



LACZAR

DUTY



THE



LACZAR

DE LA

PARACENTÈSE DE LA POITRINE

ET DES

ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES

QUI NÉCESSITENT SON EMPLOI,

Par E.-J.-H. LACAZE-DUTHIERS,

Docteur en Médecine,
ancien Interne des Hôpitaux et Hospices civils de Paris,
Licencié ès Sciences naturelles,
Prosecteur d'Anatomie à la Faculté des Sciences (en Sorbonne),
Membre de la Société Anatomique.



964

rouge de Chine
Chese

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 29 bis.

1851

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A M. A. TROUSSEAU

Accepter avec douleur comme l'expression de ma reconnaissance pour
les soins et l'éducation que vous m'avez donnés, et qui ont été pour moi
une véritable bénédiction.

A TA MÉMOIRE,

BONNE ET EXCELLENTE ÉLISABETH.

Les larmes et les regrets qui entourent ta tombe, le vide immense que ta mort
a laissé dans notre famille, ton souvenir si vivant parmi nous, tout ce qui rap-
pelle ton existence pleine d'abnégation et de modestie, tout enfin atteste de tes
vertus et accroît notre peine. Que ta mémoire, qui nous est si chère, reçoive ici
une marque de l'amour de ton frère.

A JOSEPH, MON FRÈRE

SECRETÉRIE DE L'ÉTAT

HENRI.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Acceptez cette dédicace comme l'expression de ma reconnaissance pour les nombreux et pénibles sacrifices que vous a imposés l'éducation de vos enfants.

Amitié et dévouement.

A LOUISE, MA SOEUR,

A JOSEPH, MON FRÈRE.

Attachement.

A M. A. TROUSSEAU,

Professeur de Thérapeutique et Matière médicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital des Enfants Malades,
Officier de la Légion d'Honneur, etc.

Vous avez bien voulu guider mes études dans la pathologie si difficile de l'enfance.

Merci et reconnaissance.

Votre Élève,

F.-J.-H. LACAZE-DUTHIERS.

Je prie mes maîtres dans les hôpitaux, MM. MAGENDIE
HERVEZ DE CHÉGOIN, VERNIS, PIDOUX, PRUS, VIGLA, TROUS
SEAU, CAZALIS, Natalis GUILLOT, de recevoir mes remerci-
ments pour les utiles principes que j'ai puisés dans leur
pratique.

DE LA

PARACENTÈSE DE LA POITRINE,

ET

DES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES

QUI NÉCESSITENT SON EMPLOI.

I.

INTRODUCTION.

En 1849, étant interne à l'hôpital des Enfants Malades, dans le service de M. le professeur Trousseau, j'avais eu l'occasion de voir pratiquer trois fois l'opération de la paracentèse de la poitrine. Les résultats qu'elle avait fournis me parurent curieux à faire connaître, et je publiai un article sur ce sujet dans *l'Union médicale* de l'année suivante 1850. Pendant cette publication, M. Trousseau porta à la connaissance de la Société de médecine des hôpitaux un fait de sa pratique privée que je citais dans *l'Union*. Il avait été présenté comme un insuccès; car la mort était survenue deux jours après l'opération, et la Société était consultée sur la question de savoir quelle était la cause de la mort. Loin de répondre, une discussion s'éleva sur la paracentèse thoracique en général, et sur les pleurésies. Dans d'autres séances, la discussion se renouvela. Des

observations furent apportées pour et contre; des mémoires furent lus. En un mot, la paracentèse de la poitrine devint de nouveau une question à la mode. C'est alors que je songeai à compléter le compte rendu que j'avais publié, et à faire l'histoire aussi complète que possible de la paracentèse thoracique, en recueillant tous les faits nouveaux. Je ne faisais cela que prendre le devant sur la commission nommée dans le sein de la Société, et qui avait pour mission de recueillir et coordonner tous les faits relatifs à la paracentèse thoracique, et de faire un rapport sur l'utilité de cette opération. C'est ainsi que j'ai été conduit à prendre ce sujet de thèse : sujet redevenu à la mode, comme je le disais plus haut; car il est dans les attributions de la paracentèse thoracique de soulever de loin en loin de grandes discussions. Il sera donc utile, pour bien préciser les limites du cadre que j'ai à remplir, de jeter un coup d'œil en arrière, et de faire l'historique de la question. L'histoire de la paracentèse thoracique se divise en deux périodes, bien nettement caractérisées : la première comprend tout ce qui a été fait et dit sur la matière, depuis les temps les plus reculés jusqu'en 1843; elle est caractérisée d'une manière générale par ces faits, qu'elle était une opération chirurgicale, considérée comme l'une des plus graves, qu'elle était exclusivement appliquée aux épanchements purulents chroniques; on la nommait *empyème*, comme aussi on nommait *empyème* la collection purulente. Traduirai-je, par une comparaison un peu outrée peut-être, les idées que l'on se faisait de l'empyème? La plèvre remplie de pus était un abcès, et le chirurgien était mandé pour en faire l'ouverture : aussi c'était avec une grande répugnance que l'on employait cette opération.

En remontant très-haut, on voit que les chirurgiens les plus anciens s'occupaient de la question; mon but n'est pas d'aller si loin chercher les documents historiques, intéressants sans doute, mais qui ne seraient d'aucune utilité au sujet que je me propose de développer. Disons seulement, et pour la filiation des idées, qu'avant les découvertes de l'auscultation et la percussion, un doute s'élevait

dans les esprits, car il fallait être sûr du diagnostic de l'épanchement. Plus tard, le doute disparut, et la répugnance se rejeta sur les dangers de l'opération. Nous verrons plus loin que, le danger de l'opération ayant disparu, c'est d'un autre côté que l'on recherche des arguments. Il faut donc revenir très-près de nous pour voir formuler des indications plus nettes et précises sur l'empyème.

En 1835, M. Faure présenta, à l'Académie de médecine, un mémoire, pour démontrer l'utilité de l'opération dans les cas d'empyème de pus ou de pleurésie chronique. Il avait obtenu peu de guérisons; mais, discutant les observations qui lui avaient suggéré son mémoire, il n'attribuait pas la mort à l'opération; loin de là, il y trouvait un encouragement à la faire plus souvent. Ce fut en 1836 que M. Bouillaud rendit compte à la Société savante du travail de M. Faure; il terminait son rapport par une approbation de la conduite et des conclusions de l'auteur. Ces conclusions du rapporteur firent naître une discussion très-vive, qui occupa un grand nombre de séances, où il fut (comme presque toujours) parlé de beaucoup de choses étrangères au sujet. L'introduction de l'air dans la plaie occupa une grande place dans cette discussion. Notons cependant que l'objection principale roulait sur le fait du danger qu'entraîne après elle cette introduction. Les choses en étaient là, quand, en 1841, parut le mémoire bien remarquable de M. Reybard. C'est ce mémoire qui sert de passage entre les deux périodes, car il fait disparaître un sujet de discussion, et de répugnance touchant l'opération, en éloignant le danger de l'introduction de l'air: M. Reybard concluait à l'opération, et désirait que l'on eût plus de confiance en elle, du reste, toujours en l'appliquant aux épanchements purulents et chroniques.

Il faut noter, à la même époque, une thèse de M. Sédillot pour le concours de la chaire de médecine opératoire. Cette thèse est un résumé très-remarquable de tout ce qui avait été fait avant 1841; et si je n'avais à la citer comme un ouvrage fort bien fait, j'aurais

du moins à y renvoyer pour suppléer aux détails que je supprime à dessein dans ce court résumé historique.

La deuxième période commence en 1843, elle est caractérisée par ceci, à savoir, que la paracentèse thoracique tombe dans le domaine de la médecine, comme la paracentèse abdominale; que le procédé opératoire, fort simplifié, ne nécessite plus une main habile, chirurgicale, et surtout qu'elle est appliquée aux *épanchements* pleurétiques aigus non purulents, qui portent le nom d'hydrothorax. Comme on le voit, tout est changé, le procédé opératoire et la maladie qui en nécessite l'emploi. Ce changement est dû tout entier à M. le professeur Trousseau, qui a mis à profit la soupape ingénieuse de M. Reybard, qui n'a cessé de préconiser l'opération en la comparant, par sa simplicité, à la saignée, et en la conseillant pour une affection que l'on ne considérait pas comme pouvant être soumise aux moyens chirurgicaux. Dans son premier mémoire de 1843, lu à l'Académie de médecine, il montre comment, après avoir vu mourir d'hydropisie aiguë de poitrine, il avait été conduit à pratiquer la ponction, et avait obtenu un succès; dans le second, qu'il lut à la même Société en 1844, il faisait connaître deux succès nouveaux et un insuccès.

Enfin, en 1846, M. Bicheteau, chargé de faire un rapport sur ces deux mémoires, conclut à l'adoption des *propositions* émises par l'auteur. La discussion fut peu vive et passa inaperçue.

Depuis cette époque, le nombre des opérations d'après la nouvelle méthode, et les cas de guérison, se multipliaient. On pouvait donc croire jugée la question du danger inhérent à l'opération, lorsqu'en 1850, M. Trousseau vint, comme je l'ai dit, demander l'avis de la Société des médecins des hôpitaux sur un cas de mort qui avait suivi l'opération. Il avait cru demander un renseignement sur une particularité de la paracentèse thoracique, et il se trouvait amené, par les arguments, à s'expliquer sur la question générale de cette opération. La discussion dura plusieurs séances, sans que l'on eût changé d'avis d'un côté ni de l'autre, sans que l'on s'entendit davantage. Je crois que la dissidence des opinions tenait à ce que l'on discutait

comme si le terrain n'était pas changé; les médecins âgés apportaient des arguments anciens contre une opération qui n'était plus la même, et surtout qui n'était pas appliquée dans les mêmes cas. Les choses avaient marché depuis l'ancienne discussion, et ils n'en tenaient pas compte; disons pourtant que l'argumentation n'était pas facile à soutenir en se tenant à ce point de vue. Ce qui était évident, c'est que les anciennes terreurs laissées dans la mémoire par ce que l'on appelait l'empyème empêchaient de se rendre facilement aux idées nouvelles.

Il existait une autre cause de dissidence qui ne pouvait être levée que par des travaux plus nouveaux : c'est que les cas où l'opération est indiquée et est utile n'étaient pas bien précisés et bien étudiés. Aussi voit-on, dans les comptes rendus de la discussion, les uns, partant d'un point de vue, apporter des arguments contre, qui sont justes; tandis que d'autres, partant d'un autre point, apportent également des arguments contre, opposés en apparence aux premiers, et également justes. Un grand sujet de discussion était celui-ci, à savoir, que la pleurésie aiguë ne tuant pas, la thoracentèse perdait de son importance. Nous aurons à discuter cette objection. Enfin les cas de guérison, d'amélioration ou de mort après la paracentèse, suivant le procédé moderne, n'étant pas réunis et coordonnés, il était difficile de démontrer, à ceux qui n'entendent que par chiffres les résultats de médecine, qu'il y avait utilité de vider la poitrine dans tel ou tel cas.

Ces causes de dissidence avaient été senties par M. Pidoux : aussi lut-il, dans le mois de mars 1850, un mémoire ayant pour titre : *du Pronostic de la pleurésie latente, et des indications de la thoracentèse*. Ce mémoire ramène, comme l'indique l'auteur, la question sur le terrain de la pathologie. C'est l'œuvre d'un homme profondément médecin, et cependant je ne crois pas que ce mémoire lève encore toutes les difficultés et tous les doutes. Telle est l'idée générale que l'on peut se faire de l'historique de la paracentèse thoracique. En résumé, l'on voit que dans le principe l'on s'élève contre cette opéra-

tion, parce que le diagnostic est difficile et obscur, et que l'on redoute l'entrée de l'air dans la plèvre. L'auscultation et la percussion éclairant la première question, c'est la seconde qui prend le plus d'importance. Mais arrive M. Reybard, qui s'oppose à cette introduction, et l'on voit les contradicteurs, car toujours on en rencontre, surtout quand une chose apparaît sous un jour nouveau, on voit, dis-je, les contradicteurs, laissant les dangers de l'opération, se rejeter sur la question de pathologie, sur la discussion de cas avantageusement traités par la thoracentèse. De proche en proche la discussion recule, et l'on arrive à voir des personnes ne plus attacher d'importance à l'entrée de l'air, et dire que l'opération est inutile, parce que la maladie à laquelle on l'applique guérit sans son secours; nous aurons occasion de discuter cette opinion. Ainsi voilà une dissidence complète entre les esprits les plus distingués sur cette question : *Étant donné un épanchement pleural, doit-on en obtenir la résolution à l'aide de moyens chirurgicaux?* On voit que je pose la question le plus largement possible, et cela avec intention, car je désire montrer, par une étude attentive de faits observés, dans quels cas il faut ou il ne faut pas opérer, et cela en passant en revue tous les cas d'épanchement pleurétique qui peuvent exister. Voici quelle sera la marche que je suivrai pour arriver à cette spécification.

Une étude préliminaire de l'opération en elle-même me paraît indispensable; car montrer qu'elle est exempte de danger est un point important. En effet, si l'on accorde ce fait, et j'espère pouvoir le démontrer, on ne pourra plus se rejeter sur les dangers quand on proposera d'opérer. Ce sera, si l'on veut, la partie chirurgicale; elle sera aussi la première. Dans la seconde, je chercherai les cas auxquels pourra s'appliquer la paracentèse. Une dernière partie résumera toutes les objections faites contre l'opération.

Ainsi se trouvèrent passées en revue toutes les questions soulevées devant la Société médicale des hôpitaux. Heureux si je puis apporter quelque ordre dans cette question difficile et importante!

II.

DE L'OPÉRATION.

La paracentèse de la poitrine consiste en une ponction des parois thoraciques, à l'aide d'un trois-quarts. En chirurgie, on appelle empyème l'ouverture de la plèvre à l'aide du bistouri. Peu importe la distinction ; nous n'entendrons parler que de la ponction à laquelle, dans ces temps derniers, on a donné le nom de thoracentèse, ou de thoracentèse. Nous continuerons à dire *paracentèse thoracique*, par opposition à *paracentèse abdominale*.

Les procédés opératoires consistaient à diviser couche par couche les parois de la poitrine, dans un espace intercostal, parallèlement à la direction des côtes, et dans une longueur environ de 2 pouces. Arrivé à la plèvre, l'on allait plus lentement ; la pointe du bistouri, introduite avec précaution, était ensuite conduite par la pulpe du doigt. Afin, dit Boyer, d'éviter de blesser le poumon, quand le liquide était sorti en quantité suffisante, l'on bourrait de bandelettes et charpie mollettes, la plaie, pour éviter l'entrée de l'air. Quelquefois on introduisait le doigt dans la cavité pleurale, pour rompre les adhérences. Boyer *blâme* cette manœuvre : est-il besoin de dire que cette opération était antiphysiologique, et qu'il n'est pas étonnant que de nos jours on répaque encore davantage à ouvrir ainsi largement un espace intercostal, aujourd'hui que l'on connaît mieux le mécanisme de la respiration, et surtout les propriétés d'élasticité propre au poumon ? — Quelques-uns conseillaient diverses précautions pour éviter la pénétration de l'air ; ainsi l'on retrouve le conseil de ne pas faire parallèles les deux plaies, celle de la peau, celle de la plèvre. La ponction se faisait avec le trois-quarts simple, avec des canules plus ou moins modifiées ; lors de la discussion de l'Académie en 1836, M. Bouvier présenta une canule à soupape, dont le jeu était semblable

à celui des soupapes que nous avons tous vues dans certains appareils à *ether* ou à *chloroforme* : la pièce principale était une sphère assez lourde qui retombait par son poids sur l'orifice, pendant l'inspiration, quand le liquide ne faisait plus effort pour s'échapper. A l'occasion de cette communication, M. Récamier réclama la priorité des canules à soupapes, car il avait fait la paracentèse de la poitrine avec une canule garnie d'une soupape, appliquée par un ressort, à peu près comme la clef d'une flûte.

Du reste, l'on trouve encore conseillé l'emploi de canules *plates*, portées sur un dard de trois-quarts, ayant la même forme, droites ou recourbées, et munies d'un robinet. Celui-ci était soigneusement fermé à la sortie du dard, et n'était ouvert que dans le temps des expirations ; on le refermait pendant les inspirations, ou bien l'on aspirait le liquide à l'aide d'une seringue, vissée à la canule. Tous ces moyens, inefficaces pour s'opposer à l'entrée de l'air, me paraissent démontrer une chose : c'est qu'en tout temps, l'entrée de l'air dans la plèvre avait effrayé les opérateurs.

C'est à M. Reybard, de Lyon, que l'on doit d'avoir indiqué un moyen simple, facile et parfaitement efficace. Sa soupape membraneuse est connue ; elle fut primitivement faite avec un boyau de lapin ou de poulet, ou de chat ; c'était sa *canule-soupape*, comme il l'appelait. On entend répéter aujourd'hui par ceux qui ont fait la paracentèse de la poitrine, qu'ils ont opéré suivant la méthode Reybard. Je crois qu'ils ont employé la soupape de ce chirurgien, mais non le procédé opératoire qu'il préférait. Voici quel était ce procédé (mém., *Gazette médicale*, 1841,) : Il fixait sa canule soit dans l'espace intercostal, soit dans la côte même. Il faisait l'ouverture des parties molles avec le bistouri, celle de l'os avec un foret, puis il plaçait une canule courte, fixée à une pièce percée d'emplâtre agglutinatif, afin que l'air ne pût pénétrer entre le tube et les lèvres de la plaie. La canule portait à son extrémité externe un tube membraneux, ramolli dans l'eau ; son extrémité interne était arrondie et percée de deux yeux comme les sondes. La première disposition empêchait

l'entrée de l'air ; la seconde s'opposait à ce que le poumon, en venant battre sur l'extrémité interne, ne la bouchât et n'arrêtât l'écoulement du liquide. M. Reybard laissait plus ou moins longtemps en place cet appareil, et entourait le malade de circonstances appropriées à ce but. Il dit aussi que l'on peut transformer les trois-quarts ordinaires en plaçant une vessie à l'orifice externe, et que l'on pourra faire la paracentèse avec cet instrument. Je ne crois pas que les médecins de Paris aient employé le *modus faciendi* du chirurgien de Lyon, car dans son mémoire il n'indique qu'en passant que l'on pourra faire la paracentèse. Il se montre beaucoup plus partisan de l'empyème ou de la térébration des côtes.

Quand M. Trousseau songea à vider la poitrine, dans les cas d'hydrothorax aigus, il dut modifier les procédés opératoires de façon à les rendre le plus simples possible. Il n'a jamais eu l'idée de revendiquer, comme étant de lui, la canule de M. Reybard. Il ne manque jamais, quand il parle de la paracentèse, de citer ce chirurgien ; mais enfin il a combiné une série de précautions, et simplifié tellement l'opération, que je crois qu'à bon droit on peut dire, lorsqu'on a pratiqué la ponction de la poitrine avec les précautions qu'il indique, que l'on a fait la paracentèse thoracique suivant la méthode de M. Trousseau. Attachant le nom de ce professeur à une opération qu'il a contribué et qu'il contribue à rendre de plus en plus vulgaire, en cela on n'a pas à craindre d'être injuste à l'égard du chirurgien de Lyon. Je désirerais établir ce fait de la différence des procédés. Maintenant voyons comment on doit faire l'opération.

