une valvule mobile de vessie de porc. L'écoulement dura de onze heures du matin

à trois heures de l'après-midi, et sa quantité put être estimée très-imparfaitement à environ 500 grammes. Après la ponction, la matité persistait, mais on percevait plus distinctement les mouvements et les bruits du cœur. L'individu, épuisé par la longueur de l'opération, n'éprouva pas de soulagement ; son pouls était à 116. Il y eut du frisson à cinq heures du soir ; on enleva la sonde, et l'on constata de nouveau une pneumonie du côté gauche avec bronchophonie, souffle, râles et crachats caractéristiques. Cette pneumonie était entrée en résolution quarante-huit heures après, mais la respiration était rude.

Le 29, l'épanchement avait notablement diminué et se résorba graduellement jusqu'au 1^{er} septembre. A cette époque, le bruit de frottement péricardique, qui était revenu, avait cessé. Le son était presque normal jusqu'au niveau du mamelon gauche et dans le creux axillaire ; il était tout à fait clair dans les deux premiers espaces intercostaux en avant. L'œdème était insignifiant, la toux modérée, la respiration presque normale, et cependant le malade allait toujours s'amaigrissant.

Le 4 septembre, il y avait de la diarrhée, de l'œdème des extrémités inférieures et de la face, prédominant à gauche ; le son, en avant et en haut du même côté, était redevenu tympanique.

Le 11, l'épanchement pleural gauche avait fait d'énormes progrès. Une matité absolue remontait jusqu'à l'aisselle. La respiration bronchique énorme s'étendait en arrière ; en avant, la respiration était dure, sifflante. On ne put s'assurer avec quelque précision de la mesure de l'épanchement du péricarde. L'anasarque occupait tout le corps, l'ascite remontait à un demi-pouce au-dessous de l'ombilic ; la dyspnée était extrême, la peau froide et livide, l'asphyxie de plus en plus menaçante, le pouls impossible à compter. Le malade succomba le lendemain aux progrès des accidents.

A l'autopsie, on trouva le poumon gauche libre dans la cavité thoracique, le droit maintenu par de fortes adhérences celluloso-fibreuses ; la plèvre gauche contenait 8 à 9 livres, la droite 5 livres de sérosité brunâtre. Le poumon droit, refoulé le long du rachis, était légèrement comprimé. Le lobe inférieur était bleuâtre, sec ; le supérieur, infiltré d'une sérosité spumeuse ou sans air. Le poumon gauche, également refoulé et comprimé, avait subi les mêmes altérations, si ce n'est qu'on trouvait une *caverne tuberculeuse*, environnée d'un dépôt de *tubercules crus*. Le péricarde adhérait aux côtes par sa paroi antérieure, de la deuxième à la sixième côte. Dans le médiastin antérieur, il y avait des *ganglions tuberculeux*. Le péricarde avait une épaisseur de plusieurs lignes ; il adhérait au cœur dans la plus grande partie en avant et en arrière, et contenait plusieurs onces d'un liquide jaunâtre et floconneux. Un examen attentif permettait de distinguer trois couches déposées sur le péricarde, dont la moyenne subissait une dégénérescence tuberculeuse. Le cœur était gros, flasque ; ses ventricules dilatés contenaient un coagulum noirâtre et mou. Il y avait un épanchement ascitique. Le foie était brunâtre, hypertrophié.

Messieurs, ce qui frappe dans cette observation, c'est de voir les deux épanchements pleural et péricardique marcher presque de pair, comme chez le jeune homme pour lequel j'ai été forcé de pratiquer successivement la paracentèse de la poitrine et celle du péricarde. La phlegmasie du péricarde se développe lentement, presque sans acuité, elle est sans violente réaction inflammatoire à son début ; les symptômes ne s'accroissent que successivement, et à aucune période ils n'ont l'intensité des péricardites d'une acuité bien marquée. En revanche, l'épanchement est considérable comme il arrive dans l'hydropéricarde et dans l'hydrothorax. L'œdème chronique du poumon, l'anasarque d'abord limitée aux extrémités inférieures, l'épanchement ascitique, sont un accompagnement presque obligé du trouble de la circulation, et nous n'avons lieu de nous étonner ici, ni de leur invasion, ni de leur durée.

