

tion assez chétive et assez délicate, ce malade n'a jamais eu de sa vie d'autre affection grave qu'une pleurésie du côté gauche avec épanchement abondant, pleurésie pour laquelle il est resté un mois dans mon service à la fin de l'année 1854. Sorti de l'hôpital Saint-Antoine en assez bon état, le 21 novembre dernier, il s'est aperçu, un mois après, d'une douleur vers la troisième ou quatrième côte gauche, avec un peu d'oppression et quelques palpitations de cœur en travaillant. Cette douleur a persisté jusqu'à la belle saison, les chaleurs en ont fait justice. Ce jeune homme se trouvait par conséquent assez bien portant, lorsque, vers le milieu de juillet dernier, il a été pris de fièvre, de céphalalgie, de courbature, mais surtout de douleur au-dessous du mamelon gauche, de palpitations de cœur et de dyspnée.

» A son entrée dans mon service, le 27 juillet, il ne pouvait y avoir de doute sur l'existence d'une péricardite avec abondant épanchement. D'une part, le malade était en proie à un état fébrile très-violent (chaleur intense à la peau, céphalalgie, soif vive, 116 pulsations); de l'autre, les signes locaux étaient des plus caractéristiques : douleurs lancinantes dans le quatrième et le cinquième espace intercostal gauche, en avant, augmentant par la pression; sensibilité également très-vive à l'épigastre sous la pression de la main; matité précordiale considérablement augmentée, commençant supérieurement au-dessus de la troisième côte, s'étendant en dedans jusqu'à la ligne synchondrosternale droite, mesurant enfin 12 centimètres verticalement et 14 centimètres transversalement; impulsion du cœur très-difficile à percevoir; bruits du cœur sourds et éloignés.

» La constitution chétive de ce malade, l'époque déjà ancienne à laquelle avaient probablement commencé les accidents du côté du cœur, ne m'encourageaient pas à employer chez lui un traitement antiphlogistique bien énergique. Il avait d'ailleurs du dévoiement depuis huit jours, et l'état un peu douteux de la poitrine, dans laquelle l'oreille percevait, principalement du côté gauche, des râles sibilants disséminés, ne m'engageait pas davantage à faire usage des émissions sanguines d'une manière un peu large. Je m'en tins donc à l'application de six ventouses scarifiées le premier jour, à l'administration du calomel à petites doses à l'intérieur, et, afin de hâter la salivation, je prescrivis des frictions mercurielles trois fois par jour sur la partie antérieure de la poitrine.

» Cette médication n'eut aucun succès. Vainement je la fis aider par l'application successive de deux larges vésicatoires volants sur la région précordiale. Non-seulement les accidents ne furent pas arrêtés, mais l'épanchement faisait tous les jours du progrès, et avec lui la gêne de la respiration et de la circulation. Trois jours ne s'étaient pas écoulés que le pouls devenait faible, irrégulier, inégal et extrêmement fréquent. Il y eut même un moment où le pouls était en discordance complète avec les bruits du cœur perçus à la région précordiale; je continuai les mercuriaux avec persévérance, mais à peine si je parvins à influencer légèrement les gencives.

» Le caractère de plus en plus menaçant des accidents me mit bientôt dans la nécessité de prendre un parti. Le 7 août dernier, à la visite du matin, j'appris que la journée de la veille et la nuit précédente avaient été affreuses; le malade avait failli suffoquer, et avait passé la nuit assis dans son lit. Il avait 40 respirations, et le pouls, irrégulier, intermittent, inégal, extrêmement fréquent, battait 120 fois à la minute. Cette gêne de la respiration et de la circulation n'était que trop expliquée par les signes locaux : la matité s'était étendue, en dehors et à droite du sternum, de 4 centimètres, et mesurait de 14 à 16 centimètres dans le sens transversal, 12 centimètres dans le sens vertical; silence complet des bruits du cœur inférieurement; absence d'impulsion; refoulement du foie de haut en bas, à gauche et sur la ligne médiane.

» Que faire? Continuer les mêmes moyens? Mais leur insuccès était certain. Recourir à l'emploi des antiphlogistiques? Mais la faiblesse du malade constituait une contre-indication formelle; et, d'ailleurs, il fallait apporter à son état un soulagement immédiat, sous peine de le voir périr en quelques heures. Je me décidai à ponctionner le péricarde.

Aran choisit le procédé qui consiste à pénétrer à travers le quatrième ou le cinquième espace intercostal, au moyen d'un trocart, jusque dans la cavité du péricarde, procédé qui, vous vous le rappelez, avait été employé par M. le professeur Jobert chez le malade de notre service.