Les *instruments nécessaires* se trouvent dans les mains de tous les médecins ; une lancette et un *trois-quarts* suffisent. Le bistouri, toujours plus effrayant pour le malade que la lancette, est inutile ; quant au *trois-quarts*, il est simple, et ne présente rien de particulier ; c'est le même qui sert à la paracentèse abdominale. Il doit être seulement préparé de telle sorte qu'il remplisse les fonctions de la canule-soupape de Reybard. Toute membrane animale, assez souple, quand elle est mouillée, pour s'affaisser complètement sous la pression

atmosphérique, peut servir à garnir le pavillon de la canule avec cette autre condition qu'elle sera assez résistante pour n'être pas rompue par la pression de l'air. Ainsi, que l'on prenne de la baudruche, des condoms, des portions d'intestins grêle, de vessie, n'importe, pourvu que ces deux conditions soient remplies. Le baudruche mérite le choix entre toutes choses, mais on se la procure moins facilement qu'une vessie par exemple. Pour préparer le trois-quarts, il faut enrouler la membrane, un, deux ou un plus grand nombre de fois autour du pavillon de la canule; la fixer en ce point à l'aide d'une forte ligature; on produit ainsi un tube membraneux, dans lequel se logera le manche du dard. Il est important de s'assurer, avant d'opérer, que la membrane fonctionne exactement; il suffit, quand elle est bien ramollie par l'eau, d'aspirer par l'extrémité de la canule et d'expirer. Il est absolument impossible d'obtenir une bulle d'air dans le premier cas; tandis que dans le second, l'air fuit et s'échappe comme s'il n'y avait pas de soupape. Quand on place le dard dans le tube, il est important de bien appliquer la membrane sur le manche, et de remarquer si, dans quelques points, le pavillon ou autres parties saillantes ne tiennent pas soulevée la membrane, qui renfermerait alors quelques bulles d'air. Je crois qu'il serait bon de préparer l'instrument sur l'eau. Les espaces restant vides entre le manche, la membrane ou la canule se trouveraient remplis par l'eau, et l'on pourrait être absolument sûr que l'air ne peut plus s'introduire.

Il n'est besoin d'autre chose que d'un taffetas gommé d'Angleterre, taillé en croix de Malte; inutile d'indiquer les accessoires de toutes les opérations.

Où faut-il pratiquer la paracentèse? Boyer indiquait pour l'empyème le troisième ou quatrième espace intercostal à gauche, et le quatrième ou cinquième à droite, en comptant de bas en haut. Mais il vaut toujours mieux la faire plus haut que plus bas, dit-il, car il faut éviter de blesser le diaphragme et de pénétrer ainsi dans le ventre. Maintenant que l'auscultation et que la percussion sont des guides fidèles,

le lieu de l'élection est indiqué par les explorations attentives du thorax, et c'est là, je crois, aujourd'hui une recommandation superflue, car personne ne s'aviserait de plonger un instrument quelconque dans la poitrine, sans avoir, au préalable, percuté et ausculté son malade. Cependant on peut indiquer un point qui servira de repère et qui sera changé suivant les besoins. Il convient, en général, de faire la ponction dans le septième *espace intercostal* en comptant du haut en bas, à 4 ou 5 centimètres en dehors du bord externe du muscle grand pectoral.

Les instruments étant préparés, le malade couché sur le bord du lit, dans la position ordinaire (à moins toutefois que l'orthopnée ne soit trop grande), et le point d'élection étant déterminé, l'on fait avec la lancette une ponction à la peau, juste assez grande pour que le trois-quarts pénètre sans difficulté; cette première ouverture doit être faite au niveau du bord inférieur de la huitième côte. Un aide attire la peau vers le haut, jusqu'à ce que la petite plaie corresponde au septième espace intercostal; alors l'opérateur, plaçant l'indicateur gauche sur le bord supérieur de la huitième côte, fait glisser sur ce doigt le trois-quarts, introduit dans la plaie, et c'est en rasant le bord supérieur de la huitième côte, que l'instrument fait la ponction de la plèvre, ce qui est bien vite reconnu à la liberté dont jouit immédiatement sa pointe. Ainsi, on le voit, l'opération se compose de deux temps bien distincts. Premier temps, ponction cutanée par la lancette, faite au-dessous de la ponction de la plèvre, qui est effectuée par le trois-quarts, au deuxième temps; l'on a eu pour but, en agissant ainsi, de détruire le parallélisme des deux orifices.

Dès que l'on est arrivé dans la cavité pleurale, on retire le dard avec grand soin, en appliquant exactement la membrane sur le manche et sur le dard lui-même; alors jaillit le liquide, et bientôt l'on voit se manifester les fonctions de la soupape. — Pendant l'expiration, la membrane est soulevée, tandis que pendant l'inspiration

l'écoulement s'arrête, et la soupape s'applique exactement sur l'orifice. — On avait conseillé de faire plonger l'extrémité de la membrane dans le liquide lui-même, afin que, s'il venait à se produire une aspiration, ce fut du liquide qui rentrât dans la cavité pleurale, et non de l'air; cette précaution est superflue, lorsque l'on a bien préparé les instruments.

Quand l'on a retiré la quantité de liquide convenable, ou que l'écoulement s'est arrêté de lui-même, il faut enlever la canule. — L'on engage le malade à rester dans la plus grande immobilité; les mouvements respiratoires doivent être absolument suspendus. — Alors on tire rapidement l'instrument, et la peau reprend sa place: le parallélisme des plaies est détruit, et c'est la peau elle-même qui remplit les fonctions de soupape. — L'introduction de l'air est impossible. — On essuie quelques gouttelettes de sérosité qui se présentent, et l'on applique sur la plaie la croix de malte en taffetas gommé; on recouvre le tout d'un bandage de corps.

Dès que l'écoulement du liquide a commencé, il faut donner assistance et conseils au malade. *Assistance*, car il faut presser sur la paroi abdominale, afin de refouler le diaphragme en haut et de comprimer le liquide, qui jaillit alors avec plus de vitesse. — On doit aussi comprimer la paroi thoracique, pour diminuer la capacité de la plèvre. Ce qui est surtout important ce sont les *conseils*. — En effet, en disant au patient de pousser comme pour aller à la garde-robe, il produit une pression bien plus efficace que celle que l'on cherche à exercer, et il favorise bien mieux la sortie du liquide.

On doit encore, dans le même but, engager le malade à tousser: on obtient souvent alors un phénomène remarquable pour le pronostic. — Quand les choses marchent convenablement, voici ce qui arrive: la toux se développe elle-même; mais, si cela n'a pas lieu, les efforts que l'on a fait faire au malade la détermine, et alors elle devient invincible, très-fréquente, et quelquefois fort douloureuse. — Ce dernier fait arrive surtout quand les épanchements sont très-anciens; rarement elle est douloureuse, quand l'épanchement est récent.

Elle est fatigante, mais voilà tout. Il peut arriver aussi que la toux ne survienne que dans la journée qui a suivi l'opération.

1^{re} OBSERVATION. — *Hydrothorax aigu. — Paracentèse. — Amélioration.* (Service de M. Bouley, Enfants Malades, 22 mars 1850.)

Gaucher (Édouard), âgé de sept ans, n'a jamais été malade avant le mois de janvier dernier. Il a eu la scarlatine qui l'a retenu au lit un mois; il est grand pour son âge, d'une constitution molle; peau fine, teint pâle, paupières infiltrées. Malade depuis le 15: coliques, oppression, vomissements; obligé de garder le lit. Ces symptômes augmentent les jours suivants. Il entre le 22, avec une dyspnée considérable, sans fièvre, sans douleur, les lèvres et les extrémités cyanosées, les paupières infiltrées, la face un peu bouffie. L'examen des urines est négatif. Le cœur est fortement déjeté à droite, il dépasse le bord droit du sternum, et n'est le siège d'aucun bruit anormal; matité absolue de tout le côté gauche en arrière et en avant. Souffle en haut dans tout le tiers supérieur, en arrière en avant; le côté gauche paraît dilaté. Avec cela, l'enfant garde de l'appétit; toutes les autres fonctions sont régulières, le sommeil léger, court; il est obligé de changer souvent de décubitus.

Les 23, 24, l'oppression, la cyanose, augmentent; accès de suffocation alarmants.

Le 25. On songe à la thoracentèse.

Le 26. À l'aide des précautions ordinaires, l'opération est pratiquée par M. Bouley, avec toute la simplicité et la sécurité possibles. Elle fournit 1 litre et demi d'un liquide citrin très-limpide. Dès le commencement de l'évacuation du liquide, *toux fatigante, incessante, le malade ne peut la maîtriser, il se tourmente et il se plaint.* La face s'anime, les lèvres se colorent, le cœur reprend sa place; soulagement immédiat; on constate du râle crépitant, respiration puérile exagérée dans toute la hauteur; plus de souffle nulle part; un peu de toux humide. La journée et la nuit qui suivent se passent bien.

Le 27. État satisfaisant; pas d'oppression, pas de matité; bruit rude; sorte de roulement perçu par l'oreille et par la main appliquée sur la paroi thoracique en arrière, au niveau des 4^e, 5^e, 6^e et 7^e côtes, disparaît par la toux pour reparaître après quelques inspirations; appétit vif; 96 pulsations. On donne la digitale.

Le 28. L'épanchement reparaît dans toute la hauteur; matité, souffle en avant et en arrière dans le tiers supérieur; le cœur se déplace; pas de dyspnée considérable.

Le 29. Effets de la digitale; 55 pulsations.

Le 1^{er} avril. Pâleur, abattement; matité absolue dans les deux tiers inférieurs. Le soir, fièvre assez intense.

Du 2 jusqu'à la fin du mois, époque où l'enfant quitte l'hôpital, l'épanchement, qui s'était reproduit sans avoir acquis son volume primitif, reste stationnaire, après avoir oscillé entre des diminutions et des augmentations coïncidant avec des mouvements fébriles.

II^e OBSERVATION. — *Pleurésie aiguë avec épanchement excessif. — Paracentèse. — Guérison.* (Communiquée par M. Trousseau.)

M. le D^r D...., âgé de trente-cinq ans, lymphatique-sanguin, n'ayant jamais eu d'affection de poitrine, commence, en août 1848, à ressentir de la gêne dans la respiration, de l'accélération dans les mouvements du cœur, de la faiblesse générale, etc. La nuit surtout les battements du cœur étaient encore plus précipités, et le décubitus, même dorsal, était pénible. Cela dura ainsi pendant un mois. M. Andral, consulté, rattacha l'épanchement qu'il constata à une pleurésie chronique passée inaperçue, et conseilla un large vésicatoire.

Le 13 octobre, M. D.... fut soumis à un froid vif, et une pleurite très-intense se développa à gauche. Trois saignées copieuses furent pratiquées dans les jours qui suivirent, et, en date du 25, M. Andral conseilla un large vésicatoire. Quand M. Trousseau fut appelé, les symptômes avaient pris une gravité inquiétante. La perte de connaissance, des syncopes, la décomposition des traits; ajoutés à l'état suivant: faiblesse extrême, pâleur et cyanose, anxiété du visage, dyspnée, pouls à 115 irrégulier, trente respirations, matité complète de tout le côté gauche, refoulement du médiastin et du cœur à droite, engagèrent à ne pas différer la paracentèse. Pratiquée, suivant sa méthode, par M. Trousseau, elle donna issue à quatre litres d'une sérosité limpide, jaune.

Immédiatement après, la respiration devient plus étendue, mais infiniment douloureuse. *A mesure que l'air pénètre dans la poitrine, le malade exhale des plaintes aiguës, il craint de dilater le thorax, de telle sorte que la respiration est entrecoûtée, saccadée, sanglottante, et ce n'est qu'après cinq quarts d'heure de cet état qu'elle se régularise;* au fur et à mesure, les douleurs cessent notablement; alors se manifeste un mieux général, et des sueurs abondantes pendant la nuit. Digitale.

Le 26, la respiration est toujours douloureuse, mais plus étendue. L'auscultation fait reconnaître un léger murmure vésiculaire dans toute la hauteur du thorax. Le pouls a perdu un peu de sa fréquence; il y a encore des palpitations de cœur: celui-ci a repris sa position naturelle. Même prescription.

Du 27 octobre au 1^{er} novembre, une légère amélioration se fait sentir, des plé-

nomènes de diaphorèse et de diurèse se manifestent, et affaiblissent de nouveau le malade. Les sueurs, d'une grande fécondité, sont toujours en quantité inverse de celle des urines.

A partir du 1^{er} novembre, et cela pendant près d'un mois, même état. La faiblesse est toujours très-grande, les sueurs aussi copieuses. Tous les six ou sept jours, ce phénomène diaphorétique manque pendant une nuit, et alors le point de côté est plus intense que de coutume.

Le 2 décembre, M. le D^r D.... commence à se lever, et cherche aussitôt à reprendre sa clientèle; mais il se voit souvent forcé d'interrompre ses visites, ses suffocations l'empêchant. Il se rend dans le voisinage de Dieppe, et là l'exercice à cheval lui redonne la force et la santé.

A partir de juin 1849, M. le D^r D.... se considère comme guéri; mais sa poitrine est rétrécie à gauche; elle présente toujours de la matité, de l'obscurité du son, et du bruit respiratoire, peut-être plus marqués qu'une heure après l'opération.

III^e OBSERVATION. — *Hydrothorax aigu — Paracentèse. — Guérison après huit jours.*
(*L'Union médicale*, p. 607; 1848.)

Françoise Coustoudier, âgée de dix-neuf ans, a toujours été bien portante. Accouchée le 19 janvier, elle éprouva immédiatement une métorrhagie. Cependant elle se leva le troisième jour après l'accouchement, et ressentit depuis un peu de douleur dans le côté gauche en marchant.

Le 1^{er} mai, elle s'exposa au froid; trois jours après, elle perdit l'appétit, et fut obligée de garder la chambre. Entrée à l'hôpital Necker le 8 mai 1847, la malade respire difficilement la nuit, mais point d'oppression appréciable le jour; pouls, 100 pulsations. Dilatation très-considérable du thorax à gauche; matité de tout le côté gauche de la poitrine, s'étendant au delà de la ligne moyenne du sternum; le cœur bat sous la mamelle droite. La rate, très-volumineuse, est refoulée jusqu'à l'épine iliaque supérieure. — Calomel, à doses fractionnées; digitale en infusion. — Le 9, même état, même traitement. — Le 10, le médiastin et le cœur sont refoulés un peu davantage du côté droit. M. Trouseau fait la ponction et retire 2,400 grammes de liquide, qui coule sans interruption et se coagule peu de temps après la sortie. Le cœur reprend immédiatement sa place, et la poitrine, son volume presque normal. Résonnance à la partie supérieure, diminuant vers l'angle de l'omoplate, cessant au-dessous; égophonie à partir du point où cesse la résonnance. A la partie antérieure, résonnance normale; respiration facile, mais vésiculaire.

Dans la journée, toux assez fréquente qui cesse la nuit.

Le 11 mai, vingt-quatre heures après l'opération, la malade se trouve tout à

fait bien; la respiration est naturelle, la peau souple. En avant, du côté gauche, respiration pure, résonnance normale. En arrière, résonnance normale jusqu'à l'angle de l'omoplate, et 4 centimètres au-dessus. Respiration faible, mais pourtant encore perceptible à la base. Égophonie très-évidente de la dixième côte jusqu'à l'angle de l'omoplate. Point de soif. Retour de l'appétit. Deux potages.

18 mai. Huit jours après l'opération, le malade quitta l'hôpital dans un état de très-bonne santé, après avoir successivement passé par toutes les périodes d'une convalescence facile et non interrompue.

Voici quelle explication on peut donner de la toux : on ne fait en général la thoracocentèse que pour des épanchements fort abondants. Le poumon du côté malade, ratatiné, affaissé par le liquide, n'a pas respiré depuis longtemps; du moment donc que l'air pénètre dans son intérieur, il y a une sorte d'irritation, d'excitation qui cause la toux, et comme celle-ci produit le déplissement pulmonaire, il en résulte que de nouvelles parties se trouvent incessamment mises en contact avec l'air, d'où la cause de la répétition du phénomène. Les malades entrent dans une sorte de cercle vicieux. — Ce phénomène est heureux pour le pronostic, car il indique que le poumon reprend sa fonction et par conséquent qu'il n'est pas retenu par des adhérences. La toux peut devenir quelquefois très-violente, et l'on est obligé de conseiller aux malades de se retenir, ce qu'ils arriveront à faire difficilement.

Mais il est un autre phénomène qui a donné lieu à quelques controverses dans le principe, et qui aujourd'hui soulève moins de doutes; je veux parler du *retrait des organes*. C'est un fait qui ressort de la plupart des observations que j'aurai à citer; quand la pleurésie n'est pas très-ancienne, et même dans un certain nombre de cas, de très-longue date, le cœur qui battait à droite revient à sa place, le bruit respiratoire, qui avait complètement disparu, et la sonorité, reparaissent dans le haut d'abord, puis gagnent le bas à mesure que le liquide s'écoule. C'est un fait incontestable qui n'est guère plus contesté que par ceux qui n'opèrent pas, et qu'il est facile de constater; que l'on cherche dans nos observations, et l'on verra que l'on pouvait suivre au doigt le battement du cœur, qui

par exemple, du bord droit du sternum, passait à gauche. On a dû se rendre à l'évidence des faits, et dans bien des cas l'impossibilité de se rompre attribuée aux fausses membranes était théoriquement vraie, mais pratiquement fausse.

IV^o OBSERVATION. — *Hydrothorax aigu*. — *Paracentèse*. — *Guitrison*. (Service de M. Tardieu; Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, n^o 32 — Communiquée par ce médecin.)

Thill (Jean), porteur d'eau, soixante-cinq ans, né à Barrheinkier (Moselle), marié, est pris presque tout à coup, le 29 juillet, d'une douleur en barre à la base de la poitrine, sans frisson ni fièvre, il se force pour travailler jusqu'au 1^{er} août soir. A partir de ce moment, il reste au lit très-gêné et très-oppresé, buvant une tisane d'orge miellée, restant presque à la diète et ne faisant pas d'autre traitement.

Le 10 août. On constate tous les signes d'un épanchement à gauche très-abondant, déplaçant le cœur et donnant une matité absolue jusqu'en avant et en haut. Saignée, ventouses (le sang est couenneux).

Le 11. Soulagement de la dyspnée, mais pas de modification de l'épanchement. On pratique l'opération en présence de MM. Trousseau, Bouley, Milcent, etc., et l'on retire 2,250 grammes de sérosité limpide, non colorée. Il survient un peu de toux et de gêne. A mesure que le liquide coule, le son reparait à la face antérieure du thorax, et le cœur se déplace. Après l'opération, le murmure vésiculaire est perçu dans toute l'étendue de la poitrine en avant, sans égophonie, avec un léger frottement pleural. — Le cœur a repris sa place naturelle; en arrière, la respiration est revenue dans toute l'étendue, et le chevrottement est très-marqué à la base; pas de souffle, frottement double. Le soir, le malade se trouve très-bien, pas la moindre douleur; pouls à 84, chaleur modérée; pas de soif, pas de toux, expectoration presque nulle.

Le 12. Le malade a passé une bonne nuit. Le décubitus se fait indifféremment sur l'un et l'autre côté. — Pouls à 76, peu de soif, frottement en avant et un peu en arrière. Son obscur, respiration faible depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'en bas; égophonie limitée à la gouttière costo-vertébrale; craquements secs et assez rudes.

Le 16 août. Le malade se lève et se promène sans la moindre gêne.

Le 18. Plus d'épanchement; le son et la respiration sont un peu obscurs, mais distincts cependant; un peu de retentissement de la voix; pas de douleur dans la poitrine. L'état général est parfait.

Le 26. Le malade sort en parfaite santé.

Des suites de l'opération, de ses conséquences et de ses dangers. — J'ai dit ce qui arrivait naturellement pendant l'opération. Voyons si son manuel est exempt de danger. — Peut-on, par exemple, blesser les nerfs et les vaisseaux intercostaux? Si l'on a bien suivi l'indication que je donnais de raser exactement le bord supérieur de la côte inférieure, il paraît impossible de faire une lésion à ces organes qui sont logés dans la gouttière du bord inférieur de la côte supérieure. — C'est un danger que du reste l'on redoutait peu dans l'opération même de l'empyème. J'ai, sur un cadavre dont la poitrine était ouverte, plongé un trois-quarts sans prendre la précaution de raser le bord supérieur de la côte inférieure, et je n'ai jamais vu que l'instrument pût blesser les nerfs et vaisseaux intercostaux.