C'est avec intention que j'ai insisté sur l'existence des symptômes de la tuberculisation pulmonaire pendant la vie, sur l'existence des lésions caractéristiques de cette maladie après la mort. C'est qu'en effet, ce sont là les complications auxquelles je faisais allusion plus haut, en disant que ce sont celles qui coïncident le plus habituellement avec l'hydropéricarde. Vous vous rappelez ce que je vous ai signalé dans nos conférences sur l'hydrothorax, que les épanchements pleurétiques considérables, à marche chronique et latente, étaient bien souvent une manifestation de la diathèse tuberculeuse, en ce sens qu'ils affectaient des individus, qui, tout en ne présentant encore aucun signe de la tuberculisation, succombaient plus tard à une affection tuberculeuse, que cette affection eût ou non son siège dans l'appareil respiratoire. Je vous ai cité, à ce sujet, l'exemple du fils de notre confrère M. le docteur Thillaye, qui, quelques mois après avoir subi la ponction de la poitrine pour un épanchement pleurétique considérable dont il avait guéri, mourut d'une méningite tuberculeuse. Eh bien ! messieurs, il semble qu'il en soit de même de l'hydropéricarde. C'est là du moins une opinion émise par mon regrettable confrère Aran. Son expérience personnelle, l'étude attentive de faits publiés par d'autres, avaient amené mon savant collègue à ces conclusions, que l'hydropéricarde à marche chronique et latente coïncidait généralement avec l'existence de la maladie tuberculeuse, et que ces hydropéricardes, que l'on pourrait désigner alors sous le nom de symptomatiques, étaient généralement aussi ceux dans lesquels l'épanchement prenait des proportions assez considérables pour nécessiter la paracentèse.

Pour terminer ce qui a trait à cette revue historique de la paracentèse du péricarde, je vous rappellerai que M. le docteur Mérat mentionne (1) deux cas de guérison obtenus par le docteur Remero (de Barcelone), et je vous citerai aussi, seulement pour mémoire, le docteur Bowditch (de Boston), qui a pratiqué cette opération dans des cas désespérés, également avec succès.

J'ajouterai que dans une discussion soulevée au sein de la Société de médecine

(1) *Dictionnaire des sciences médicales.*

des hôpitaux de Paris à propos d'un fait communiqué par M. le docteur Béhier, M. le docteur H. Roger rapportait avoir vu, lors de son voyage en Allemagne, le professeur Skoda pratiquer une ponction du péricarde qui fut suivie du plus heureux résultat.

Enfin, messieurs, Aran a eu deux fois l'occasion de faire cette opération.

Une première fois, à la fin de l'année 1853 ou au commencement de 1854, avant l'époque où je l'avais pratiquée moi-même sur le second malade dont il a été question au commencement de cette leçon, il la tenta, mais il n'osa pas l'achever. Après avoir incisé les parois du thorax et au moment où il arrivait sur le péricarde, Aran ne voulut pas aller plus loin. En sentant le cœur battre immédiatement sous son doigt porté profondément dans la plaie de son bistouri, il craignit de le toucher et renonça à la ponction.

Qui, en cette circonstance, aurait osé blâmer le médecin de cet excès de prudence ? L'expérience avait été rarement tentée, et celles qu'on avait faites en France étaient peu encourageantes. A quelque degré de certitude que soit arrivé, à notre époque, le diagnostic des épanchements péricardiques, ce diagnostic est encore assez difficile pour qu'on n'ait pas à redouter de s'être trompé, et la forme spéciale qu'affecte la matité dans la péricardite, bien différente de la matité arrondie due à l'hypertrophie cardiaque, est un signe assez peu certain. Ne pouvait-on pas avoir présent à l'esprit un fait, entre plusieurs, bien propre à démontrer combien, même pour les plus habiles, l'erreur est quelquefois inévitable ?