« Cependant, continue Aran, je n'étais pas sans inquiétude sur le résultat d'une ponction pratiquée avec un trocart ordinaire, et, afin de prévenir un malheur possible, je substituai, comme je l'ai déjà fait avec succès pour la ponction des kystes hydatiques du foie, je substituai, dis-je, un trocart capillaire au trocart ordinaire. De cette manière, je me sentais plus fort, convaincu qu'une ponction des parois du cœur avec un trocart capillaire ne serait pas suivie d'une hémorrhagie immédiatement mortelle dans le péricarde. Mais n'y avait-il pas moyen de se mettre plus sûrement encore à l'abri de ce grave accident? C'est ce à quoi je pensais pouvoir arriver avec les précautions suivantes.

» La circonférence du péricarde fut circonscrite par une série de lignes concentriques de percussion aboutissant vers le cœur des divers points de la poitrine, et la forme de la matité, ainsi dessinée avec soin, je cherchai à limiter avec l'oreille la zone dans laquelle le silence des bruits du cœur était complet, celle où l'on commençait à les percevoir, et celle où on les entendait d'une manière très-nette. Complètement éteints dans la partie inférieure de la matité, reparaissant, mais sourds et éloignés, dans le quatrième espace intercostal, en dedans du mamelon, les bruits du cœur cessaient dans une zone assez étendue dans laquelle on pouvait, à la rigueur, plonger le trocart d'avant en arrière sans courir le risque d'intéresser le cœur. Pour plus de sûreté, je choisis dans le cinquième espace intercostal, à 2 ou 3 centimètres de la limite externe de la matité, un point au niveau duquel j'incisai la peau avec une lancette, et, enfonçant lentement le trocart de dehors en dedans et un peu de bas

en haut, j'arrivai en deux temps, après avoir retiré le stylet intérieur une première fois sans voir sortir du liquide, j'arrivai, dis-je, dans le péricarde, et l'écoulement saccadé du liquide dans les premiers instants ne nous laissa aucun doute à cet égard.

» Cette ponction avait été faite en moins de temps certainement que je n'ai mis à la décrire; mais ceux-là seuls qui pratiquent cette opération pour la première fois comprendront l'anxiété que j'ai éprouvée dans les premiers instants et la satisfaction très-vive, le soulagement extrême que j'ai ressenti en voyant s'échapper le liquide. Nous retirâmes par le trocart environ 350 grammes d'une sérosité rougeâtre, transparente. Le liquide coula d'abord par jets saccadés, puis en bavant; mais le malade nous aidait à évacuer le liquide par des efforts qu'il prolongeait autant que possible tant le soulagement était marqué. La percussion suivait l'abaissement de la matité à mesure que le liquide coulait, et l'auscultation faisait percevoir des bruits du cœur de plus en plus nets, sans frottement; le pouls lui-même devenait plus plein, plus régulier et moins fréquent; de 120 pulsations il était descendu à 96 pulsations par minute.

» J'aurais pu m'en tenir à une seule ponction palliative; je pensai que je pouvais tenter davantage pour le malade, et fort des succès que j'avais obtenus dans la pleurésie, je pratiquai avec précaution une injection iodée composée de 50 grammes d'eau, de 15 grammes de teinture d'iode, et 4 grammes d'iodure de potassium. Je n'étais certainement pas rassuré au sujet de cette injection. Qu'allait-il advenir? Que n'a-t-on pas dit, en effet, de la sensibilité excessive du péricarde? Contre toute attente, l'injection ne fut pas même sentie; après l'avoir conservée quelques instants dans le péricarde, je laissai sortir quelques grammes de liquide, et je fermai la plaie avec des compresses graduées et un bandage de corps.

» Les suites de cette ponction furent des plus simples; mais le liquide se reproduisit, et avant peu le malade avait perdu en grande partie ce qu'il avait gagné à l'opération. La respiration devint plus gênée, le pouls plus fréquent et irrégulier; la matité, qui avait paru d'abord diminuer, augmenta surtout dans le sens transversal; voussure très-évidente; battements du cœur très-profonds. Bref, le 19 août, douze jours après la première ponction, j'en pratiquai une deuxième, également dans le cinquième espace intercostal, et en suivant exactement le même procédé. Je donnai issue ainsi à 1350 grammes d'un liquide verdâtre fortement albumineux, rappelant la bile par sa coloration; ce liquide coula, comme dans la première ponction, par jets saccadés en commençant, et plus tard en bavant. Le malade soulagé par l'écoulement du liquide, nous aidait par des efforts qu'il fallait réprimer, dans la crainte de laisser pénétrer l'air dans le péricarde; il y pénétra cependant après l'injection iodée, à laquelle nous donnâmes cette fois une plus grande force (eau distillée et teinture d'iode, de chaque 50 grammes; iodure de potassium, 4 grammes), et que nous laissâmes ressortir en presque totalité. Nous pûmes, par consé-