L'air peut-il s'introduire dans la plèvre? Pendant la durée de l'opération, si elle est conduite avec la prudence que j'ai cherché à faire connaître, il est impossible que la plus légère bulle d'air s'introduise. Il n'y a qu'un instant où l'on pourrait craindre cet accident, c'est quand on enlève la canule; encore faudrait-il que, lorsque l'extrémité du tube arrive au niveau des téguments, ceux-ci n'étant plus appliqués contre lui, une aspiration s'établît assez forte; en prenant la précaution de soutenir la peau contre la canule, et de détruire bien vite la parallélisme des plaies, il est absolument impossible que l'air pénètre. Du reste, quand il s'introduit, les accidents qu'il occasionne sont graves et tiennent à trois modes d'action: 1^o action mécanique, 2^o action irritante, 3^o action putréfiante.

Le premier mode d'action est irrécusable; on pourrait donner pour preuve, la gêne qui survient dans les cas de pneumothorax, suite de fistule pulmonaire, phthisie, etc. etc. — Dans la grande discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine (1836), il y eut des discussions très-vives sur la possibilité de l'introduction de l'air, et sur son action mécanique, comme aussi sur les deux autres modes d'action que je signalais plus haut. Ce fut surtout entre MM. Cruveilhier et Amussat que s'élevèrent ces dissidences d'opinion. — L'un

et l'autre apportèrent les résultats de leur vivisection, il ne peut y avoir de doute maintenant. Que l'on ouvre largement un espace intercostal, l'air se précipitera dans la plèvre, mais la quantité ne sera pas suffisante pour empêcher la respiration et causer l'asphyxie, les lèvres de la plaie se rapprocheront, et si l'on ajoute à cela que les animaux se ployant du côté blessé instinctivement, que leur sang est extrêmement plastique, on comprendra comment, abandonnés à eux-mêmes, ils vivent et guérissent très-bien de leur plaie. On comprendra aussi comment les personnes qui s'étaient bornées à cette expérience ont pu soutenir que l'ouverture d'un espace intercostal n'entraînait pas l'asphyxie. — Mais, comme l'a démontré parfaitement M. Amussat, du moment qu'à l'aide d'un tube l'on maintient l'espace intercostal béant, le poumon revient sur lui-même, et la respiration est fort laborieuse; que si l'on ouvre et tient ainsi béantes les deux cavités pleurales, l'asphyxie est immédiate, et il suffit de quelques minutes pour amener la mort. — Ainsi il ne peut y avoir de doute, l'air pénètre dans la plèvre quand elle est ouverte, et le poumon perd en fonction une partie correspondante à la place occupée par le gaz introduit.

La question de savoir si l'air peut agir comme irritant sur la plèvre fut également discutée à cette époque; je crois qu'il y eut confusion, car les uns apportaient des cas négatifs, tandis que d'autres présentaient des cas qui prouvaient sans aucun doute que l'air irritait la séreuse pulmonaire. Les premiers se fondaient sur des expériences faites sur des animaux, et il me paraît qu'ils concluaient de la plèvre saine à la plèvre malade. Ne sait-on pas que les agents extérieurs ont un mode d'action fort différent suivant qu'ils sont appliqués sur les parties à l'état normal ou à l'état pathologique? — Ainsi je crois que les uns et les autres avaient raison de dire que l'air détermine l'inflammation de la plèvre ou qu'il ne la détermine pas. Certainement la plèvre saine d'un chien n'est pas influencée par le gaz comme la plèvre déjà malade d'un homme qui a un empyème de

pus. D'ailleurs pourrait-on conclure même de la plèvre saine d'un chien à la plèvre également saine d'un homme? Je ne le crois pas, car nous savons, pour d'autres séreuses, combien les lésions traumatiques du péritoine chez l'homme, par exemple, sont suivies facilement de péritonite. Chez le chien, on ouvre l'abdomen, on détermine des adhérences entre les organes contus et la paroi abdominale, et l'on ne voit pas de péritonite. Je crois donc que pour la plèvre il serait prudent de ne pas conclure de l'animal à l'homme, et d'admettre comme très-exacte cette opinion, qui consiste à croire que lorsque l'air pénètre dans une plèvre déjà enflammée, les accidents inflammatoires prennent une grande intensité. C'est donc là une conséquence de l'introduction de l'air.

Il en est une autre qui certainement n'est pas moins à redouter, c'est la décomposition du liquide. L'air favorise la putréfaction. En effet, l'on voit des plèvres remplies d'un pus presque crémeux, très-louable, ne présenter aucune odeur; le lendemain de l'opération, la puanteur du liquide est extrême. N'est-il pas évident que les choses se sont passées pour la plèvre comme pour un abcès? C'est un fait du domaine de la chirurgie, que les vastes foyers purulents ne prennent en général de l'odeur que lorsqu'ils sont ouverts et que l'air a pénétré dans leur intérieur; il y a cependant des exceptions, mais ce fait ne peut être nié.

V^e OBSERVATION. — *Péritonite. — Abcès du ligament large. — Épanchement purulent. — Trois ponctions. — Pénétration de l'air. — Mort.* (Communiquée par M. Trousseau.)

Le 25 mai 1844, on amenait à l'hôpital Necker une jeune femme de vingt-cinq ans, accouchée chez elle huit jours auparavant (le 17) : l'accouchement avait été laborieux, peut-être même fit-on la version. Pendant vingt-quatre heures, les lochies rouges ont coulé assez abondamment, puis elles se sont arrêtées, lorsque s'est allumée une fièvre véhémement, accompagnée de toux, d'oppression et de point de côté; en même temps s'est déclarée une diarrhée incessante, telle que la malade ne pouvait retenir le flux intestinal. Depuis trois jours, le ventre est devenu très-douloureux et s'est ballonné.

Nous voyons la malade au neuvième jour de la maladie, le 26 mai. L'oppression était extrême, la fièvre très-ardente; le côté droit de la poitrine était mat du haut en bas, excepté dans la région claviculaire; pas de râles, un peu d'égophonie, pas d'expectoration; ventre tendu, excessivement douloureux, ballonné; selles séreuses, continuelles, involontaires. La mort nous parut inévitable: toutefois nous prescrivîmes une saignée de 3 palettes, 2 grammes d'ipécacuanha en poudre, des frictions sur le ventre avec 300 grammes d'onguent napolitain; un vésicatoire sur le côté droit de la poitrine. Le sang était couenneux; le soir, on fit une nouvelle saignée. — Au dixième jour, amélioration. Le onzième, l'amélioration fait encore des progrès; l'on continue toujours le calomel à doses fractionnées et les frictions. Au treizième jour de la maladie, les symptômes abdominaux avaient complètement disparu; mais un épanchement énorme existait à droite. — Paracentèse qui donne 1,500 gram. de sérosité trouble. — Soulagement immédiat, disparition des signes d'asphyxie. — Deux jours après, nouvel état asphyxique, nouvelle ponction; cette fois on obtient 2 litres d'un liquide verdâtre opalin, ou pus dilué; cette ponction est faite avec une canule sans baudruche; introduction de l'air. Trois jours après, même état asphyxique, troisième ponction, 2 litres d'un pus verdâtre, épais, très-fétide. — Le délire qui avait apparu quelques jours auparavant se manifesta de nouveau, la malade mourut après quatre jours.

Autopsie. — Peu de traces de péritonite, un abcès du ligament large de l'utérus, gaz fétide dans la plèvre à droite; fausses membranes, ratatinement du poumon.

Ainsi, point de doute à cet égard, l'air peut pénétrer dans la plèvre quand elle est ouverte, et il peut agir mécaniquement, c'est-à-dire en permettant à l'élasticité du poumon d'agir, en irritant la plèvre, et en causant la putréfaction de la collection purulente. Si j'ai cherché à démontrer ces trois causes de danger, c'est que, en prouvant qu'elles sont éloignées, on prouve par cela même que l'opération perd de la gravité qu'elle avait autrefois.

Il est un accident qui mérite d'être mentionné et d'attirer toute l'attention du médecin; je veux dire le choc du poumon contre l'extrémité de la canule; ce fait s'est présenté. Il a donné lieu à de singulières interprétations de la cause de la mort; nous en parlerons en critiquant les objections que l'on a faites à l'opération. Quoi qu'il

en soit, il est certains signes d'inflammation pulmonaire qui coïncident évidemment avec ce choc de l'organe, et l'on doit être attentif à ce qui suivra une opération où l'on aura ressenti ce choc. Dans ce cas, l'on doit retirer un peu la canule, et suspendre l'écoulement du liquide en appliquant son doigt sur la lumière; car ceci arrive presque toujours dans les secousses de toux qu'occasionne le déplissement pulmonaire. Si, après avoir ainsi suspendu l'opération quelques instants, la toux ne se calme pas et le poumon vient battre de nouveau, on terminera l'opération, pour éviter quelque lésion, toujours grave en elle-même.

A cette occasion, qu'il me soit permis de critiquer la méthode opératoire, qui consiste à aspirer le liquide à l'aide d'une seringue vissée au pavillon du trois-quarts. N'est-il pas évident que la main qui tire le piston ne pourra avoir le sentiment du corps placé à l'extrémité du tube, et que si l'on a affaire à l'un de ces cas où le poumon vient frapper contre la canule, une fois l'organe appliqué, on opérera sur la substance une traction qui ne manquera pas d'avoir des conséquences fort graves? Déjà la canule-soupape, inerte, nous offre un inconvénient dans ce cas; que sera-ce donc quand une force telle que celle qui produit l'aspiration lui sera communiquée? Ceci est fait pour faire rejeter à juste titre cette façon d'opérer. Peut-on admettre que quelques vésicules pulmonaires se rompent, soit par le choc dont nous venons de parler, soit par les efforts de la toux devenue involontaire, presque convulsive? Nous n'en rencontrons pas d'exemples. Toutefois il y a un fait curieux, c'est celui observé par M. Roger. Le lendemain seulement de la ponction, les signes d'un pneumothorax se firent entendre; on ne les avait pas perçus immédiatement après l'opération. A quoi tenait donc la présence de l'air dans la plèvre? était-il entré par la canule? Ça peut-être, mais l'on aurait immédiatement reconnu sa présence. Il est bien plutôt vraisemblable que des efforts de toux auraient rompu quelques vésicules pulmonaires, après les divers examens, car l'on avait constaté que le retrait des organes était complet et que les adhérences

anciennes avaient été rompues. Celles-ci se rompent en effet, et il ne peut y avoir de doute à cet égard, car des malades ponctionnés deux, trois, quatre mois après le début de leurs épanchements, ont eu une réapparition complète de tous les phénomènes naturels de la respiration; n'est-il pas évident que les adhérences avaient été rompues? Le vieux gouteux avait même, pendant l'opération, ressenti des douleurs vives. Il ressort, des différentes observations, que les adhérences se rompent toujours et complètement quand elles sont de nouvelle date et développées dans un épanchement séreux ou séro-purulent; qu'elles deviennent de plus en plus résistantes à mesure que l'on s'éloigne davantage du début du mal; que les résultats obtenus dépassent de beaucoup les prévisions conçues *a priori*. Nous aurons à revenir sur les adhérences en traitant des objections; contentons-nous de les redouter, peut-être plus qu'on ne le fait en général, surtout si elles sont anciennes, car leur rupture, par suite de leur organisation et de leur accollement à des organes importants, peut entraîner quelques dangers. J'ai dit que la toux, chez le vieux gouteux (n° 6), avait été fort douloureuse. Ne pourrait-on pas rattacher cette douleur à la rupture des adhérences organisées et anciennes? Je crois que dans ces cas la prudence doit faire suspendre l'écoulement du liquide, et faire préférer une évacuation successive en plusieurs temps qu'une évacuation presque complète en une seule fois.

Il est un accident que l'on doit craindre ou que l'on doit prévoir au moins, et qui se rattache à la quantité de liquide que l'on peut enlever, je veux dire la syncope. Dans la paracentèse abdominale, quand on a évacué les masses considérables de liquide que chacun sait, il n'est pas rare de voir les malades tomber en défaillance, et c'est pour obvier en partie à cet inconvénient, que certains chirurgiens, M. Lenoir entre autres, placent dans la canule du trois-quarts une sonde élastique, qui, ne laissant couler que très-peu vite le liquide, permet à l'organisme de s'accoutumer à la nouvelle position qui lui est faite.

En effet, on comprend comment, après avoir vidé un péritoine de la capacité de ceux que l'on rencontre quelquefois, il doit y avoir un changement immense dans la circulation, changement tel qu'il peut avoir pour conséquence une syncope. Dans la poitrine, il y a une action directe sur le centre de la circulation, et le déplacement subit du cœur, qui, du côté droit du sternum, peut être immédiatement porté sous le tétou gauche, doit certainement avoir une influence sur la production de la syncope. On voit, par exemple, dans l'observation de M. Roger, que l'on fut obligé de suspendre l'écoulement du liquide, à cause de l'état lipothymique du malade. Mais la syncope ne peut-elle avoir lieu que pendant l'opération ? Lorsque M. Trousseau vint demander à la Société des médecins des hôpitaux qu'elle était la cause de la mort de son vieux goutteux, il émit lui-même l'opinion que, par suite des accès très-violents de colère qu'avait eu le malade, par suite de son agitation, une syncope avait pu se produire, favorisée qu'elle était par la soustraction du liquide et les grandes modifications apportées à la position des centres de la circulation.

VI^e OBSERVATION. — *Hydrothorax* (goutte). — *Paracentèse*. — *Mort*. (Communiquée par M. Trousseau.)

Pendant l'automne de 1848, M. Trousseau fut mandé par M. le D^r Bonnassies auprès d'un M. L..., demeurant à Paris, quai Bourbon, n^o 19 (île Saint-Louis). M. L... était goutteux depuis sa jeunesse, et 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 la peau de ces parties 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 du côté gauche; l'épanchement remplissait tout le côté, refoulant le cœur et le diaphragme; et depuis plusieurs nuits il y avait des accès de suffocation qui faisaient craindre une mort imminente. Les 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 ce fait que le poumon, à chaque secousse de toux, venait battre contre la canule. On retira 2,500 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 de râle sous-crepitant. On doit dire pourtant que le déplissement du poumon fut extrêmement douloureux; la douleur persistait encore le lendemain matin: M. L... déclarait que cette douleur lui était parfaitement connue, qu'elle ne différait en rien de celle 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 issue fatale.

M. L... avait une violence de caractère extrême; malgré les ordres formels de MM. Trousseau et Bonnassies, il voulut se lever pour aller à la garde-robe. Il se leva donc, fit quelques pas dans la chambre, s'assit sur la 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 des efforts superflus, puis il regagna son lit; mais, en essayant de l'enjamber, il rendit le dernier soupir.

Le lecteur impartial jugera si ce fatal accident doit être imputé à la paracentèse de la poitrine; et s'il ne fût pas arrivé plus tôt encore si, avant la ponction, le malade eût été placé dans les mêmes conditions physiques et morales.

Il y a doute dans ce cas de mort; mais enfin, *a priori*, on peut juger que les syncopes sont favorisées par l'opération, et que c'est là un danger qui conduit à se demander: *quelle quantité de liquide faut-il retirer de la plèvre?* Pour répondre à cette question complexe, il faut en tenir compte de l'innocuité de la paracentèse en tant qu'opération seulement. Je crois qu'il n'est pas indifférent de vider d'un coup, et le plus qu'on le peut, la plèvre, car, d'une part, on s'expose à rompre les fausses membranes qui peuvent avoir contracté des adhérences assez intimes avec des organes importants; de l'autre, on peut déterminer les syncopes qui présentent bien leur danger. Si donc un malade portant un épanchement fort ancien, est pris de défaillances, même légères, pendant l'écoulement du liquide, s'il a éprouvé une toux très-douloureuse et fréquente, il est convenable de n'enlever qu'une partie du liquide, mesurée sur la quantité approximative du tout et sur l'état du malade. L'inno-

cuité de l'opération en elle-même, surtout quand l'épanchement est stercoreux, doit faire préférer une nouvelle ponction à des ruptures trop considérables et à un état lipothymique poussé trop loin.

Recherchons maintenant *ce qui arrive après l'opération*. Que l'on parcoure la série des observations, et l'on verra presque toujours, à de très-rares exceptions près, que les malades ont éprouvé une amélioration notable, et tellement sensible, de leur état asphyxique, que lorsqu'il y a eu reproduction de l'épanchement, c'est eux qui ont réclamé une nouvelle ponction, absolument comme cela arrive pour la paracentèse abdominale. Je me plais volontiers à faire ressortir les ressemblances qui existent entre ces deux paracentèses, afin d'encourager, s'il est possible, les médecins prudents, qui se représentent, quand on leur parle de paracentèse thoracique, l'opération de l'empyème, terrible, comme elle l'était autrefois. Ainsi, je le répète, à de très-rares exceptions, les malades ont éprouvé un soulagement réel après l'opération. Nous aurons à revenir plus tard sur cette question; constatons le fait, nous le discuterons ensuite. Je prends deux cas, l'un de guérison, l'autre de mort, pour montrer que, dans tous les deux, il y a eu une amélioration évidente.

VII^e OBSERVATION. — *Hydrothorax aigu. — Paracentèse. — Guérison.* (Hôpital Bon-Secours, salle Sainte-Marthe, n^o 17; service de M. Hardy.)

Laroque (Catherine), âgée de trente-neuf ans, malade depuis le 27 septembre 1850, entre le 8 octobre 1850, avec tous les signes physiques d'un épanchement à gauche. — Dans les trois jours qui suivent son entrée, l'épanchement fait des progrès considérables, et détermine une dyspnée très-grande. — Cet état se continue du 10 jusqu'au 16, jour où l'on fait la ponction. — Avant l'opération, le pouls était très-irrégulier, le cœur fortement déjeté à droite, la dyspnée excessive, la matité absolue dans tout le côté gauche. Par la paracentèse, on retire 2 litres $\frac{1}{2}$ d'un liquide citrin, transparent, qui se coagule par le refroidissement. Aussitôt après l'opération, le mieux est excessivement sensible, et la respiration facile; la malade se félicite du résultat déjà obtenu. Dans les premiers jours qui suivent l'opération, sans accidents notés, un peu de liquide se reproduit; mais il se résorbe peu à peu, et aujourd'hui, 30 novembre 1850, la respiration est presque naturelle.

VIII^e OBSERVATION. — *Empyème de pus. — Paracentèse. — Mort.* (Communiquée par M. Maubec.)

Le malade A..., bijoutier, vingt ans, avait eu une fièvre typhoïde fort grave, pendant laquelle les poumons avaient été sérieusement atteints. Durant l'hiver de 1848 à 1849, il avait été d'ailleurs fréquemment retenu au lit pour des accidents de poitrine peu caractérisés, mais qui néanmoins devaient faire craindre des tubercules.

Le 22 mai 1849, M. Maubec, qui avait été appelé pour une constipation opiniâtre, trouva un épanchement avec de telles proportions, qu'il appela M. Trouseau en consultation. La plèvre gauche était remplie par une énorme quantité de liquide; matité, refoulement du cœur, absence de bruits respiratoires, etc. Les espaces intercostaux largement distendus. — Une tumeur fluctuante molle existait dans le voisinage du mamelon; elle communiquait évidemment avec la plèvre, dont elle indiquait la rupture. — Suffocation imminente, cyanose des lèvres; le plus léger mouvement rendait la respiration haletante, faisait augmenter la dyspnée, et semblait rendre le danger imminent.

La ponction pratiquée fournit 11 litres $\frac{1}{2}$ de pus. — Retrait des organes, mais pas de toux, pas d'apparition des phénomènes de la respiration; amélioration notable. Le malade revient à la vie, sa figure se colore, et il jouit d'un bien-être indicible, dont il n'avait plus d'idée depuis longtemps.

Quelques jours après, l'épanchement, toujours fort abondant, n'avait pas augmenté, et ce malade se levait et marchait dans la chambre. L'appétit et les forces semblaient renaitre. — La plaie du trois-quarts se cicatrisa bientôt, mais la tumeur indiquée fut ouverte avec la lancette et resta fistuleuse. — Le malade se rendit dans sa famille, et succomba deux mois après l'opération.