En 1841 ou 1842, alors qu'il faisait l'intérim du service de M. le professeur Rostan, M. le docteur Vigla, aujourd'hui médecin de l'Hôtel-Dieu, trouva dans ses salles un jeune homme dans un état de dyspnée voisin de l'asphyxie. Ce malade était incapable de donner aucun renseignement, on savait seulement qu'il sortait de l'hôpital du Midi. Il portait les cicatrices d'une application récente de sangsues sur la région précordiale. L'habitude extérieure, l'expression de la physionomie, déposaient en faveur d'une maladie récente.

En examinant ce jeune homme aussi complètement que sa situation permettait de le faire, M. Vigla trouva les poumons exempts de lésions appréciables ; mais à la région du cœur, il y avait une matité énorme ; absence complète de battements, absence de bruits normaux ou anormaux, avec cela une petitesse et une fréquence extrêmes du pouls. Le diagnostic de tous ceux qui virent le malade fut : épanchement considérable de liquide dans le péricarde, d'une origine récente et de cause inflammatoire.

L'imminence d'une mort certaine nécessitait une intervention prompte et décisive, la paracentèse paraissait seule devoir remplir l'indication, on pria Roux de vouloir bien la pratiquer.

Roux procéda avec une excessive précaution, en employant l'incision de préférence à la ponction ; l'événement démontra qu'il avait sagement fait d'en agir ainsi. Le thorax ouvert, et une fois le chirurgien arrivé sur le péricarde,

il sentit et fit sentir le cœur qui battait immédiatement sur le doigt plongé dans la plaie, et un léger frottement de l'organe sur sa membrane d'enveloppe, sans qu'on reconnût la moindre fluctuation. On suspendit l'opération, attendant la mort que rien, désormais, ne pouvait prévenir.

Le malade, qui, sans avoir été soumis aux inhalations d'éther ou de chloroforme, dont on ne connaissait point alors les propriétés, avait à peine eu conscience de ce qu'on lui faisait, succomba tranquillement par les progrès de l'asphyxie.

A l'autopsie, on trouva une dilatation *phénoménale* (ce sont les expressions de M. Vigla) avec amincissement des parois du cœur; il n'y avait pas de lésions valvulaires, il n'y avait pas de sérosité dans le péricarde.

Le fait suivant qui s'est passé sous vos yeux vient encore à l'appui de ce que je tiens à bien établir : Une jeune femme entra, au mois de novembre 1862, dans mon service à l'Hôtel-Dieu, au n° 12 de la salle Saint-Bernard; récemment accouchée de son quatrième enfant, elle se plaignait de respirer avec peine. Il existait en effet de la dyspnée, le visage était pâle, les lèvres bleuâtres, le regard anxieux; il y avait de l'œdème des extrémités inférieures; le pouls était petit, mais régulier. L'étendue de la matité dans la région précordiale et la douleur très-vive éprouvée par la malade chaque fois que l'on percutait cette région témoignaient de l'existence d'une affection cardiaque. Depuis longtemps cette jeune femme souffrait de battements de cœur, le moindre effort lui donnait de l'oppression; elle disait avoir eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu. L'affection du cœur était complexe; la matité considérable de la région précordiale, des battements sourds et comme éloignés, de plus un bruit de souffle râpeux au premier temps et à la base se prolongeant dans les vaisseaux du cou, la petitesse du pouls; tous ces signes m'autorisaient à penser qu'il y avait épanchement de sérosité dans le péricarde, et en même temps rétrécissement de l'orifice aortique; M. Barth, qui voulut bien, à ma demande, examiner cette malade, partageait mon opinion; de plus il pensait qu'il existait peut-être des caillots dans le cœur. Nous trouvions en outre les signes d'une bronchite généralisée et d'un épanchement pleural peu abondant du côté gauche. Fallait-il pratiquer la paracentèse du péricarde? nous hésitâmes. Le lendemain l'oppression était moins grande, la matité moins étendue, la percussion moins douloureuse; au bout de quelques jours, l'épanchement pleural était résorbé en grande partie, et peu à peu il y eut une telle amélioration dans l'état général, que la malade, malgré nos conseils, voulut sortir de l'hôpital au commencement de décembre, c'est-à-dire un mois à peine après son entrée dans notre service.