quent, constater chez notre malade l'existence de ce signe curieux de l'hydro-péricarde, dont nous devons la description à M. Bricbâteau, d'un excès de bruit de gargouillement, de clapotement analogue à celui que fait entendre une pompe brassant de l'eau et de l'air dans une même cavité. La région précordiale était aussi, après l'opération, le siège d'une sonorité tympanique très-évidente.

» Les suites de cette deuxième ponction furent non moins simples que celles de la première; mais le soulagement fut plus marqué encore, en quelques heures le bruit de gargouillement et de sonorité tympanique avait disparu du péricarde. Mais l'épanchement avait commencé à se produire dès le soir même de l'opération. Jusqu'au 21 août, la matité paraissait en voie d'extension; le 22, elle resta stationnaire, et à partir du 23 elle commença à diminuer, surtout transversalement et par en bas. Bientôt les bruits commencèrent à être perçus, quoique faibles, à la pointe du cœur, et à dater du 28 août la matité ne dépassait pas la ligne médiane en dedans, le mamelon en dehors, la troisième côte supérieurement.

» Malgré cette marche, en apparence si favorable de la maladie, ce jeune homme n'était pas au bout des dangers qu'il devait courir. L'affection de poitrine dont il était atteint à son entrée à l'hôpital ne restait pas stationnaire, et à mesure que les accidents paraissaient se calmer du côté du cœur, les signes d'une tuberculisation pulmonaire devenaient de plus en plus évidents, principalement dans le poumon gauche, vers lequel nous avions noté, dans les premiers temps, des signes de phlegmasie. Ce n'est pas tout: vers la fin de septembre, de l'œdème se montra autour des malléoles, et les jours suivants l'enflure envahit le scrotum, les membres inférieurs, les parois thoraciques et abdominales.

» Grâce à sa jeunesse, et probablement aussi grâce à l'emploi des vésicatoires volants appliqués en très-grand nombre sur la poitrine, ainsi que des bains de vapeur, l'œdème a complètement disparu depuis la fin d'octobre. Peu à peu également les phénomènes thoraciques ont paru s'amender; les forces sont revenues avec l'appétit; la respiration a repris sa liberté, et sauf de la toux, qui persiste encore la nuit, le malade pourrait se croire entièrement guéri d'une affection qui l'avait conduit aux portes du tombeau. Ai-je besoin d'ajouter que les signes physiques de la tuberculisation pulmonaire persistent encore au milieu de l'amendement survenu dans l'état général et local de ce malade?... »

Je n'ai pas craint, messieurs, d'abuser de votre patience en vous rapportant tout entière cette observation à tous égards si remplie d'intérêt; ce n'est pas d'ailleurs le seul fait de ponction du péricarde qu'Aran ait eu à enregistrer; peu de temps avant sa mort il me disait que déjà il avait pratiqué trois fois cette opération, et trois fois avec succès.

Ces observations, celles qui me sont personnelles, celles enfin que l'on pourrait probablement ajouter aujourd'hui, démontrent péremptoirement que

la paracentèse du péricarde n'entraîne aucun de ces périls imaginaires devant lesquels les expérimentateurs ont reculé si longtemps.

Si ce n'étaient les difficultés que présente le diagnostic de l'hydropéricarde, difficultés bien autrement sérieuses que celles que présente le diagnostic de l'hydrothorax lui-même en quelques cas, si ce n'étaient ces difficultés de diagnostic, la ponction du péricarde serait une opération aussi simple, aussi facile que la paracentèse du thorax ou de l'abdomen. Bien plus, la ponction de la poitrine, quelque exempte qu'elle soit de dangers dans la majorité des circonstances, pourrait même plutôt inspirer des craintes et donner lieu à des accidents consécutifs.