La plèvre autour de la plaie s'enflamme quelquefois, cela doit être; mais il est assez difficile d'en donner une preuve par l'anatomie pathologique et par la symptomatologie. En effet, la paracentèse a causé trop rarement la mort dans un temps très-court pour qu'il ait été possible de bien reconnaître s'il y avait eu inflammation; quand la mort est survenue rapidement, déjà, avant l'opération, la plèvre était généralement enflammée, et l'on ne pouvait guère conclure. Cependant j'ai des exemples d'autopsies faites peu de temps après la ponction, et la plèvre n'était pas enflammée.

IX^e OBSERVATION. — *Hydrothorax ancien. — Paracentèse. — Mort.* (Hôpital Necker, 21 janvier 1850, service de M. Bricheateau. — *L'Union médicale*, 1850, p. 319.)

« Albert (Philippe), charretier, âgé de trente-huit ans, est atteint d'une pleurésie, avec épanchement considérable, maladie dont les signes étaient très-évidents, et par conséquent inutiles à détailler ici. L'épanchement occupait presque toute la hauteur de la plèvre du côté droit, et produisait dans la respiration une gêne assez forte, quoique non excessive, gêne qui était surtout manifeste lorsque le malade cherchait à se coucher sur le côté opposé, chose qui lui était à peu près impossible. » Légère amélioration, qui reste stationnaire pendant un mois, à la suite d'un traitement énergique, vésicatoires, purgatifs, etc. etc.

« Le malade revient, le 20 mai, dans un état beaucoup plus grave, ayant un épanchement qui remplissait de nouveau toute la poitrine, une toux plus fréquente et plus opiniâtre, et la figure un peu bouffie. Matité très-prononcée dans toute la hauteur du côté droit de la poitrine; absence complète de bruit respiratoire de ce côté. Sans être étouffé, il se plaint d'une gêne assez considérable dans la poitrine, et a, de temps en temps, des accès de toux sèche et saccadée; peu d'égophonie, le cœur n'est pas très-repoussé à gauche. » L'ancienneté de l'épanchement, la gravité des symptômes, et surtout l'insuccès des médications antérieures, déterminent M. Bricheateau, d'accord en cela avec M. Trouseau, à pratiquer la paracentèse. Cette opération fut faite, le 22 mai, par M. Lenoir, à l'aide d'un trois-quarts avec baudruche; « mais sans ponction sous-cutanée; il sortit 2 litres $\frac{1}{4}$ d'un liquide citrin, limpide, sans fausses membranes et sans trace aucune de sang ni de pus. L'oreille, appliquée pendant l'opération derrière la poitrine, entendit très-distinctement la respiration se rétablir à mesure que le liquide sortait au dehors, et permit d'assister, en quelque sorte, au dépiècement instantané d'un poumon qui avait cessé de fonctionner depuis plus de quatre mois. Le malade, qui n'éprouva pas le moindre accident ni pendant ni après l'opération, se sentit un peu soulagé, mais moins qu'on ne l'aurait supposé de prime abord, à cause de la persistance et même de l'augmentation de la toux. » En même temps, des râles muqueux et sous-crépitants, qui existaient déjà avant l'opération, du côté opposé, c'est-à-dire du côté gauche, qui avaient déjà fait supposer une lésion pulmonaire, devinrent plus intenses et parurent être la cause réelle de la persistance de la toux. Peu de jours après, l'épanchement se reproduisit en assez grande quantité dans le côté droit de la poitrine, et cette circonstance, jointe à la lésion du poumon opposé que dénotaient les râles mu-

queux et sous-crépitants, détermina une gêne très-grande dans la respiration, qui commença à inquiéter sur le sort du malade. Les râles sous-crépitants dans le poumon gauche devinrent assez secs pour faire croire à un commencement de pneumonie, et la gêne de la respiration devint telle, qu'on vit se joindre à l'œdème général, qui augmenta d'une manière considérable, un commencement de cyanose, surtout manifeste à la face et aux extrémités. On chercha à enrayer ces accidents, survenus ainsi assez rapidement, mais ce fut sans succès; et après une agonie assez longue, qui eut tous les caractères d'une lente asphyxie, le malade mourut le 5 juin, à dix heures du matin.

Autopsie. — Sérosité jaunâtre, limpide, dans le péritoine et le péricarde; la plèvre gauche en est remplie; fausses membranes de 1 centimètre d'épaisseur en quelques points. — Le poumon gauche est couvert de fausses membranes très-épaisses, rattachées contre la colonne vertébrale; il présente un commencement d'hépatisation, sans que ce soit une véritable pneumonie. — Œdème. — La piqûre de la plèvre paraît à peine, sans rougeur. — Un peu d'hypertrophie du cœur.

Quant aux symptômes, on trouve après l'opération, dans quelques observations, que la réaction inflammatoire était forte: à quoi était due cette réaction? à une pleurésie partielle, développée autour de la piqûre? à une pleurésie générale? à une pneumonie? La chose est assez difficile à dire, mais tout porte à présumer que rarement la plaie de la plèvre s'enflamme assez pour causer une pleurésie qui présente de la gravité.

Pour la plèvre en totalité, il n'y a pas de doute; il arrive quelquefois qu'elle s'enflamme. Je ne crois pas que ce soit une propagation, une irradiation de l'inflammation développée autour de la blessure; c'est bien plutôt la soustraction du liquide, le brusque changement d'état qui a donné un coup de fouet à une pleurésie en quelque sorte chronique, et qui sommeillait. Cette inflammation ne peut être, aujourd'hui comme autrefois, attribuée à la présence de l'air; et disons aussi que l'on retrouve cette conséquence de l'opération bien plus rarement: quand nous aurons spécifié les cas d'épanchements qui nécessitent la paracentèse, nous verrons que cette complication arrive le plus souvent dans les cas de pleurésie purulente; nous aurons à nous occuper de sa gravité en tant qu'objections

contre la paracentèse. Sans nul doute, il arrive quelquefois que le poumon s'enflamme, et cela dans les points où il est venu toucher la canule; mais ces cas sont rares et avec les précautions que nous avons indiquées, l'on peut parer à cet accident. L'observation n° 35 en est un exemple.

Quant à la reproduction du liquide, c'est une chose fréquente, et nous aurons à nous en occuper à propos des objections contre; nous verrons surtout, à propos de l'opportunité, qu'elle est pour beaucoup dans la reproduction de la collection liquide; mais nous dirons aussi que cette reproduction est accompagnée d'un mouvement symptomatique général dans quelques cas, qui fait que l'on est bien porté à croire que la première soustraction a mis en jeu de nouveau un état pleurétique ancien. Cependant il ne faudrait pas généraliser ce fait, et dans bien des cas, au contraire, en tenant compte du tempérament, de la constitution du malade, on verra sans nul étonnement que le liquide se reproduit sans être accompagné de réaction, absolument comme pour l'ascite. C'est donc une chose à laquelle il faut s'attendre, que la reproduction du liquide après la ponction.

La plaie de l'opération mérite d'attirer notre attention. On n'avait pas signalé le danger qui tient à l'inflammation dont elle peut être le siège: il m'avait frappé dès 1846. Voici ce que l'on observe: Quand on a terminé l'opération et que l'on a retiré la canule, après avoir placé la pièce de taffetas gommé, si l'on n'a pas pris soin de bien faire écouler le liquide contenu dans le trajet devenu oblique de la plaie, il n'est pas rare de le voir suinter; quand il est séreux, dans presque tous les cas, pour ne pas dire dans tous, cinq ou six heures suffisent pour que l'écoulement s'arrête tout seul, mais quand il est purulent, voici ce qui arrive: ou bien la plaie s'enflamme, et le conduit se tapisse d'un tissu de nouvelle formation, une fistule en est la conséquence; c'est le cas le plus heureux. La fistule peut bien s'établir pour un liquide séreux, comme M. Trouseau m'en a communiqué un exemple. En général donc, une fistule franchement établie, devenant une véritable diversion, comme on peut en

juger par la note suivante, n'a d'autre inconvénient que celui des fistules en général : ces fistules peuvent s'établir spontanément par la rupture de la plèvre.

X^e OBSERVATION. — *Hydrothorax. — Paracétèse. — Fistule spontanée. — État stationnaire.* (Communiquée par M. Trousseau.)

Martin (Anatole), âgé de vingt-deux ans, était traité d'une pleurésie du côté gauche par MM. Chomel et Henri Gueneau de Mussy. Il avait été aux eaux, et la maladie ne datait pas moins de trois ans quand il fut opéré par M. Trousseau; on retira 3 litres $\frac{1}{2}$ de sérosité sanguinolente. Six semaines après l'opération, une ouverture spontanée se fit au voisinage de la ponction, parfaitement cicatrisée; elle fut suivie de soulagement, et non de pénétration de l'air.

Depuis cette époque (deux ans), bonne santé; l'épanchement est toujours considérable, et la fistule déverse une quantité assez abondante de liquide tous les jours. Le malade va et vient, mange, marche, et n'exprime d'autre gêne que celle de la fistule.

Mais il peut arriver un autre accident bien plus grave. Je ne possède pas toutes les observations; on pourra s'en faire une idée par les faits suivants. En 1845, dans le service de M. de Larroque, fait par M. le D^r Beau, deux opérations de paracétèse thoracique furent pratiquées par M. Trousseau; l'on retira du pus, les deux malades étaient tuberculeux, tous les deux moururent avec une plaie dans le point où avait été faite la ponction, et avec une fistule thoracique. L'un d'eux ne mourut que dans l'année 1846, époque où M. Hervez de Chégoïn prit le service: c'est ce malade que j'ai pu observer. Il présentait une plaie grande comme une pièce de 5 fr., au centre de laquelle on retrouvait la ponction de l'espace intercostal fistuleuse et communiquant obliquement avec la plèvre; il s'échappait de la plèvre un liquide des plus fétides, séro-purulent, très-abondant: l'air avait pénétré. Le malade était dans un état de marasme qui se termina par la colliquation et la mort. Interrogeant sur ce qui avait précédé, j'apprenais que la piqûre s'était comme cicatrisée, puis qu'il était survenu des abcès, petits et multiples,

que la peau était tombée par portions, et avait ainsi laissé à nu les muscles intercostaux et les côtes, recouverts encore par des parties aponévrotiques. Dans le cas du petit scarlatineux, l'inflammation qui survint autour de la piqûre fut attribuée par M. Trousseau au vésicatoire. Je ne nie pas que cette cause n'ait pu agir; mais cependant, que l'on suive sa marche, et l'on verra que la plaie semble se former à l'extérieur, et que la tuméfaction continue au-dessus; que l'examen du cadavre montra des loges multiples, placées autour de la piqûre, comme dans cet état que je citais plus haut. Ici l'écoulement du pus s'était prolongé plusieurs jours, et je crois fermement que sa présence fut une cause irritante des tissus, qui détermina l'inflammation; ainsi, en résumé, le pus peut causer, quand il ne fuse pas au loin, une fistule franche, mais il peut aussi, quand il fuse en circonférence, déterminer l'inflammation sous-cutanée, le sphacèle de la peau. Il suffit, je crois, de faire connaître cet accident de la plaie pour en comprendre toute la gravité; il est rare, et le devient d'autant plus que l'on enlève la canule avec plus de précautions. Je crois qu'après l'opération, quand le liquide continue à couler, il est bon de faire, par des pressions dirigées de haut en bas, c'est-à-dire suivant le trajet de la plaie, couler tout le liquide qui pourrait se trouver dans son trajet, et de pratiquer une compression à l'aide d'une pelote de charpie dans la partie correspondante afin, de s'opposer à la sortie d'une nouvelle quantité de liquide. C'est un soin que je ne regarde pas comme superflu et qu'il est bon de ne pas négliger en raison de la gravité très-grande qui peut être la conséquence de l'oubli. Disons qu'en général, une compression forte sur la plaie suffit pour arrêter l'écoulement, et par conséquent est propre à prévenir l'établissement des fistules.

OBSERVATION XI. — *Empyème de pus.* — *Anasarque et albuminurie scarlatineuses.* — *Mort.* (Hôpital des Enfants Malades, 1849, service de M. Trousseau. — Recueil par l'auteur.)

L'enfant sujet de l'observation fut apporté, le 9 septembre 1849, dans un état

très-grave, datant de la fin du mois d'août. Le 20 de ce mois, il avait été pris d'une scarlatine qui paraissait avoir été assez sérieuse; elle était accompagnée de délire, et avait été traitée comme une fièvre typhoïde. La mère disait que son enfant était d'une belle santé, qu'il était fort et robuste, et que rarement il était malade. Il avait six ans.

L'examen le plus superficiel faisait reconnaître une anasarque très-considérable, avec des urines précipitant abondamment par l'acide nitrique; enfin un épanchement énorme à gauche. Un vésicatoire fut appliqué sur le côté, et une infusion de digitale prescrite.

17 septembre. L'enfant était plutôt assis que couché dans son lit, souteau par des oreillers. La respiration, très-haletante et rapide, lui donnait à peine le temps de répondre par monosyllabes quand on l'interrogeait; la face était livide et cyanosée, les extrémités refroidies.

Tout semblait indiquer une mort prochaine; les battements du cœur, très-rapides et petits, n'étaient plus sensibles aux radiales. La matité était absolue dans toute la partie gauche de la poitrine; la voussure et l'effacement des espaces intercostaux se faisaient peu remarquer, masqués qu'ils étaient par l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané. Le cœur battait complètement à droite, au bord droit du sternum; on n'entendait pas la respiration en avant. En arrière, ni percussion ni auscultation ne furent pratiquées, car elles n'auraient pas mieux éclairé le diagnostic, et la faiblesse de l'enfant, son anxiété, ne permettaient pas un examen fatigant. La langue était blanche sur les bords, un peu sèche, et râpeuse sur la ligne médiane; les selles étaient diarrhéiques.

M. Trousseau se décida à faire l'opération. Le vésicatoire appliqué juste sur le siège d'élection, gêna un peu pour relever la peau après la première incision; tout avait fait penser que l'épanchement formé sous l'influence de la cause de l'anasarque était sérieux. On retira, contre la prévision, 1 litre de pus. Quand l'opération fut terminée, la sérosité qui s'écoulait du tissu cellulaire souleva le taffetas d'Angleterre, et le liquide purulent de la plèvre s'échappa de nouveau. Une compression, à l'aide d'un tampon de charpie, arrêta l'écoulement. Dès que l'opération fut faite, le cœur revint à gauche: on entendit du souffle dans le haut de la poitrine; l'anxiété diminua; l'enfant se laissa aller sur ses coussins, et s'endormit. Plus tard, il joua, et parut grandement soulagé.

Dans les deux jours qui suivirent, il s'opéra une amélioration extraordinaire. La bouffissure générale diminua très-notablement; ce fut au visage que la diminution fut surtout sensible. Combien l'expression était différente! La lividité avait disparu; les joues étaient, au contraire, un peu rosées; la peau avait perdu au moins sa teinte cyanique et son froid des premiers jours; la langue était

rouge et un peu sèche. L'état de la poitrine ne s'était pas amélioré dans les mêmes proportions; le cœur battait exactement sur la ligne médiane; la matité était toujours complète du côté malade, et l'on entendait toujours du souffle en haut, en avant et en arrière, ainsi que l'égophonie, mais bien faible. Cependant la respiration était assez calme. Le liquide purulent cessait de s'écouler par la plaie; mais, autour et au-dessus d'elle, il y avait une légère tuméfaction douloureuse au toucher; le vésicatoire était en partie desséché.

On cautérisa la plaie avec du nitrate d'argent. Depuis l'opération, on avait supprimé la digitale, et l'on ne donnait que du lait et de la tisane sucrée avec du sirop d'orgeat.

Le 18, les signes sont identiques, et l'épanchement n'a pas fait de progrès. On a une lueur d'espérance, car les urines sont à peine albumineuses. En pressant la tumeur, qui s'était manifestée au point où avait été faite l'opération, on fait sortir du pus bien crémeux et lié; il s'est donc produit dans la plaie oblique un travail phlegmoneux qui précédera probablement l'établissement d'une fistule. On alimente médiocrement; on donne un peu de vin.

Le 19, l'état général est relativement toujours fort satisfaisant: la langue est plus naturelle; il n'y a pas d'accidents gastriques; le pouls, que la diminution de l'œdème permet de sentir, est toujours fort rapide; il bat 130 fois par minute. Dans la journée, l'enfant est devenu fort rouge. Ce qui avait été prévu hier s'est réalisé: il s'est écoulé par la plaie une quantité assez grande de sérosité purulente qui a taché le linge, et qui exhale une odeur fade, fétide. Quand on fait tousser l'enfant, ou quand il pousse comme pour aller à la garde-robe, on peut recueillir une cuillerée de liquide tout à fait purulent. La voussure de la poitrine paraît moindre que les jours précédents; il n'y a pas de gêne de la respiration; le cœur bat toujours sous la ligne médiane. On alimente; on donne 3 centigrammes de poudre de digitale.

Le 20. Depuis hier, quatre selles diarrhéiques; l'enfant a faim cependant.— On supprime la digitale, et on donne 15 grammes de vin de quinquina. Le pouls n'a pas autant de rapidité: 112. L'anasarque a disparu aux jambes; les espaces intercostaux commencent à paraître. L'acide nitrique trouble légèrement les urines. Si, depuis la visite précédente, il s'est écoulé une assez grande quantité de liquide par la fistule, celle-ci commence cependant à s'oblitérer; car, en cherchant, comme hier, à recueillir du liquide dans une cuiller, c'est quelques gouttes seulement que l'on obtient.

Du 21 au 24. Les symptômes restent les mêmes; seulement le liquide ne s'écoule plus par la fistule, mais l'affaiblissement va toujours augmentant, la diarrhée persiste, et la mort arrive après deux syncopes.

Autopsie. — La plèvre est remplie par un liquide purulent; elle est tapissée par de fausses membranes; le poumon, ratatiné, est recouvert par les produits plastiques; tubercules dans le poumon et les ganglions bronchiques; à la face interne on n'aperçoit pas la piqûre; le trajet de la plaie est oblique, et entouré de petits abcès formant autant de clapiers purulents. C'est avec grande peine que l'on fait parvenir un stylet dans la plèvre, en suivant le trajet de la plaie de dehors en dedans.

XII^e OBSERVATION. — *Hydrothorax.* — *Paracentèse.* — *Amélioration.* — *Empyème de pus.* — *Paracentèse.* — *Mort.* (Communiquée par mon collègue Piogey.)

Roger (Pierre-Léon), âgé de vingt-cinq ans, boursier, lymphatique, éprouvait depuis trois mois un malaise général qu'il attribuait à de grands travaux, quand le 17 février 1849, il éprouva une douleur vive à gauche, avec oppression et toux, qui l'obligea à suspendre son travail. Il a subi l'application de 15 sangsues. Le mal s'aggravant, il entre à l'hôpital Necker le 27 février 1849; il est couché au n^o 41, salle Saint-Jean. A ce moment, face bouffie, cyanosée, yeux anxieux, largement ouverts; décubitus horizontal impossible; le malade se plaint de suffoquer. Matité absolue à gauche, déplacement du cœur, pouls petit et fréquent, 116 à 108 puls. Cet état persiste jusqu'au 2 mars. On avait pratiqué des saignées qui avaient été couenneuses et n'avaient en rien amélioré l'état.

Le 2 mars. Deux syncopes dans la matinée; l'épanchement dilate les espaces intercostaux, refoule le cœur à droite et remonte jusqu'à la clavicule. Le pouls, à peine perceptible, ne peut être compté, car on ne trouve que 56 pulsations; les extrémités se refroidissent, se cyanosent et se couvrent de sueur froide. Paracentèse pratiquée par M. Lenoir, avec les précautions indiquées par M. Troussau; on retire 4 litres d'un liquide citrin transparent, qui se prend en gelée. Pendant l'opération, le malade revient à la vie, sa respiration devient facile, le pouls devient fort, et la cyanose disparaît; matité seulement dans la moitié inférieure du thorax; murmure respiratoire dans le haut.