Huit jours plus tard, elle rentra à l'Hôtel-Dieu. A la suite d'un peu de fatigue son oppression était redevenue extrême; son pouls était petit, irrégulier, et, bien que la matité cardiaque fût toujours considérable, le bruit de souffle au premier temps et à la base paraissait plus superficiel; bientôt la dyspnée augmenta, l'œdème des membres inférieurs fit des progrès; le pouls

n'était plus appréciable aux artères radiales, à peine pouvait-il être senti sur le trajet des carotides; les extrémités se refroidissaient, l'oppression était de plus en plus grande: cet état d'agonie dura deux jours, et la malade succomba dans une syncope.

L'autopsie démontra l'existence d'une péricardite, on retrouvait encore des fausses membranes, de formation récente, flottant dans une petite quantité de sérosité. Le cœur offrait une hypertrophie considérable qui, à elle seule, rendait compte de l'étendue extrême de la matité dans la région précordiale.

L'orifice aortique était tellement rétréci par des dépôts calcaires, qu'il pouvait à peine livrer passage à un tuyau de plume d'oie.

Dans la plèvre du côté gauche, il y avait encore un peu d'épanchement avec des fausses membranes celluleuses; les deux poumons étaient œdémateux dans leurs portions postérieure et inférieure; de plus, les bronches étaient engouées par d'abondantes mucosités, sans que la membrane muqueuse bronchique présentât les traces manifestes d'une inflammation récente.

Ce qu'il importe de faire remarquer, dans ce cas, c'est que l'épanchement du péricarde n'avait jamais été aussi considérable qu'on l'avait supposé, puisque l'étendue extrême de la matité cardiaque pouvait être presque entièrement rapportée à l'énorme hypertrophie du cœur. La faiblesse et l'éloignement des battements du cœur résultaient de la faiblesse de contraction de l'organe, et non de la présence d'une couche épaisse de sérosité interposée entre le cœur et la paroi thoracique.

Les deux exemples que je viens de vous rapporter prouvent donc qu'on ne saurait toujours affirmer l'existence d'un épanchement considérable dans le péricarde, lors même que l'on a constaté la plupart des signes de cet épanchement, et, partant, qu'on devra toujours procéder avec une extrême prudence dans le manuel opératoire lorsqu'on croira la paracentèse indiquée.

Le malade d'Aran avait succombé aux progrès de l'asphyxie, occasionnée par l'hydro-péricarde. A l'ouverture du cadavre, on avait trouvé l'épanchement diagnostiqué pendant la vie, épanchement assez considérable pour qu'on eût pu faire la ponction sans crainte de blesser le cœur; et les seules lésions concomitantes étaient quelques granulations tuberculeuses de la plèvre. Évidemment ici l'opération offrait de grandes chances de succès, aussi Aran se promit-il, le cas échéant, de ne plus laisser échapper l'occasion. Elle ne se fit pas longtemps attendre.

Dans la séance du 6 novembre 1855, notre regretté collègue lisait à l'Académie de médecine une observation de *péricardite avec épanchement, traitée avec succès par la ponction et l'injection iodée*. Je vais vous rapporter cette observation telle qu'elle a été publiée à cette époque (1).

« Le malade qui fait l'objet de cette communication, dit Aran, est un jeune homme de vingt-trois à vingt-quatre ans, fondeur en métaux. D'une constitu-

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXI, p. 142.