Non-seulement la paracentèse du péricarde est exempte de périls, mais l'expérience semble suffisamment établir l'innocuité de la méthode des injections comme moyen à employer pour la cure radicale de l'hydropéricarde. Ainsi se trouvent réalisées les prévisions de Richerand, à qui appartient la première idée d'appliquer au traitement des épanchements du péricarde ce qui, journellement usité pour le traitement de l'hydrocèle, a été depuis étendu au traitement de l'hydrothorax, de l'ascite, des épanchements articulaires. Dans son *Traité clinique des maladies du cœur* (1), sans oser se prononcer définitivement sur la question de la paracentèse du péricarde et sur la valeur des injections iodées, M. le professeur Bouillaud émettait déjà cette opinion, que « l'on s'est peut-être exagéré les dangers de la péricardite à laquelle il faudrait donner lieu pour obtenir l'adhérence réciproque des feuillets opposés du péricarde, seul moyen de prévenir le retour de l'amas de sérosité à laquelle on aurait ouvert une issue par la ponction ; » et il ajoute que « la péricardite, provoquée par des injections irritantes, serait aussi simple que possible. »

Quelques mots, maintenant, messieurs, sur l'opération elle-même.

On a proposé plusieurs *lieux d'élection* pour pénétrer dans le péricarde. Senac, Skielderup et Laennec, ainsi que je vous l'ai dit, recommandaient la méthode qui consiste à trépaner le sternum au-dessus de l'appendice xiphoïde, et pour mieux préciser, au-dessous du point où vient se fixer le cartilage de la cinquième côte.

Larrey croyait plus facile et plus commode de faire la ponction entre le bord de l'appendice xiphoïde et le cartilage de la huitième côte du côté gauche. En portant ainsi l'instrument de bas en haut et un peu à droite, on arriverait plus sûrement, suivant lui, dans le péricarde, et l'on donnerait plus de facilité à l'écoulement du liquide. Ce procédé m'avait d'abord paru plus rationnel : mais en songeant que, ainsi que l'ont fait justement observer les chirurgiens, on pourrait risquer de rencontrer une branche artérielle quelquefois assez forte qui se détache de la mammaire interne pour gagner l'appendice ensiforme ; en songeant en outre que, suivant la remarque de M. le professeur Velpeau, chez les sujets dont l'œdème ou l'embonpoint est assez prononcé pour empê-

(1) Deuxième édition, Paris, 1844, t. II, p. 463.

cher la peau de toucher immédiatement le cartilage et l'appendice, il serait possible que l'instrument ne fût pas porté dans une bonne direction pour rencontrer le péricarde sans danger, j'ai renoncé à cette méthode.

Le lieu d'élection que je crois préférable est celui que vous avez vu choisir à M. Jobert et à moi chez nos deux malades : c'est le quatrième et le cinquième espace intercostal. Les précautions prises par Aran et indiquées dans son observation sont utiles ; à l'occasion vous ferez bien de mettre ses préceptes à profit.

La ponction peut être faite soit directement avec le trocart, soit en incisant couche par couche avec le bistouri les parois thoraciques et le péricarde, soit enfin par le procédé mixte d'une incision préalable des couches superficielles et d'une ponction avec le trocart, qui traverse les parties sous-jacentes.

Je conviens que la ponction avec le trocart présente quelque chose de plus séduisant que l'incision avec le bistouri, par la simplicité du manuel opératoire. Mais, je vous le répète, le diagnostic de l'hydropéricarde n'est pas toujours aussi facile qu'on le prétend ; je craindrais de m'exposer au danger de rencontrer le cœur en pratiquant une ponction directe. Je le craindrais d'autant plus qu'en admettant que l'on a réellement affaire à un épanchement dans le péricarde, il se peut que le cœur, au lieu de fuir devant l'instrument, se lance à sa rencontre, comme le dit très-bien Senac, et vienne s'embrocher. Même en me servant du trocart capillaire d'Aran, je serais encore loin d'être complètement rassuré à cet égard.

Le seul inconvénient que me paraisse avoir la ponction avec le bistouri, c'est de permettre au liquide épanché dans le péricarde de tomber en partie dans la plèvre, en s'écoulant entre les bords d'une plaie trop large et les parois de la canule qui plonge dans la cavité péricardique. Cet inconvénient est sans importance ; il est, en effet, démontré par les expériences sur les plaies de poitrine dont je vous ai longuement entretenus l'autre jour, que le sang épanché dans la cavité pleurale se résorbe très-rapidement, et qu'il en doit être ainsi d'un épanchement séreux.