Arrivés au 14 du mois, et nous trouvons le malade mangeant 2 portions, l'on conçoit la plus heureuse espérance. La matité existe, il est vrai, dans le bas du thorax, mais la respiration s'entend dans le haut.

Le 17. Les accidents reprennent presque subitement une très-grande gravité, et la matité est presque aussi prononcée que le jour de la thoracentèse. Les symptômes qui sont la conséquence de cette recrudescence du liquide ne se représentent plus. (Large vésicatoire.)

Le 21. L'épanchement a fait de tels progrès, que la matité du côté gauche

descend presque jusqu'à l'ombilic et dans la fosse iliaque gauche. La suffocation est imminente ; 116 pulsations, 39 respirations. La paracentèse est pratiquée de nouveau et donne une grande quantité de pus fétide. Dès ce moment, le pus s'écoule par la plaie ; l'infiltration purulente descend dans le tissu cellulaire, jusqu'à la crête iliaque ; la plaie s'enflamme, les bords se tuméfient, se rejettent en dehors, prennent une teinte livide, et laissent pénétrer l'air ; la colliquation arrive, et le malade meurt.

Tubercules dans les poumons ; état suppuratif de la plaie.

Cette observation montre, je crois, nettement l'influence bien différente du pus et de la sérosité qui s'écoulent après l'opération.

En résumé, l'opération, telle que nous venons de la décrire, est-elle une opération grave, soit pour les difficultés dont elle est entourée, soit par ses conséquences ? J'ai cherché à analyser le plus complètement qu'il m'a été possible, dans ses moindres détails, le manuel opératoire et les phénomènes qui se passent pendant et après ; j'ai recherché les causes de danger, et je crois avoir montré que dans le plus grand nombre de cas l'innocuité de la paracentèse thoracique, faite comme elle est conseillée aujourd'hui, était une chose évidente ; que les suites fâcheuses qui viennent compliquer la plaie se rencontrent le plus ordinairement dans les épanchements purulents. Que l'on suive, du reste, la série des observations, et c'est à peine si l'on trouve notées des indications sur la plaie, ce qui démontre sa rapide cicatrisation.

III.

APPLICATION DE LA PARENCEŒSE THORACIQUE.

J'ai dit comment, autrefois l'opération conseillée presque exclusivement pour l'empyème de pus, avait été appliquée par M. Trou-

seau aux hydrothorax aigus. Il est, je crois, impossible de bien préciser les cas, si l'on ne commence d'abord par caractériser nettement les différents épanchements pleurétiques. Cela fait, il n'y aura plus de doute, et toute méprise sera impossible quand je dirai à tel cas convient la paracentèse; ce sera au cas que préalablement j'aurai défini. Bien s'entendre donc sur la maladie est le premier point; c'est un point capital.

§ 1^{er}. — DES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES.

Ce n'est pas une histoire complète des épanchements de la plèvre que je veux faire ici; je renvoie aux articles *Plèvre*, *Pleurésie*, *Empyème*, *Hydrothorax*, etc., des dictionnaires et ouvrages spéciaux de pathologie. Ce que je veux, c'est bien caractériser, par leur origine, leur cause, leur nature et leur marche, la plupart des collections liquides de la plèvre; aussi, pour atteindre ce but, je crois qu'il faut diviser en trois parties leur histoire, suivant que l'on considère leur cause, la nature du liquide, ou leur durée.

A. Les épanchements considérés d'après leurs causes.

Les uns sont *traumatiques*, je ne les signalerai que pour mémoire; je n'ai pas d'observations qui se rapportent à eux; je n'aurais d'ailleurs rien à en dire touchant la paracentèse. Je ne sais si elle leur a été appliquée suivant le procédé nouveau; mais, en tout cas, la nature de ces épanchements, les caillots qui en sont la conséquence, ne font pas *a priori* sentir l'utilité de l'opération.

Il en est qui sont dus à une *altération organique locale*: tels sont les hydatides de la plèvre, les tubercules et le cancer. Les hydatides sont une production animale; je ne les ai placées dans cet endroit que pour ne pas multiplier les divisions. Les cancers nous ont fourni plusieurs observations.

XIII^e OBSERVATION. — *Hydatides de la plèvre.* — *Mort.* (Service de M. Andral.
— Communiquée par mon collègue Lemaistre.)

Geneston (Françoise), âgée de quarante et un ans, marchande des quatre-saisons, entre le 14 février 1850. Dix-sept mois avant, douleur vive dans le côté gauche, sans cause connue; augmentant au moindre mouvement, d'où anhélation. Du reste, point de fièvre. Elle reste dans cet état pendant dix mois; sur la fin de cette époque, l'appétit s'est perdu, la respiration est devenue plus courte, et la malade s'est vue forcée d'entrer à la Pitié, service de M. Gendrin, où l'emploi de la digitale et l'usage de six cautères n'ont produit aucun soulagement: elle quitte la Pitié et passe à la Charité. La respiration est courte, arrêtée par un point de côté à gauche qui augmente au moindre mouvement; matité absolue partout, nullité du bruit respiratoire; un peu de souffle et d'égophonie peut-être dans la fosse sus-épineuse. La toux est sèche, peu fréquente; légers troubles gastriques intermittents; pouls à 116 puls.; figure allongée; sillons naso-labial très-prononcé, ailes du nez un peu dilatées; teint pâle parfois; joues colorées, un peu saillantes. — Émissions sanguines, purgatifs, digitale, digitaline, sans aucun résultat. — La malade va de mal en pis. On perçoit un bruit de frottement très-manifeste à la base du poumon gauche, et cependant la percussion et l'auscultation ne sont modifiées en rien; des étouffements se manifestent, la figure se cyanose; du délire avec sueur profuse arrive. On arrête la paracentèse le 9 pour le lendemain; la malade meurt à onze heures.

A l'autopsie, nous avons trouvé une seule poche d'acéphalocystes renfermant des échinocoques très-visibles au microscope, tapissant exactement la plèvre remplie de plusieurs litres d'une sérosité jaunâtre, transparente, sans aucun autre kyste dans son intérieur, et séparée de la plèvre à la cage thoracique par une couche de fausses membranes très-peu consistantes entremêlées de pus.

XIV^e OBSERVATION. — *Épanchement séro-sanguant, d'origine cancéreuse.* — *Paracentèse.* — *Mort.* (Service de M. Andral. — Communiquée par mon collègue Lemaistre.)

Fayard, âgé de soixante-trois ans, peintre en bâtiments, entré le 25 mai 1850, salle Saint-Félix, n^o 12. En 1848, pleurésie à la suite de laquelle il s'est très-bien rétabli. Au commencement de mai 1850, ce malade, à la suite d'un excès de fatigue, a été pris, le soir, en rentrant chez lui, d'un frisson et d'un point de côté situé en dehors et en arrière du mamelon droit. Ce point de côté ne l'a pas empêché de travailler encore quelque temps; mais depuis cinq jours il a été obligé de cesser toute occupation. A son entrée, respiration haletante, pouls à 108

Tous les signes d'un vaste épanchement du thorax; douleur à la partie latérale et inférieure de la poitrine, s'irradiant dans l'épaule; matité absolue dans tout le côté droit, jusqu'au creux sus-claviculaire; vibrations thoraciques presque nulles; souffle rude, presque métallique; bronchophonie. Les émissions sanguines, les vésicatoires, les purgatifs, le calomel jusqu'à salivation, les diurétiques, sont successivement employés sans le moindre amendement; le nombre des pulsations s'élève bientôt à 124, la respiration devient de plus en plus courte; les forces du malade vont toujours s'affaiblissant.

Enfin, le 10 juin, le pouls est à 130; de l'œdème, depuis quelques jours, s'est manifesté dans toute la partie latérale droite de la base du thorax, et le malade est pris d'une douleur très-vive et subite dans la partie affectée, ce qui rend sa respiration plus courte encore. Après avoir longtemps hésité, à cause de la débilité de l'individu, M. Audral, en désespoir de cause, se résout enfin à l'opération, et me la fait pratiquer.

La paracentèse est pratiquée avec les précautions indiquées. Sortie de 1100 grammes de sérosité sanglante, ce qui fait redouter une lésion artérielle.

« Pendant l'écoulement du liquide, la main placée sur les parois thoraciques a perçu un gros frottement très-manifeste.

« La matité, après l'opération, était telle qu'avant; le souffle n'a point été modifié; l'absence de murmure respiratoire est restée partout complète, et cependant le malade s'est trouvé un peu soulagé. »

L'agonie commence le soir, et le malade meurt le lendemain dans la matinée.

A l'autopsie, on trouve une dégénérescence encéphaloïde fongueuse qui explique l'origine du liquide sanguinolent retiré par la paracentèse. La poitrine examinée montrait, d'ailleurs, que nul vaisseau n'avait été lésé. La plèvre pulmonaire, épaissie et fongueuse, appliquait le poumon ratatiné sur la colonne; la cellule cancéreuse a été retrouvée dans la matière qui se rencontrait encore dans le médiastin, la plèvre droite, et dans un seul ganglion mésentérique.

XV^e OBSERVATION. — Épanchement séro-sanglant, d'origine cancéreuse. — Deux ponctions. — Mort. (Communiquée par M. Trouseau.)

Salle Sainte-Anne, n^o 11. Bonnaire (Euphrasie), âgée de cinquante-quatre ans, domestique, ayant un cancer atrophique du sein droit, est entrée le 9 novembre 1844 à l'hôpital Necker; elle avait séjourné plusieurs mois à l'hôpital Saint-Louis, pour y être traitée de douleurs rhumatismales dans les membres, sans troubles généraux d'ailleurs. Elle prit quelques bains de vapeurs, et vers le 20 novembre, un jour qu'elle revenait de l'étuve, elle se sentit refroidie, et prit

une pleurésie aiguë à droite, qui n'offrit rien de spécial ; traitée par les émissions sanguines, les vésicatoires, la digitale et le calomel. Vers le 20 décembre l'épanchement, loin de diminuer, avait fait des progrès ; la fièvre persistait à un assez faible degré ; l'on mit trois cautères sur la poitrine, l'épanchement continue à croître, et à la fin de décembre il arrivait jusqu'à la clavicule et à la fosse sus-épineuse. Dans les premiers jours de janvier 1845, la dilatation devint évidente, bientôt la matité dépassa en avant la ligne médiane, le cœur se déjetait un peu à gauche. Vers le 20, la matité dépassait de 4 centimètres la ligne médiane. Le cœur était encore déjeté davantage, ainsi que le foie, qui était refoulé dans le ventre, et qui débordait de beaucoup les fausses côtes. Malgré cet état, pas de dyspnée, quelquefois de l'orthopnée le soir ; fièvre, face bouffie, infiltration des parois thoraciques. Le 24 janvier, la paracentèse est pratiquée suivant les règles habituelles ; pas de toux pendant l'écoulement de la sérosité qui était un peu sanglante. L'amélioration qui en est la conséquence est bien légère. Les signes stéthoscopiques restent les mêmes. Une sorte d'état stationnaire en bien se fait sentir du 1^{er} au 11 février ; mais à cette dernière date, se développe un érysipèle ayant pour point de départ un des cautères placés sur la poitrine. Malgré cet accident, l'épanchement ayant fait de nouveaux progrès et menaçant d'étouffer la malade, M. Trousseau refait la paracentèse, et obtient de nouveau un liquide séro-sanglant. Le soir de cette opération, la plaie laisse couler un liquide pleural. L'œdème du thorax augmente, les forces s'abaissent, et la malade meurt quelques temps après.

A l'autopsie, on trouve la plèvre cancéreuse, dans toute son étendue, couverte de tumeurs fongueuses d'encéphaloïde.

Quant aux épanchements pleurétiques dus aux granulations tuberculeuses de la plèvre, ils sont excessivement fréquents. Tantôt séreux, tantôt purulents, on sait de quelle gravité doit être le pronostic qui se rattache à eux par le pronostic de l'affection organique.

L'inflammation de la plèvre idiopathique et non symptomatique d'une autre affection est bien fréquemment la cause des épanchements. C'est ici le point en litige, le point qui soulève les discussions. Voyons ce qui est exact dans tout ce qui en a été dit ; à cette catégorie, je rapporterai : 1^o la pleurésie aiguë avec épanchement, 2^o l'hydrothorax aigu, 3^o l'hydrothorax essentiel.

La pleurésie aiguë avec épanchement se définit toute seule ; nous

reviendrons plus loin sur son compte. L'hydrothorax aigu est dû à l'inflammation de la plèvre, se traduisant en général par des réactions peu fortes, et par la prédominance de la sécrétion séreuse, non plastique, à l'opposé de ce qui arrive dans la pleurésie aiguë avec réaction franche et violente; en sorte que nous sommes obligé à chercher des distinctions presque subtiles. *L'un est-il la conséquence de l'autre? l'un peut-il exister sans l'autre? les deux peuvent-ils exister ensemble?* Toutes questions difficiles, mais qu'à l'aide des faits j'espère résoudre. Je crois donc qu'à moins d'avoir affaire à ces hydrothorax passifs, survenant chez des individus anémiques ou cachectiques, l'hydrothorax aigu, celui qui a le plus été étudié dans ces derniers temps, depuis que la paracentèse a été proposée pour lui, est dû à l'inflammation de la plèvre. Expliquons-nous: quand une pleurite se déclare, elle se conduit de plusieurs manières. Tantôt la sécrétion pleurale, peu abondante, et par cela même très-chargée de fibrine, se concrète bientôt et forme la pleurésie à fausses membranes, la pleurésie que l'on appelle avec raison la *pleurésie sèche, adhésive*; mais il n'en est pas toujours ainsi: la sécrétion peut prendre un développement tel, que la plèvre soit bientôt remplie. Dans ce cas, l'on a une pleurésie aiguë, avec épanchement; que la partie inflammatoire, et les symptômes par conséquent qui s'y rapportent soient très-faibles par rapport aux accidents sécrétoires, et l'on verra que les premiers passeront inaperçus, la collection liquide frappera seule le médecin. On peut trouver tous les intermédiaires, entre la pleurésie adhésive, la pleurésie avec épanchement médiocre ou excessif, et l'hydrothorax aigu. Il y a quelque chose dans l'essence même de la maladie, dans la manière d'être de l'individu, qui fait qu'une inflammation de la plèvre étant donnée; là, elle produira peu de liquide, beaucoup de fausses membranes; là peu de fausses membranes et beaucoup de liquide; que dans un cas, elle sera accompagnée de graves accidents inflammatoires; que dans l'autre, tout passera inaperçu.

J'ai nommé l'hydrothorax essentiel, que faut-il entendre par là? Nous sommes habitués, en pathologie, à donner le nom d'essentielles aux maladies dont nous ignorons la cause; ce mot cache notre ignorance, voilà tout. On entend, par cette désignation, un épanchement séreux venu sans cause appréciable et sans que la plèvre soit enflammée. Ceci peut paraître une répétition de ce qui vient d'être dit. On trouve des auteurs qui admettent que la pleurite est adhésive et sécrétante; que, dans le second cas, elle produit l'hydrothorax aigu; alors, pour ces auteurs, l'hydrothorax essentiel ne peut être la même chose que l'hydrothorax aigu. Mettant à part toujours les cas d'hydropisie passive, l'hydropisie essentielle du thorax existe-t-elle? C'est là une question sur laquelle on n'est pas d'accord, car toujours on pourra dire que la partie inflammatoire très-légère a passé inaperçue, et que l'on n'a pas d'exemple d'un hydrothorax débutant sans symptômes chez un individu robuste et bien constitué, allant toujours croissant et augmentant jusqu'au moment où on le découvre. Les hydrothorax, tels que l'on en trouve des exemples, ne sont pas, comme le dit M. Pidoux, dus absolument à une disposition séreuse qui, au sujet d'une légère inflammation, se traduirait par une crise du côté de la plèvre. Dans l'observation qu'on va lire, on trouve le type d'un homme robuste, et qui ne devrait avoir, d'après M. Pidoux, qu'une pleurésie adhésive; il a eu cependant un hydrothorax.

XVI^e OBSERVATION. — *Hydrothorax excessif.* — *Mort.* (Observation de M. Requier, recueillie par M. Pidoux, *l'Union médicale*, p. 456, année 1850.)

Un homme âgé de cinquante ans, négociant, d'une taille élevée, d'une constitution athlétique, ayant beaucoup d'emboisement, habitué à un régime succulent et à l'usage des alcooliques, entra à la Maison de santé le 9 juin dernier. Il était affecté d'une pleurésie du côté droit, et avait déjà reçu les soins de M. Gerdy. Vers les premiers jours de juillet, bien que l'épanchement fût toujours considérable, la fièvre disparut, l'appétit revint, et le malade parut entrer en convalescence. Néanmoins on insista sur l'emploi des purgatifs et des vésicatoires volants. A cette époque, il pouvait descendre au jardin; mais il éprouvait de l'es-

soutlement en montant les degrés; de plus, de temps en temps, survenaient des accès de dyspnée, dont l'intensité et la durée étaient d'ailleurs fort variables. Des potions antispasmodiques paraissaient le soulager.

Le 17 juillet, il se coucha à onze heures du soir; la nuit fut calme. Vers six heures du matin, il fut pris d'un accès de dyspnée d'abord peu intense; mais, une heure après environ, la dyspnée augmenta, le visage devint violacé, et la peau se couvrit de sueur. A huit heures, les accidents parurent si graves à la surveillante, qu'elle fit appeler l'interne de garde. Lorsqu'il arriva auprès du malade, celui-ci venait d'expirer.

Autopsie. — Les viscères abdominaux ne sont le siège d'aucune altération. La cavité pleurale droite contient un liquide séreux, transparent, dont la quantité peut être évaluée à 5 litres environ; de larges grumeaux fibreux nagent dans ce liquide. La plèvre pariétale est tapissée par une fausse membrane dense, blanche, ayant, dans quelques points, 6 à 7 millimètres d'épaisseur. Le poulmon, refoulé en haut et en dedans, et réduit, sous le rapport du volume, à sa plus simple expression, est enveloppé d'une fausse membrane continue à la précédente, de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, adhérent, dans quelques points, à la plèvre pariétale. Rien à gauche. Le cœur, parfaitement sain, est gorgé de sang.

En général les hydrothorax dont je rappelle l'histoire dans le courant de ce travail ne sont pas survenus sur des individus à aspect hydropique et lymphatique. Sans nier l'opinion de M. Pidoux, je ne crois pas qu'on soit obligé de l'admettre sans restrictions. En résumé donc, j'admettrai la pleurésie, sèche ou sécrétante, et l'hydrothorax aigu ayant pour cause une inflammation légère de la plèvre.

Je n'admettrai pas ici toutes ces distinctions et divisions de l'hydrothorax; divisions subtiles, peut-être importantes dans les classifications, mais pour le moins inutiles dans la médecine: « la nature, comme le dit M. Pidoux, est si différente de la nosologie. »

Pour cet auteur, dont je tiens à reproduire les idées, car elles sont empreintes d'un cachet purement médical et vitaliste, qui semblait disparaître sous le torrent des anatomo-pathologistes; pour cet auteur, dis-je, voici ce qui arrive dans une plèvre qui s'enflamme: chez

l'individu fort et robuste, elle produira des fausses membranes, et peu ou pas de liquide; chez *l'individu non robuste*, à disposition *séreuse*, comme il l'appelle, l'inflammation sera le motif d'une manifestation de la diathèse. Maintenant, que l'on suppose l'inflammation survenant chez des individus présentant ces conditions, que M. Pidoux traduit par le mot *état grave*, et la pleurésie sera *grave*, non pas dans ce sens qu'elle sera dangereuse en tant qu'épanchement, mais parce qu'elle sera marquée du cachet de *gravité* qui imprégnait pour ainsi dire toute l'économie. D'une autre part, si l'inflammation est survenue chez un individu à *diathèse séreuse*, les symptômes inflammatoires seront peu marqués, et la collection arrivera rapidement à son apogée, sans avoir été pressentie soit par le médecin, soit par le malade. Elle sera *latente*, non pas qu'elle soit tellement cachée qu'on ne puisse la découvrir, mais elle ne se traduira pas par des symptômes. Les signes physiques seuls pourront la faire reconnaître. Que si la pleurésie doit produire un épanchement, après huit jours, il sera rare de voir la collection liquide augmenter, tandis que s'il doit y avoir hydrothorax, l'épanchement ira toujours en augmentant; et alors, dit l'auteur, on voit le malade prendre l'aspect hydropique; l'hydrothorax aigu semble faire le passage entre les hydropisies et les inflammations. Ces idées sont parties d'un esprit éminemment vitaliste, et méritent toutes considérations; cependant je ne saurais les admettre dans leur entière acception. Ainsi les exemples sont là pour démontrer que nécessairement l'hydrothorax ne présuppose pas une *diathèse séreuse*, de même que l'on voit la pleurésie franchement inflammatoire s'accompagner d'un épanchement abondant, même chez des sujets robustes et faibles.

Nous persisterons donc dans ces divisions que nous avons admises, à savoir que les *hydrothorax* dits essentiels sont dus à une pleurite aiguë, plus ou moins intense, avec prédominance de la sécrétion; mais d'après leur caractère propre, il est bon de les diviser en *hydrothorax à marche rapidement ascensionnelle* ou *aiguë*

proprement dit, et en *hydrothorax stationnaire* ou à *marche chronique*, sans que l'on puisse entendre par ce mot de chronique quelque chose d'analogue à la pleurésie chronique ordinaire.

Ainsi définis, les épanchements aigus, idiopathiques si l'on veut, ont une marche un peu différente, suivant qu'ils se présentent avec l'un de ces caractères prédominants de la sécrétion ou de l'inflammation.

Quand il y a pleurésie franche avec une production de liquide plus abondante que d'ordinaire, l'on retrouve tous les signes et symptômes de la pleurésie. L'épanchement, surveillé attentivement, marche d'une manière ascensionnelle, sans obéir aux médications. L'œil doit être ouvert sur de tels épanchements, car ils finissent par prendre la forme de l'*hydrothorax aigu*, et quand les phénomènes inflammatoires sont tombés, l'épanchement peut continuer à croître et à augmenter démesurément.

Quand, au contraire, la plèvre attaquée par une légère inflammation sécrète une grande quantité de liquide, la marche est toute différente; et c'est là ce qui a porté les auteurs à considérer cette maladie comme spéciale, liée à un état spécial. A la suite d'un coup de vent, de froid, à la suite de l'on ne sait trop quoi, dans bien des cas, ou bien des causes déterminantes, en général des inflammations, les malades sont pris de petits frissons et de malaise, d'un peu d'inappétence et de courbature, peu ou point de douleurs de côté, d'un peu de toux sèche. Ces premiers symptômes sont laissés de côté, mais bientôt les malades éprouvent de l'essoufflement aux moindres mouvements; le décubitus horizontal les fatigue, surtout le décubitus sur le côté non malade; le malaise continue, la toux augmente de fréquence, ainsi croit, à l'insu du malade, une production qui va bientôt se traduire avec plus de force; alors deux choses arrivent, ou bien la maladie continue sa *marche latente*, comme dit M. Pidoux avec Laennec, et les malades ont de l'orthopné, sans avoir de la dyspnée, leur face devient un peu bouffie, et lavée d'une bien légère teinte cyanique; c'est une asphyxie lente

qui commence, et à laquelle semble s'accoutumer l'économie; le poulx devient petit et serré; la maladie peut être trompeuse dans ses symptômes, à ce point que l'orthopnée même disparaît, et que les malades peuvent se tenir couchés à plat.

XVII^e OBSERVATION. — *Hydrothorax latent.* — *Parentésée.* — *Guérison.* (Service de M. Pidoux, hôpital Necker. Extraite du mémoire de ce médecin, 1850.)

Un homme de cinquante ans arrive pâle, un peu cachectique, les malléoles légèrement infiltrées. Mes questions n'amenant aucune donnée précise sur la nature de sa maladie, je me mets à l'examiner physiquement. Côté gauche mat dans tous les points, en arrière et en avant. L'oreille n'entendait ni bruit normal ni bruit morbide dans aucun de ces points. La matité anticipait même un peu sur le côté droit, en avant. Le cœur battait faiblement, plus bas et plus à droite qu'il ne devait. Interrogé s'il avait éprouvé les symptômes de la pleurésie, et bien qu'on lui dépeignit chacun de ces symptômes, le malade n'accusait rien de spécial, si ce n'est un poids sur l'estomac et l'haleine courte, surtout quand il marchait, puis une petite toux sans expectoration. D'ailleurs pas d'antécédents tuberculeux, bien qu'il présentât l'aspect d'une maladie chronique. Le poumon droit sain, ainsi que le cœur. Comme fait antérieur, je ne recueillis d'intéressant que l'existence d'une éruption exanthématique de nature indéterminée, mais qui, suivant toutes les apparences, n'était pas la scarlatine. Les symptômes de l'hydrothorax avaient assez bien coïncidé avec la disparition de cet exanthème, et l'épanchement avait mis probablement un temps assez long, un mois peut-être, à atteindre le point où je l'observais. N'ayant pas vu de médecin, ce malade n'avait rien fait. Je fis beaucoup en très-peu de temps. J'accumulai rapidement les moyens énergiques : saignée du bras, ventouses scarifiées, vésicatoires, émétique, plusieurs hydragogues. N'obtenant pas même un commencement de résorption, je ne voulus rien accorder de plus aux règles du traitement classique, et pratiquai la ponction, M. Trousseau présent.

Je retirai 2 litres environ d'une sérosité limpide et jaunâtre. Toutes les précautions recommandées par M. Trousseau furent soigneusement prises. La respiration s'entend aussitôt dans le poumon. En bas et en arrière, persistait de l'obscurité dans le son et le murmure respiratoire. Le cœur reprit sa place. Le malade voulait sortir le lendemain. Absolument parlant, il en était capable; je l'en empêchai néanmoins, pour le garder environ un mois, pendant lequel l'épanchement ne se reproduit pas. La respiration et le son plessimétrique reprirent peu à peu leur caractère normal, tout en restant encore incomplets. J'ajoute

qu'en aucun point de ce côté de la poitrine, la respiration ne recouvra la perfection du côté droit.

Mais, dans tous les cas, l'économie ne souffre pas patiemment cette gêne d'une fonction importante, et alors toute cette série de phénomènes, que l'on remarque dans l'asphyxie, se présente avec une intensité des plus grandes. Cyanose de la face, anxiété, frayerie du malade, traduite par son regard, par ses plaintes continuelles et ses efforts pour obtenir l'introduction de l'air dans les poumons; la bouffissure du visage, celle des mains, ainsi que leur refroidissement; l'orthopnée et dyspnée d'une intensité et d'une gravité même effrayante pour le médecin.

XVIII^e OBSERVATION. — *Hydrothorax aigu. — Paracentèse. — Guérison.* (Service de M. Boullay, Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, 31 août 1848. Communiquée par MM. Tardieu et Pillet.)

Millin (Auguste), quarante-six ans, tailleur, entré le 8 avec un vaste épanchement pleurétique du côté gauche. Au dire du malade, sa maladie ne remonterait pas au delà de seize jours. Avant cette époque, il avait des attaques d'épilepsie qui revenaient toutes les six semaines. Mauvais état général, côté gauche du thorax dilaté outre mesure, espaces intercostaux faisant saillie en dehors des côtes; cœur refoulé au delà du sternum, battant sous le mamelon droit, absence complète du murmure respiratoire dans tout le côté; matité depuis la base jusqu'au sommet, en avant et en arrière; égophonie dans la moitié supérieure du thorax; la dyspnée est extrême, la respiration accélérée, les paroles entrecoupées, la voix éteinte, la face cyanotée; son expression anxieuse, inquiète; le malade craint une mort prochaine; la peau est chaude, sèche; le pouls petit, mou, précipité.

Le soir du second jour, les accidents ont augmenté d'intensité.

Le lendemain, au matin, l'opération de la paracentèse, suivant les indications données par M. Trousseau, est pratiquée devant MM. Boullay, Tardieu et Gosselin. On retire 4 litres d'une sérosité limpide, citrine. Après l'opération, le malade ressent du bien-être, il respire facilement, tous symptômes alarmants ont disparu, etc. Le thorax est sonore à l'endroit où existait la matité; on entend un peu d'expansion vésiculaire au sommet. (Julep avec 0,10 gr. de digitale.) Rien de remarquable pendant deux jours; le malade est bien, cependant l'expansibilité vésiculaire est faible.

Le troisième jour après l'opération, matité dans les deux tiers inférieurs du côté gauche, égophonie en avant, sous le bord du grand pectoral. On craint la formation d'une nouvelle collection liquide. Cependant ces symptômes diminuent graduellement les jours qui suivent. La voussure thoracique a disparu.

Le 12 septembre, on entend la respiration partout, un peu faible à la base, dans le tiers inférieur. Le poumon ne semble pas encore entièrement revenu sur lui-même; la respiration est faible partout à la base; la sonorité obscure dans le même point, mais l'état général est excellent; le malade commence à se coucher sur le côté gauche. Il sort en bon état le 27 septembre.

Cet état peut durer quelquefois plusieurs jours, ou se terminer brusquement.

J'avoue que, lorsque je le vois, je ne puis avoir la sécurité de MM. Gendrin et Valleix, qui affirmaient à la Société des médecins d'hôpitaux, qu'ils avaient vu des malades dans la période extrême des pleurésies, qui semblaient devoir mourir, avoir parfaitement guéri.

Il est, je crois, inutile de dire que, dans les deux cas, l'auscultation et la percussion donnent des résultats d'une valeur et d'une netteté positives. Disons pourtant que, dans ces épanchements excessifs, le cœur est entendu et senti depuis le côté gauche, par exemple, jusqu'en dehors du mamelon droit, que le refoulement de tous ces organes est tel que la rate peut faire saillie jusque dans la fosse iliaque gauche, et que la matité est même absolue dans le creux sus-claviculaire.

Ainsi voilà deux manières d'être d'une maladie qui conduit, comme je le démontrâis, à la mort, de deux façons bien différentes. Dans le second cas, quand l'asphyxie se montre avec toutes ses angoisses, les phénomènes sont bien facilement expliqués: pour ceux qui étudient avec tant de soin l'action physique des agents extérieurs, sans s'occuper de la partie vitale, pour eux, dis-je, le liquide affaisse un poumon; la respiration est empêchée mécaniquement, et les symptômes que l'on remarque en sont la conséquence: c'est l'asphyxie par occlusion des voies respiratoires. Mais comment expli-

quer ce calme quand l'épanchement reste latent jusqu'à la mort, et quand il présente absolument les mêmes conditions d'être? Il y a ici quelque chose d'analogue à ce que l'on voit pour le croup : dans la majorité des cas, il y a lutte entre la vie et le mal qui ferme la glotte. Dans d'autres cas plus rares, la vie semble vaincue et n'oppose plus aucune résistance, les malades s'endorment de plus en plus, et ils rendent le dernier soupir sans cette scène, si pénible à voir, de véritable strangulation. Le rapprochement me frappe, et je n'ai pu m'empêcher de le signaler, car souvent j'ai cherché à m'expliquer cette différence dans l'extinction de la vie. Pendant les deux années que j'ai passées en qualité d'interne dans les hôpitaux d'enfants de Paris, j'ai vu de nombreux croups, et jamais je n'ai pu apprécier la cause de cette différence de mort. N'y a-t-il pas là quelque chose qui nous échappe, quelque chose qui appartient à la vie dans sa partie la plus intime, quelque chose enfin qui ne sera jamais à la portée des physiatres ou des organopathologistes, qui rapportent à telle lésion régulièrement tel symptôme, sans compter qu'en dessous se trouve la vie, pour modifier ce qu'ils ont nommé des lois. Une autre cause de mort est la syncope. J'en donnerai l'explication en traitant de l'opportunité.

Il est une chose remarquable, c'est la fréquence des épanchements considérables du côté gauche. L'on dit que les épanchements nous frappaient davantage, quand ils étaient de ce côté, à cause du déplacement des organes, et des troubles fonctionnels qui en étaient la conséquence. Quelle que soit l'explication, voici le fait : sur 50 cas que je rapporte, 41 se trouvaient à gauche.

Après les épanchements *traumatiques*, après ceux dus à une *cause organique locale*, à une *cause inflammatoire locale*, viennent les épanchements dus à une *cause générale*. — C'est une nouvelle classe d'épanchements. Citer le *rhumatisme*, la *goutte*, les *dartres supprimées*, c'est faire connaître des épanchements qui méritent l'attention, car ils peuvent prendre un accroissement tel qu'ils

compromettent immédiatement la vie. Ils n'ont rien de particulier à mentionner.

Enfin arrive une dernière classe d'épanchements et qui prennent le non d'*hydrothorax symptomatiques*.

Je crois par cela même que je les ai dits symptomatiques, que j'ai nommé les hydrothorax que l'on rencontre dans les maladies du cœur, dans l'*anémie*, dans l'*albuminurie*, etc. etc. Je renverrai à ces ouvrages minutieux et classificateurs qui traitent de toutes ces causes des hydropisies en général, et par cela même des hydropisies de la plèvre.

B. Des épanchements considérés d'après la nature du liquide.

Nous verrons que la nature du liquide est pour beaucoup dans la question. Faut-il opérer? Le sang se rencontre dans les épanchements traumatiques, la sérosité, dans les hydrothorax aigus, qu'elle constitue absolument, et dans les hydrothorax symptomatiques des hydropisies. — Il est une cause d'hydrothorax qui produit souvent un liquide séreux, sa reproduction est fréquente, je dirai même habituelle: mais le liquide devient *séro-purulent*, et puis enfin *purulent*. — On rencontre des épanchements *séro-sanguins* sans qu'il soit facile de préciser au juste la cause de ce mélange du sang (1).

(1) Exemple, l'observation 10 déjà citée. Dans l'observation suivante, le sang était en telle quantité, qu'un véritable caillot fut produit. Disons pourtant que, dans deux observations de cancer de la plèvre, on trouvera la raison de ce mélange de sang avec la sérosité.

XIX^e OBSERVATION. — *Épanchement séro-sanglant pleural. — Paracentèse. — Paraplégie. — Mort.* (Service de M. Tardieu, communiqué par ce médecin et mon collègue Becquet.)

Frey, cinquante-un ans, ancien militaire, de constitution forte, mais détériorée, d'une santé assez bonne, n'avait jamais eu de maladie de poitrine. Depuis l'âge de vingt-cinq ans, il avait une expectoration muqueuse habituelle, qui cessa il y a quatre ans. Il y a quatre mois, il fut pris d'oppression, de douleurs vagues dans la poitrine, et de toux, qui persistèrent, sans l'obliger à suspendre ses occupations. Depuis quinze jours, il lui est survenu une faiblesse générale, qui, allant toujours croissant, l'a déterminé à entrer à l'hôpital. On trouve un épanchement considérable à gauche, avec des râles de catarrhe à droite; une grande faiblesse des jambes et une rétention d'urine, qui font craindre une paraplégie. Le 4, l'opération pratiquée fournit 3 litres d'un liquide fortement coloré en rouge, qui donne un caillot assez résistant; le malade la supporte sans se plaindre. On l'engage à tousser un peu pour faciliter l'évacuation du liquide; il n'éprouve pas de douleur, et la respiration ne s'accélère pas notablement.

Après l'opération, le pouls est calme, la respiration s'entend dans toute l'étendue de la poitrine; les bruits du cœur sont plus distincts; le soir, le pouls est fréquent, la peau chaude. Du 5 au 8, amélioration des symptômes, mais persistance de la rétention d'urine, avec un peu de catarrhe vésical. Vésicatoire à l'hypogastre.

Du 8 au 16. Pneumonie avec crachats rouillés, et râles crépitants à droite; saignée, tartre stibicé, amélioration; mais le 15 et les jours suivants, la paraplégie augmente; incontinence d'urine, eschare au sacrum. Mort dans le marasme.

Autopsie. — Poumon droit sain, un peu congestionné; poumon gauche splénifié, ratatiné; liquide séro-sanguinolent limpide dans la plèvre; cœur à peine déplacé. La plaie de la ponction est à peine appréciable.

Les collections *purulentes* sont fréquentes, et, la plupart du temps, elles sont dues à l'affection tuberculeuse. Ce qui doit rendre fort suspect dans le pronostic, en partie sur un épanchement de ce genre. — *Est-il possible de diagnostiquer une collection séreuse d'une collection purulente?* Question difficile à résoudre, et cependant bien importante, car, lorsque l'on n'a pas la main forcée à l'opération, il est

utile de bien peser les circonstances avant de plonger le trois-quarts dans une plèvre remplie de pus. — Dans l'observation du petit scarlatineux (obs. 11), tout portait à croire que la plèvre était remplie d'un liquide analogue à celui qui emplissait le tissu cellulaire. Eh bien, l'on eut du pus. Dans bien des cas, l'on a des mécomptes et l'on en aura encore, justement parce que l'hydrothorax à marche latente peut paraître chronique, et donner lieu à une supposition de l'existence du pus, et réciproquement. Une autre cause de ce doute est celle-ci. — Les tubercules de la plèvre, à l'état de granulation, fournissent d'abord un liquide séreux, venant facilement et augmentant beaucoup; puis le liquide devient purulent. — Il y a donc là une cause d'erreur qu'il est utile de connaître. La marche de la maladie, sa nature peuvent seules indiquer la vérité; c'est donc en étudiant les points de l'histoire des épanchements que l'on arrive avec réserve, toutefois, à se former une opinion sur la nature du liquide. — Enfin, pour ne rien omettre, l'épanchement pleural peut être mêlé à de l'air, c'est l'hydro-pneumothorax, dont la gravité est d'autant plus grande que la fistule bronchique a le plus souvent pour origine des tubercules.

Ces épanchements, eu égard à leur *date* et à leur *durée*, sont dits *chroniques* et *anciens*. Presque toujours ils sont liés aux causes organiques que j'ai signalées, soit générales, soit locales. — Mais ce n'est pas à dire que l'hydrothorax idiopathique, et l'épanchement dû à une pleurésie ne puissent devenir chronique par leur *date* et leur *ancienneté*. — Presque toujours aussi, quand on parle des épanchements chroniques, on entend parler des collections purulentes. — C'est qu'en effet le pus est une conséquence de l'ancienneté, souvent aussi on entend par *chronique* des épanchements tuberculeux. Enfin ils peuvent être *aigus*, et se rapportent alors presque toujours aux épanchements *séreux, inflammatoires*.

§ II. — DANS QUELS CAS PEUT-ON APPLIQUER RAISONNABLEMENT
LA PARACENTÈSE DE LA POITRINE ?

Avant de spécifier les cas qui nécessitent la paracentèse, il est utile de rendre incontestables certaines propositions, sujets de controverses.

1° *Les hydrothorax aigus tuent-ils par excès de liquide épanché ?*

La fameuse série des 150 cas de pleurésie aiguë simple de M. Louis, servant à poser une loi qui fait que l'on ne peut plus mourir maintenant de cette maladie, a fourni bien des arguments contre la paracentèse de la poitrine, nous aurons plus tard à nous occuper de ces arguments; en ce moment, démontrons la fausseté de la loi. Voici les cas que j'ai pu recueillir. Je tiens à les publier, car, en 1850, des médecins des hôpitaux affirmèrent que la maladie dont je m'occupe n'est pas dangereuse, en tant que cause immédiate de mort, M. Trousseau a vu mourir quatre fois, et c'est ce résultat qui l'a conduit à la paracentèse.

Il est inutile de commenter ses observations, elles en disent assez par elles-mêmes.

XX^e OBSERVATION. — *Hydrothorax excessif. — Mort.* (Communiqué par M. Tardieu.)