Il n'y a donc aucun danger à laisser tomber dans la plèvre un liquide moins irritant encore que le sang lui-même. Remarquez bien que si la résorption du liquide dans la pleurésie ne se fait pas, c'est que, d'une part, la plèvre est encore enflammée, et que, d'autre part, elle est tapissée de fausses membranes qui s'opposent à l'absorption. Mais dans la plèvre saine les conditions sont bonnes pour l'absorption, ce qui fait que les accidents sont moins sérieux et que la guérison est plus sûre.

Aujourd'hui, si j'avais à faire la ponction du péricarde, je la modifierais peut-être dans le sens que je vais dire. — Je ferais l'incision de la peau immédiatement en dehors du sternum, et au niveau du cinquième, sixième ou septième cartilage sterno-costal, ayant égard, comme le conseille Aran, au point où la matité serait la plus grande, et où les battements du cœur seraient le plus difficiles à percevoir. Puis j'essayerais de pénétrer entre deux cartilages

le plus près possible du sternum. Je sais que, en ce point, les cartilages se touchent; mais, en se servant d'une spatule ou d'un levier quelconque qui pût atteindre le but proposé, j'écarterais un peu les deux bords des cartilages, et au besoin je n'hésiterais pas à en enlever quelques morceaux assez larges pour que la pulpe du doigt pût pénétrer jusqu'au sac péricardique. Le fait rapporté par M. Vigla prouve combien il est nécessaire de s'assurer par le toucher, que le cœur est suffisamment éloigné du point où l'on va faire la ponction du péricarde.

Cependant, messieurs, pour faciliter l'écoulement du liquide au dehors, ce qui est plus avantageux, il faut laisser quelque temps la canule du trocart dans le péricarde: mais il est sans profit d'essayer de diverses manœuvres qu'on a conseillées pour hâter cette évacuation; l'usage des pompes aspirantes n'est d'aucun secours, et complique d'une manière fâcheuse l'appareil opératoire; toutefois, et bien que la soupape à baudruche, telle que nous l'employons dans la paracentèse du thorax contre les épanchements pleuraux, paraisse ici d'une utilité contestable, il n'y a non plus aucun inconvénient à en munir l'extrémité libre de la canule.

Cette canule une fois introduite dans le péricarde, l'écoulement du liquide a lieu graduellement. Dans les cas qu'il a observés, Aran a vu le jet continu que ce liquide formait, être projeté quelquefois très-loin, par saccades, dans les grandes inspirations, ce qu'il explique par la pression du poumon sur le péricarde. Il n'en était pas ainsi chez nos deux malades, ce fait n'a pas été davantage noté dans les observations que je vous ai rapportées.

Une fois la canule enlevée, il suffit de fermer la plaie avec un morceau de diachylon maintenu par un bandage de corps. Cette plaie ne réclame aucun traitement; elle est à peine douloureuse, ne donne pas lieu à une trop vive réaction inflammatoire, et n'a, dans aucun cas, entraîné de suppuration même très-limitée.

Messieurs, la paracentèse du péricarde n'est évidemment indiquée que dans les cas où l'abondance de l'épanchement devient une menace pour la vie. Les occasions d'y recourir seront toujours assez rares.

L'hydropéricarde simple, idiopathique, sans complications d'autres hydro-pisies ou de lésions sérieuses des organes thoraciques, est certainement une exception peu commune; le plus fréquemment, l'épanchement abondant du péricarde n'est qu'une des expressions d'un état de maladie qui ne se localise pas en ce seul point, mais frappe d'autres parties essentielles de l'économie.

Je vous ai dit qu'une opinion émise par Aran, était que l'hydropéricarde, celui qui devient assez abondant pour nécessiter la paracentèse, coïncidait généralement avec l'existence de la diathèse tuberculeuse. Je vous ai dit que cette opinion ressortait des faits observés par notre regrettable confrère; les deux faits qui me sont personnels, et que je vous ai cités au commencement de cette conférence, viennent parfaitement à l'appui de cette manière de voir.

Mais si, dans ce cas, en évacuant le liquide contenu dans le péricarde, nous

ne pouvons espérer de guérir le malade, du moins sommes-nous certains de le soulager et de prolonger ses jours en faisant cesser une complication sérieuse qui menace immédiatement sa vie. Ne fût-elle secourable qu'à ce titre, la paracentèse du péricarde devrait encore figurer dans le cadre des opérations qu'il importe de conserver et de sanctionner. Quand on est témoin de l'anxiété qui résulte de la pression des liquides sur le cœur, quand on assiste à cette longue et redoutable agonie, on se sent encore trop heureux de ne donner même qu'un soulagement temporaire, et de prolonger une existence qu'on a d'abord rendue moins pénible.