En 1832, entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service que je faisais conjointement avec M. Récamier, une femme, d'une cinquantaine d'années, atteinte, depuis cinq jours, d'une pleurésie aiguë. L'oppression était extrême, la matité complète à gauche, le cœur était refoulé à droite, les côtes étaient écartées: une médication énergique fut instituée. La malade mourut le surlendemain de son entrée.

A l'autopsie, nous trouvâmes la plèvre gauche distendue par une énorme quantité de sérosité limpide, dans laquelle nageaient quelques flocons fibrineux. Ce poumon était refoulé contre la colonne vertébrale, et tapissé, ainsi que la plèvre costale, de quelques faussés membranes légères.

Pas de tubercules; aucune lésion appréciable.

XXI^e OBSERVATION. — *Hydrothorax excessif*. — *Mort*. (Communiqué par M. Trousseau.)

Le 7 avril 1843, je recevais, au n^o 31 de la salle Sainte-Anne, à l'hôpital Necker, une femme, âgée de quarante-deux ans. Dans les extrémités inférieures, la vessie et le rectum étaient paralysés; la paralysie n'atteignait pas les extrémités supérieures, l'intelligence était nette. La paralysie avait été subite, elle était survenu à l'âge de trente-neuf ans; la malade, qui s'était couchée bien portante, se réveilla paralysée.

Depuis dix jours, il était survenu de la fièvre, de la douleur de côté, de l'oppression, de la toux. L'examen de la poitrine permit de constater une matité complète du côté droit; la matité existait même sous la clavicule: égophonie, souffle bronchique, toux sèche. Une saignée que je fis faire amena quelque soulagement; mais l'oppression était fort grande. Le lendemain, l'orthopnée prit une extrême intensité. Le pouls devient petit et misérable, et la mort survint, sans agonie, douze jours après le début de la maladie.

Je ne dirai rien des lésions de l'appareil nerveux qui n'avait rien d'aigu; mais dans la plèvre droite on trouvait un énorme épanchement purement séreux. Le poumon était appliqué à la colonne vertébrale, ratatiné et recouvert de fausses membranes rugueuses et comme reticulées; quelques flocons fibrineux nageaient dans la sérosité.

XXII^e OBSERVATION. — *Hydrothorax aigu*. — *Mort*. (Communiqué par M. Trousseau.)

Le 8 mai 1843, une femme de trente ans, couturière, entrant dans mon service de nourrice et d'enfants, hôpital Necker, salle Sainte-Thérèse, n^o 8. Elle était accouchée à la Maternité le 19 avril précédent, en était sortie bien portante le 27, à cela près d'un peu de toux qui durait depuis quatre jours, et, le lendemain 28, elle tombait malade, peut-être à la suite de ces imprudences auxquelles s'exposent ces pauvres femmes. Toujours est-il que, le 28, il y eut de la fièvre, un peu d'oppression, un peu plus de toux; ces accidents allèrent en augmentant jusqu'au 8 mai, qu'elle vint à l'hôpital avec son enfant. Les lochies, quelques jours après le début de la fièvre, avaient cessé de couler; elles avaient bientôt reparu, et maintenant encore elles marchaient régulièrement; la sécrétion du lait était peu abondante.

Le 9, à la visite, treizième jour de la maladie, oppression sans orthopnée face un peu anxieuse; toux sèche, peu fréquente; expectoration aérée, peu abondante, ayant l'aspect de la salive; matité complète du côté gauche de la poitrine, jusque sous la clavicule; voussure considérable de la poitrine, en avant, à gauche; absence de bruit respiratoire; cependant on entend dans le lointain

un murmure très-faible, sans égophonie, sans retentissement de la voix ou du bruit respiratoire; respiration puérile à droite, refoulement du cœur au delà de la ligne médiane. (Saignée de 4 palettes; bouillon, orge; boire très-peu.)

Le 10. Rien n'est changé. (Même traitement.) Le sang de la veille est fortement couenné.

Du 11 au 17. Légère amélioration, qui se dément bientôt, pour faire place à une aggravation du mal; des tendances aux syncopes se manifestent. On donne des diurétiques, et on applique deux vésicatoires.

Le 17, l'aggravation était plus sensible encore; la malade était couchée sur le dos, sans oreillers, et sans paraître très-oppresée; cependant le visage était pâle, les yeux largement ouverts, l'anxiété extrême; la respiration faible, incomplète; le pouls misérable, mais l'intelligence était nette; il semblait que cette pauvre femme mourrait étouffée par une puissance contre laquelle elle ne lutait plus. Le péril était imminent, et je me décidai à pratiquer la paracentèse; mais comme cette opération avait quelque chose d'insolite au vingtième jour d'une pleurésie, qu'elle était hautement condamnée par presque tous les médecins dans les épanchements aigus, et même dans tous les cas d'hydrothorax, j'eus la faiblesse coupable de vouloir attendre que la mort fût plus imminente, afin d'éviter tout reproche d'imprudence, et je donnai l'ordre à l'interne de mon service, M. le D^r Bouchut, aux lumières et à l'habileté duquel je dois avoir toute confiance, de surveiller de près la malade, et de faire la ponction suivant le mode arrêté entre nous, si la vie paraissait près de s'éteindre. A sept heures du soir, M. Bouchut vit la malade pour la dernière fois; elle ne lui sembla pas être dans un plus mauvais état que le matin, et il crut pouvoir différer la paracentèse, et s'absenta quelques instants. Une heure plus tard, la pauvre femme s'éteignit, sans agonie, vingt jours après le début de la pleurésie.

L'autopsie nous fit voir le cœur complètement refoulé à droite, la plèvre gauche distendue par une énorme quantité de liquide que nous évaluâmes à 4 litres au moins; cette sérosité, limpide dans la partie supérieure, était séro-purulente dans la partie déclive; le poumon était ratatiné et aplati contre la colonne vertébrale; cependant, au sommet, il avait contracté une adhérence intime avec la plèvre costale, et, en ce point, il offrait une cicatrice, due à un tubercule en voie de résorption; nulle autre altération des organes.

XXIII^e OBSERVATION. — *Hydrothorax aigu*. — *Mort*. (Communiquée par M. Trousseau.)

Quarante-quatre ans, constitution sèche et résistante, santé excellente, jamais de rhumes ni d'hémoptysies, etc.; parents d'une bonne poitrine.

Le 3 juillet 1847, sous l'influence d'un refroidissement, symptôme de fièvre

inflammatoire dite *coup-de-froid*, le malade, employé à la guerre, peut aller tous les jours de chez lui (barrière Blauche) au ministère, rue Saint-Dominique. Chaque soir, en rentrant de son bureau, il se plaignait de fatigue, puis de jour en jour davantage d'un sentiment d'oppression qu'il comparait à l'effet d'un hausse-col comprimant péniblement le haut de la poitrine.

Enfin, le 26 juillet, les symptômes de dyspnée, de sensation d'étreinte du thorax, de faiblesse générale, augmentant, il prend le lit, et fait venir son médecin. Il toussait alors un peu. On constate de la fièvre, et, dit-on, des crachats rouillés, *sans matité de la poitrine*. On saigne; la saignée est suivie de syncope, on n'ose pas y revenir, et alors commence un traitement composé de révulsifs sur la poitrine et le tube digestif, de potions opiacées contre la toux. Ce n'est qu'après huit à dix jours de maladie qu'on commence à reconnaître de la matité, à gauche, *dans toute l'étendue de ce côté, en avant et en arrière*. On insiste alors sur les vésicatoires; on y joint les diurétiques, l'opium, etc. Les symptômes s'aggravent, la faiblesse et la fièvre sont menaçantes, il y a du délire la nuit, des sueurs profuses et débilitantes, une oppression médiocre, et ainsi, de mal en pis, jusqu'au 17 août, jour où on m'appelle.

Je constate un pouls à 100, mou et très-dépressible, des sueurs continuelles, mais passives, quoique chaudes, la peau assez chaude, la figure colorée, l'œil vague, le cerveau vide, pas de toux, la respiration à 25 par minute. Le malade est couché à plat; il se tient bien sur son séant, ne se plaint que d'avoir de la fièvre et des sueurs qui le *minent*, ne demande qu'une chose, qu'on lui coupe la fièvre, ne se plaint ni de toux, ni d'oppression, ni de point de côté. Il y a des selles et des urines involontaires. L'aspect du malade rappelle assez celui d'une fièvre typhoïde par l'expression de la figure; seulement les muqueuses de la bouche sont dans l'état normal.

Du haut en bas, du côté gauche de la poitrine, en avant et en arrière, jusque dans la fosse sus-épineuse et dans la fosse sus-claviculaire, il y a une matité absolue, et dans tous ces points, absence non moins complète de tout bruit respiratoire ou vocal soit normal, soit morbide. Les parois thoraciques de ce côté ne vibrent pas sous la main quand le malade parle. A droite, sonorité normale, respiration supplémentaire. Les espaces intercostaux gauches ne sont point élargis; le côté ne paraît point amplifié; l'épanchement s'étend latéralement jusqu'à la ligne médiane du sternum; le cœur bat exactement dans ce point, on ne le sent plus dans la région ordinaire.

Mon avis est que, vu l'abondance de l'épanchement et malgré le peu de dyspnée, toute tentative ayant pour but de favoriser l'absorption sera inutile, nuisible, en ajournant la ponction, seul moyen efficace.

Pour permettre au *malade d'attendre le lendemain* (il était alors trois heures de l'après-midi), je prescrivis deux tasses de lait et de bouillon (il était à une

diète absolue), puis une potion légèrement stimulante et additionnée de 30 cent. de sulfate de quinine.

Le lendemain, à huit heures du matin, le malade mourait, après quelques heures d'agonie indéfinissable, de syncopes répétées, de délire, sans dyspnée considérable. Après la mort, la percussion donne les mêmes résultats que la veille.

Dans la clientèle de M. Berton, MM. Chomel et Trousseau furent appelés pour un Hydrothorax aigu excessif, on devait faire la paracentèse le soir, l'on n'arriva que deux heures après la mort.

M. Chomel a cité, d'après ce que m'a dit M. Trousseau, deux cas de mort par excès d'épanchement, l'autopsie ne faisant pas découvrir d'autre cause de la cessation de la vie. La même chose est arrivée dans le service de M. Rostan, Voici l'observation que le chef de clinique, M. Bouchut, a bien voulu me communiquer.

XXIV^e OBSERVATION. — *Hydrothorax*. — *Mort*. (Communiqué par M. Bouchut.)

Plombier (Catherine), âgé de quarante-sept ans, est entré le 1^{er} mars 1849 dans la salle Sainte-Jeanne, et couché au n^o 77, Hôtel-Dieu, service de M. Rostan. Cet homme, doué d'une bonne constitution, n'ayant jamais été malade, fut pris, il y a quinze jours, d'une douleur fixe du côté droit, avec toux sèche, inappétence, céphalalgie, sans frisson initial. Ces symptômes persistent jusqu'au moment de l'entrée. La toux était accompagnée d'un peu d'expectoration.

A son entrée, il souffrait d'une douleur vive dans le côté droit; la toux, moins fréquente, donnait une expectoration de matière mucoso-purulente avec un peu de spasme. Il existait, en arrière, une matité dans une grande étendue du thorax; ce côté de la poitrine présentait une notable voussure, et l'on n'entendait aucun bruit égophonique ni respiratoire. Les battements du cœur, nullement incommodes, se passaient dans le lieu ordinaire. — Il y avait de la dyspnée, et un peu d'anxiété; pas d'appétit, ni d'autres accidents gastriques. — Le pouls, à 96, égal et régulier. — Il n'y avait pas de frissons ni de sueurs. Les urines, peu abondantes, donnaient un léger précipité par l'acide azotique. — Boissons émoullientes et diurétiques; un lavement; ventouse sur la région malade, avec recommandation d'avoir 300 grammes de sang.

Je passe la série des jours compris entre le 2 et le 7 mars. — On ne verrait constamment que ceci dans l'observation: que la dyspnée augmente, ainsi que le liquide. — Les médicaments employés pendant cette période sont un vésicatoire et de l'eau de Sedlitz.

Le 7 mars, l'épanchement avait fait de tels progrès que le décubitus à gauche, pénible dans les premiers jours, était devenu insupportable, que l'anxiété, l'insomnie, les rêveries pendant la nuit, et enfin la dyspnée, avaient pris un caractère de gravité très-grande. Le bruit respiratoire avait disparu entièrement du côté droit, on y percevait un peu d'éggophonie; — mais la matité remontait en avant jusqu'à la clavicule, et le cœur était refoulé à gauche. — Le pouls avait pris de la fréquence, et les extrémités s'étaient refroidies. — Ce jour-là, il fut décidé que l'opération serait faite le lendemain, quand, le 8, à sept heures et demie, quelques moments avant la visite, le malade, en remontant dans son lit après avoir uriné, mourut subitement, sans agonie préalable.

Autopsie. La plèvre droite est remplie d'un liquide citrin, transparent, dont la quantité pouvait être évaluée à 4 litres environ. — Le poumon droit, réduit à la moitié de son volume normal et refoulé contre la colonne vertébrale; de fausses membranes de 1 à 5 millimètres le recouvraient, et présentaient des traces d'arborisations vasculaires de nouvelle formation. — Le cœur, volumineux, rempli de sang et de caillots, était refoulé à gauche. — Tous les autres organes étaient sains et ne présentaient qu'un léger accroissement de volume et une congestion évidente.

J'ai cité (n° 16) l'observation de M. Requin; elle prouve combien un épanchement excessif est dangereux, et comment, d'un moment à l'autre, il peut causer la mort. — L'observation suivante de M. Pidoux montre quelle marche et terminaison insidieuse peut avoir le mal qui nous occupe.

XXX^e OBSERVATION. — *Hydrothorax latent.* — *Mort.* (Extraite du mémoire de M. Pidoux).

En 1848, un homme de quarante-cinq à cinquante ans, vigoureux, mais habitant un rez-de-chaussée obscur et peu sain, éprouve depuis quelque temps de la tendance au refroidissement, avec fatigue insolite en travaillant, un poids sur le sternum. Ce sentiment de pression vers le creux épigastrique, comme en accuse souvent les individus affectés de péricardite. Bientôt un point de côté obscur, profond, de la fièvre et une lassitude plus grande le forcent à demander un médecin qui constate l'épanchement d'une pleurésie latente. Ce malade était placé, comme je l'ai dit, dans des conditions débilitantes par son habitation. De plus, la révolution de février, en menaçant ses affaires et sa fortune, avait affecté sa santé. C'est dans cette disposition que le surprit la pleurésie. (Traitement ordinaire; saignées, vésicatoires, etc...) La maladie n'étant pas très-aiguë,

et ne produisant pas des troubles fonctionnels très-sensibles, le traitement est conduit mollement. Cependant l'épanchement progresse. Au bout de quinze à vingt jours, il a rempli le côté gauche avec matité de la région antérieure; mais les symptômes, fièvre, toux, dyspnée, n'augmentent pas à proportion, l'affection semblant plutôt chronique qu'aiguë, on temporise. Pourtant le malade allait s'affaiblissant; il avait des sueurs irrégulières, par bouffées et non soulageantes. Depuis longtemps il ne dormait pas. Un soir, vers onze heures, il sent, dit-il, un grand besoin de sommeil, et une sueur plus abondante. Il se couche sur le côté gauche et se fait bien couvrir pour dormir et provoquer une sueur critique. Sa femme se couche près de lui; elle était heureuse, son mari n'avait pas eu une heure de bon sommeil depuis un mois; il suait et ne bougeait pas. Deux heures se passent ainsi; cette immobilité, ce calme extraordinaire, qui avaient d'abord réjoui la pauvre femme, finissent par lui être suspects; elle essaye de toucher son mari; la sueur, d'abord chaude, était froide maintenant. D'effroi, elle sort du lit, court appeler une voisine et lui communique ses craintes; celle-ci ose s'assurer du fait, le malade était mort. Ce besoin de sommeil, c'était le prélude de la mort.

Et que l'on ne dise pas que le traitement avait manqué; je réserve ici le cas du Val-de-Grâce, pour montrer la résistance des épanchements. Certes, si la maladie n'a pas été *jugulée*, je ne sais pas ce qu'il eût fallu faire, à moins de *juguler* le malade lui-même.

XXVI^e OBSERVATION. — *Pleurésie aiguë, avec épanchement excessif. — Mort.* (Extrait de la *Gazette des hôpitaux*, p. 17, 1846; service de M. Alquié.)

Le 1^{er} décembre 1844, est entré au Val-de-Grâce, et y a été couché au n^o 35 de la salle 26, le nommé Juères (Pierre), âgé de vingt-deux ans, fusilier au 4^e de ligne.

A trois heures du soir, ce malade était en proie à une fièvre violente, avec la face injectée, se plaignait d'une céphalalgie intolérable, était tourmenté d'une dyspnée intense, et n'accusait cependant de douleur aiguë dans aucun point de la poitrine. Il nous apprit cependant qu'il avait éprouvé, un mois auparavant, une douleur assez intense à la partie inférieure et latérale gauche du thorax; que cette douleur n'avait conservé de l'acuité que pendant deux jours, et que depuis ce temps elle avait disparu, ne laissant après elle qu'une gêne légère pendant les grands mouvements du thorax. L'auscultation nous fit entendre du

râle sibilant et des rhonchus sonores dans toute l'étendue de la poitrine, et en même temps que la percussion nous donna pour résultat une matité considérable en avant des deux côtes, et surtout en arrière et à gauche. — Diète, infus. pect. tiède; saignée de 500 grammes.»

Du 2 au 9. L'épanchement fait des progrès invincibles, par le traitement que l'on va trouver noté ici avec soin pour en montrer l'énergie. — La dyspnée, la teinte violacée du visage, augmentent; le cœur est refoulé à droite, et la voussure du thorax se manifeste à gauche. — Le 2, deuxième et troisième saignées de 500 grammes, 8 ventouses scarifiées. — Le 3, quatrième et cinquième saignées de 400 grammes chacune. — Le 4, sixième saignée de 300 grammes. — Le 5, septième et huitième saignées. — Le 6, 6 ventouses scarifiées à droite, à cause de quelques râles crépitants faisant redouter une pneumonie, par surcroît d'action. — Le 8, neuvième saignée de 300 grammes; potion stibiée à 0,40 centigrammes.

«Le 9, à huit heures du soir, le malade succombe dans une véritable asphyxie.»

Autopsie. — Cavité gauche remplie d'un liquide citrin, refoulant le cœur, le diaphragme et le poumon; celui-ci couvert de fausses membranes de nouvelle formation, ainsi que la plèvre. Des brides pseudomembraneuses s'étendent d'un côté à l'autre de la cavité; poumon droit sain, les autres organes sans altérations appréciables.

Voilà des faits probants; il en est d'autres qui ne laissent pas de doute, mais qui sont moins absolus que les précédents.

XXVII^e OBSERVATION. — *Hydrothorax.* — *Paracentèse.* — *Amélioration.* — *Reproduction du liquide.* — *Mort.* (Extrait de l'*Union médicale*, p. 206, 1850; service de M. Monneret.)

Un malade âgé de trente-trois ans (Kunkler) entre à Bon-Secours, le 29 juin 1847 (salle Saint-Louis, n^o 7). Il présente les signes rationnels de tubercules pulmonaires, et bientôt, sous mes yeux, se forme avec une lenteur extrême un épanchement pleural, qui, malgré le traitement le plus actif et l'emploi de huit vésicatoires, augmente au point de remplir bientôt tout le côté gauche de la poitrine. Le mal resté tout à fait stationnaire pendant plus d'un mois. Le 27 août, c'est-à-dire deux mois après l'admission du malade, je me décide à pratiquer la paracentèse. Je considérai le liquide comme un corps étranger, dont il était temps de délivrer la poitrine; je vidai moi-même cette cavité à l'aide d'un trois-quarts coiffé de baudruche, et il s'écoula 3 litres d'une sérosité limpide, jaune,

et ne contenant pas le moindre flocon fibrineux. A la suite de l'opération, qui avait été vivement sollicitée par le malade, la respiration se fit entendre partout dans le côté gauche; quelques minutes après la sortie du liquide, le soulagement fut si marqué, que le malade put se coucher sur les deux côtés de la poitrine, et reposer paisiblement pour la première fois. Tel était encore l'état du malade, lorsque je quittai l'hôpital pour partir en Orient. L'interne de service acheva de recueillir l'observation; la poitrine du malade se remplit de nouveau vingt jours après la paracentèse. Un de mes collègues, chargé, en mon absence, du service de l'hôpital, ne jugea pas convenable de pratiquer l'opération, et le malade succomba le 25 septembre, deux heures après avoir été pris d'une orthopnée extrême. On trouva une quantité énorme de sérosité jaunâtre, avec quelques fausses membranes molles dans la cavité gauche. Des pseudomembranes fibrineuses couvraient les deux lobes pulmonaires qu'elles retenaient contre le rachis, et renfermaient plusieurs tubercules jaunâtres et crus.

XXVIII^e OBSERVATION. — *Pleurésie aiguë avec épanchement de pus. — Paracentèse.*
— *Reproduction. — Mort.* (Communiquée par M. Trousseau.)

Jeune malade, d'Orléans, fils de M. D..., conseiller à la cour d'appel (alors royale) de cette ville, vu par M. Chomel, à Pâques 1847, pour un épanchement aigu occupant tout le côté gauche. M. Trousseau est mandé, par MM. Valette et Delmaux, en juin 1847. Il y avait imminence de mort: la ponction pratiquée donna 2,300 grammes, ou 2 litres $\frac{1}{2}$ de pus.

L'épanchement s'étant reproduit, M. Trousseau fut mandé de nouveau, et il arriva trois heures après la mort, qui était arrivée avec les mêmes symptômes que ceux qui avaient précédé la première ponction.

Autopsie. — Quantité de liquide purulent à gauche; pas de tubercules, pas d'autres lésions des organes.

N'est-il pas évident qu'il y avait imminence de suffocation, et que cette imminence, écartée par l'opération une première fois, s'est présentée une seconde, et qu'elle a été suivie de mort? Logiquement on peut admettre que l'opération eût de nouveau éloigné le danger.

Ainsi il reste, je crois, démontré que la pleurésie simple avec épanchement excessif peut tuer par son épanchement seul; car voilà treize cas que l'on ne peut révoquer en doute. Nulle altération organique ne rendant compte de la mort, «alors (comme dit M. Pidoux, page 8 de son mémoire) il faudra modifier la loi, ou en

faire une qui ne sera pas plus loi que la première, parce qu'elle aura eu pour auteur la force aveugle du nombre. »

Si nous nous faisons une question semblable pour les épanchements chroniques, nous serons conduit à la même réponse, cela par analogie, car nous n'avons pas de faits à donner. Ici, d'ailleurs, s'ajouterait la cause organique pour fournir des arguments aux faiseurs de lois.

3° *L'opération de la paracentèse du thorax tue-t-elle ?*

Avoir démontré le danger immense de la maladie, c'est par cela même avoir prouvé que l'opération qu'on lui oppose est moins grave; car la gravité du remède est toujours proportionnée à celle du mal. Il n'y a pas de doute, l'opération de la paracentèse et de l'empyème, comme on la pratiquait autrefois, causait la mort, et c'est ce qui explique la répugnance des praticiens pour cette opération.

J'ai étudié assez minutieusement l'opération pour pouvoir avancer maintenant que par elle-même elle est sans danger; en effet, la douleur est nulle, et ce qui était si fort à redouter, l'introduction de l'air, a complètement disparu par l'invention de M. Reybard. Les résultats locaux de l'opération sont graves, comme je l'ai montré, quand on ne s'entoure pas de soins minutieux, les fistules pouvant devenir redoutables; mais disons qu'elles sont l'exception. Enfin les résultats généraux n'ont peut-être que dans un cas douteux entraîné la mort. Ce cas est celui du vieux goutteux, cité avec la loyale franchise dont M. Trousseau entoure toujours l'aveu de ses insuccès, si tant est qu'il y ait insuccès; mais ce cas est un avertissement, comme nous l'avons vu, pour ne pas enlever tout le liquide, surtout quand la toux, très-douloureuse, annonce des ruptures d'organes importants.

Ainsi je ne crois pas que l'on puisse dire que l'opération entraîne jamais la mort; je ne crois pas même que l'on puisse la considérer

comme grave ; et l'on n'a qu'à considérer les observations, et l'on verra que dans la majorité des cas la ponction s'est cicatrisée avec la même rapidité que celle d'une saignée. Je ne crois donc pas que l'on puisse comparer la gravité de l'opération à celle du mal. Sur 42 cas d'opération, 30 sont guéris, 12 ont été suivis de mort ; 2 malades étaient cancéreux ; 2 sont morts étouffés par l'épanchement ; les autres offraient des conditions déplorables, telles que l'état puerpéral, paraplégie, albuminurie, tubercules, etc. etc. Je renvoie aux observations.

4° *Le malade retire-t-il un bénéfice réel de l'opération ?*

Tous les malades, sans exception, ont éprouvé après l'évacuation du liquide un bien-être marqué ; presque tous semblaient revenir à la vie. Maintenant cette amélioration s'est-elle continuée ? Dans bien des cas, l'épanchement s'est reproduit. Je pourrais citer l'enfant scarlatineux comme un exemple curieux de ce bénéfice ; il était mourant, et il vécut quinze jours. Il était évident pour tous ceux qui l'ont vu que, sans l'albuminurie, l'anasarque scarlatineuse, et peut-être aussi les tubercules qu'il portait, l'opération aurait pu le guérir. Je prends à dessein les cas les moins favorables. Si je citais les nombreux cas de guérison, on ne pourrait nier l'avantage que les malades ont retiré d'une opération, à peine douloureuse, et exempte de danger. Les deux observations qui suivent montrent que, malgré un état grave de l'économie, qui a produit plus tard la mort, les malades n'en avaient pas moins guéri. Ils avaient donc retiré un bénéfice de l'opération.

XXIX^e OBSERVATION. — *Hydrothorax aigu. — Paracentèse. — Guérison. — Plus tard méningite. — Mort.* (Communiquée par M. Troussseau.)

Le 25 octobre, Auguste Thillaye, âgé de douze ans, fils du conservateur des musées de la Faculté de médecine, d'une constitution lymphatique, fut ramené de pension, avec une forte céphalalgie, et un point de côté à gauche dans l'abdomen,

au-dessus des fausses côtes. Il était sans fièvre; on le mit au lit, le point de côté disparut, et l'enfant sortit le lendemain en voiture. Pendant plusieurs jours, il fut sans appétit, sans fièvre, sans toux, et ne se plaignit d'aucune douleur.

Le mercredi 29, au soir, la poitrine ayant été examinée avec le plus grand soin, on reconnut que la respiration se faisait aussi bien à droite qu'à gauche.

Le 31, au soir, tout le côté gauche de la poitrine, de la base au sommet, fut trouvé rempli de liquide.—Vésicatoire.

Le 1^{er} novembre, la fièvre apparut pour la première fois.—Le 3, un vésicatoire fut appliqué sans plus de succès que le premier; l'épanchement augmenta sans que l'enfant se plaignit d'aucune douleur.—Le 5. M. le professeur Tousseau est appelé, et il désire que M. le professeur Bouillaud lui soit adjoint.—Ampliation considérable à gauche, avec presque immobilité des côtes; matité absolue, bronchotomie, souffle bronchique. Le médiastin est rejeté à droite, 2 centimètres de la ligne médiane en haut; le cœur est refoulé à droite et bat au niveau du tétou droit; le foie, la rate surtout, sont déplacés et descendent très-bas dans la cavité abdominale. Peu de dyspnée, pouls petit (128), peau médiocrement chaude; pas de trouble gastrique, essouffement quand l'enfant s'agit.—Calomel à doses fractionnées, nitrate de potasse, vésicatoire volant. Pendant huit jours, nulle amélioration ne se fait sentir; au contraire, le pouls prend beaucoup de fréquence (144); pas de chaleur à la peau, visage anxieux.—Nouveau vésicatoire, et digitale pendant huit jours.

L'épanchement avait augmenté, et le cœur battait à droite, en dehors, et plus haut que le tétou droit. Pas de toux, pas de dyspnée, pas d'orthopnée. La paracentèse est décidée et pratiquée avec les précautions habituelles, le jeudi 13 novembre, à dix heures du matin: 11 décilitres de sérosité verdâtre, limpide, très-albumineuse, s'écoulent par le trois-quarts. Soulagement immédiat et beaucoup de toux après la ponction. Le poumon revient immédiatement sur lui-même, et l'on entend le respiratoire dans toute la partie intérieure du côté gauche de la poitrine; le cœur se replace d'abord sous le sternum, et bientôt après à sa place naturelle.

Le 15. L'état est bon, mais un peu différent; des râles muqueux crépitent dans toute la partie antérieure gauche de la poitrine. Appétit.

Le 24 novembre, il y a un peu de fièvre; l'épanchement augmente un peu. Quelques mois après la ponction, l'enfant est guéri de cette pleurésie; il meurt d'une méningite tuberculeuse.—A l'autopsie, on trouve la cavité pleurale complètement guérie, et des granulations tuberculeuses au cerveau.

XXX* OBSERVATION. — *Hydrothorax. — Cancer du médiastin. — Paracentèse. — Guérison. — Plus tard, mort de convulsions.* (Recueillie par l'auteur. — Hôpital des Enfants Malades, service de M. Trousseau.)

Au n° 31 de la salle Saint-Jean, entra, le 24 mai 1849, un enfant âgé de huit ans, d'un amaigrissement et d'une faiblesse extrêmes; la longueur de ses cils, la teinte bleuâtre de ses sclérotiques, et la finesse de ses cheveux, avec une toux datant de six mois, firent redouter des tubercules. La mère nous rapportait qu'au mois de janvier, après avoir joué, avoir eu très-chaud, son enfant avait pris froid et toussé subitement. Le premier médecin déclara qu'il n'y avait que du rhume, et n'ordonna que des tisanes pectorales.

Mais, quinze jours après, elle s'aperçut que la poitrine de l'enfant se gonflait à gauche. M. Horteloup, appelé, constata et traita la pleurésie. Tout sembla s'améliorer. Dans le mois d'avril, des convulsions se déclarèrent, d'abord dans le côté droit, puis elles devinrent générales; elle ne se présentaient du reste qu'à des intervalles de temps assez longs. La toux persistait, et l'amaigrissement augmentait de jour en jour. L'enfant avait l'habitude de la masturbation. Le 25, on remarquait qu'à droite, les côtes et les espaces intercostaux étaient nettement dessinés, tandis qu'à gauche, ils disparaissaient sous la voussure. La matité s'étendait dans tout le côté gauche; en avant, elle dépassait en haut la ligne médiane de 3 centimètres; en bas, de 6; en arrière, l'absence de sonorité était complète; le cœur battait sous l'appendice xiphoïde; le maximum d'intensité des battements était un peu à droite du bord du sternum. En appliquant l'oreille, on percevait les bruits du cœur indiqués plus haut; mais les battements retentissaient dans toute la poitrine à gauche.

Le bruit respiratoire était absolument nul en avant comme en arrière. Dans tout le côté, excepté pourtant au niveau de la clavicule et de la fosse sus-épineuse, on entendait une légère expiration pulmonaire. À droite, la respiration était puérile, sans râles, sans expiration prolongée ni craquement, qui pussent confirmer la première idée de l'existence des tubercules. La respiration était rapide et un peu haletante; l'enfant se couchait toujours du côté gauche, et ne voulait pas être dérangé. Le pouls était petit et assez rapide; la peau, un peu sèche, nullement fébrile. Les urines n'offraient rien de particulier. Il n'existait aucun accident gastrique. L'appétit était très-faible. — Vin de Bagnols; aliments.

Les 26 et 27, on se borne à surveiller l'épanchement; la respiration devient plus gênée, les forces allaient s'anéantissant. On eut recours à l'opération le 29, et l'on retira, contre toutes prévisions, 750 grammes d'une sérosité citrine parfaitement limpide. Ceci fit tout de suite changer un peu le pronostic du résultat;

on engagea l'enfant à tousser, et, après quatre ou cinq essais, il ne put s'arrêter : la toux le fatiguait beaucoup, il s'en plaignait. Il ne put la suspendre, même pendant le moment où l'on retira la canule.

Le poumon se déplissait, et les adhérences qu'on avait redoutées n'existaient pas. Pendant que jaillissait le liquide, l'on pouvait suivre le cœur, qui, vers la fin de l'opération, avait repris sa place; en arrière et en avant, on entendit le murmure respiratoire dans toute l'étendue de la poitrine. Après l'émotion de l'opération, le pouls reprend son caractère; la rapidité est peut-être un peu moindre. L'aspect et la tranquillité de l'enfant sont parfaitement satisfaisants. Dans la journée, il y a du sommeil.

Le 30. L'aspect est fort bon; la peau est chaude, souple et moite; le pouls n'offre pas plus de rapidité ni de force, aucun accident nouveau ne se présente. La voussure du thorax n'a pas entièrement disparu, mais les espaces intercostaux sont affaissés. La petite plaie ne laisse plus écouler de sérosité, ce qui avait eu lieu pendant toute la journée du 29. Sécrétion évidente d'une nouvelle quantité de liquide. — Digitale; alimentation.

Du 1^{er} au 7 juin. Le traitement reste le même; l'épanchement augmente, et à cette dernière date, sans être redevenu ce qu'il était; cependant la dyspnée est grande, et l'enfant, qui jusqu'à l'opération s'était couché indifféremment sur un côté ou sur l'autre, ne veut plus se tenir que sur le côté gauche.

Arrivé au 12 du mois de juin, quatorze jours après la ponction, l'épanchement déplace de nouveau les organes; de plus, à ce moment, la fièvre s'allume; elle aggravait le pronostic, et déjà l'on désespérait de tout succès, quand apparut une éruption très-discrète de variole. Le malade supporte assez bien le nouveau mal, et l'épanchement reste le même. Du 20 juin au mois de juillet, dévoie ment que l'on ne peut arrêter.

Dans les premiers jours de juillet, le dévoie ment cesse; on percuta, on auscultait, et, chose remarquable, l'épanchement avait presque complètement disparu. Le cœur avait repris sa place, la matité existait encore un peu étendue dans la région précordiale, et dans le bas de la plèvre du côté gauche en arrière; on alimenta, on donna des toniques, et, dès ce moment, l'épanchement marcha toujours vers la guérison, et ne reparut plus pendant le temps qui sépare cette époque de celle de la mort; il y eut des eschares au sacrum, sur le trochanter et les ischions, qui mirent en péril la vie du malade. Enfin arrivèrent des convulsions qui durèrent deux jours, et qui tuèrent l'enfant; elles avaient le caractère épileptique.

L'autopsie fut des plus intéressantes. Dans le cerveau, on rencontrait des foyers, apoplectiques de nouvelle formation, gros comme de très-petits pois,

correspondant évidemment aux convulsions actuelles; on en trouvait de teinte chocolat ou jaunâtre, se rapportant aux anciennes. Les reins, le péricarde, tout le médiastin antérieur, le péritoine, étaient envahis par une production caucéreuse, épaisse de plusieurs centimètres; le cœur lui-même, à sa surface, offrait quelques bourgeonnements de cette nature. La partie importante, la plèvre gauche, était vide; le poumon était exempt d'adhérences; la séreuse qui le recouvrait était un peu épaissie. Dans le bas de la cavité qui répond au diaphragme, il y avait des fausses membranes, adhérentes et épaisses.

Il reste donc démontré que l'on meurt d'un épanchement prenant des proportions excessives, et que l'opération, au lieu d'accroître le danger, l'éloigne. Voyons maintenant l'appréciation des cas à paracentèse thoracique.

1° Pleurésie inflammatoire avec épanchement excessif.

Dans cette forme d'épanchement, la paracentèse est utile, en preuve l'observation que l'on va lire, où l'on pourra voir bien caractérisée la pleurite s'accompagnant d'un épanchement devenant excessif. Nous verrons, en traitant de l'opportunité de l'opération, à quel moment il faut opérer. Voyons dans ce moment quel est l'effet de l'opération. On a deux choses, pour ainsi dire, qui marchent parallèlement, l'inflammation et le produit; en enlevant le dernier, on ne peut avoir la prétention de guérir la première, mais on a simplifié l'état, et l'économie se trouve dans de nouvelles conditions qui font gagner du temps. Temporiser est une chose bien importante, car plus on prolonge la vie, et plus on a de chances de pouvoir établir des médications et d'en obtenir des résultats. Quand l'inflammation est vive et que l'épanchement va toujours croissant, l'on a la main forcée par cet accroissement, et l'on doit considérer ici la paracentèse comme une médication secondaire. Ainsi, sur trois cas de pleurésie aiguë bien franchement inflammatoire, trois cas de guérison (obs. 1, 31, 45).

XXXI^e OBSERVATION. — *Pleurésie aiguë avec épanchement excessif. — Paracentèse.*
— *Guérisson.* (Communiquée par M. Trousseau.)

Je fus appelé, le vendredi 8 septembre 1843, auprès de mademoiselle M., âgée de seize ans, et fille d'un de nos littérateurs les plus recommandables. J'étais depuis dix ans le médecin de la famille, et c'est à peine si j'avais été consulté une fois pour cette jeune personne, dont la santé était bonne; à cela près d'une grande irritabilité nerveuse. Le dimanche 3 septembre 1843, elle éprouva de l'inappétence et de la fièvre. Le 5, elle se mit au lit, et je ne la vis plus que le 8. Beaucoup de pâleur, un peu de dyspnée, pas de toux ni d'expectoration, fièvre assez vive, soif; pas d'accidents gastriques. En explorant la poitrine, je constatai un épanchement énorme dans la plèvre gauche, remontant jusqu'à la clavicule; partout la matité était complète, nulle part on n'entendait de bruit respiratoire, de souffle ou d'égophonie. Le cœur, déjeté à droite, occupait la ligne médiane. — Saignée de bras, calomel, boissons peu abondantes.

Le 11, neuvième jour de la maladie, les accidents se sont beaucoup aggravés; peau froide, face pâle, tendance aux lipothymies, orthopnée, gémissements continuels. La jeune malade est tout à fait assise sur son lit, soutenue par des oreillers. Large vésicatoire en arrière.

J'étais décidé à pratiquer la paracentèse, et comme l'indication était présente, je ne voulus pas de consultation, craignant, d'une part, que l'appareil d'une réunion médicale n'épouvantât la malade; d'autre part que la lutte d'opinion qui ne manquerait pas de s'élever, ne donnât à la famille une indécision fatale. J'arrivai donc le mardi matin, 12, à la fin du neuvième jour de la maladie, pourvu des instruments nécessaires et parfaitement déterminé à faire ce que mon devoir me commanderait, sans appareil, et comme s'il s'agissait de la chose du monde la plus simple.

Je trouvai la jeune malade dans un état voisin de la mort, et je me reprochai de n'avoir pas fait dès la veille au soir ce que je ne pouvais différer maintenant.

Je procédai à l'opération de la manière suivante, etc. J'ai dit que je retirai 800 grammes environ de sérosité; celle-ci était de belle couleur d'ambre, et d'ailleurs parfaitement transparente. Le lendemain, elle avait conservé la transparence; mais on y apercevait une espèce de tissu lamelleux et mollassé, formé évidemment par de la fibrine qui s'était condensée par refroidissement. Il m'eût été facile de retirer une plus grande quantité de liquide, mais je ne le voulus pas, satisfait d'avoir ôté ce qui, par excès, rendait l'épanchement mortel, et d'avoir ainsi réduit la maladie à l'état de pleurésie simple, qui dès lors pouvait et devait guérir par les moyens ordinaires.

L'opération terminée, la jeune malade sembla revenir à la vie; elle respirait aisément, n'avait plus d'anxiété, et le pouls avait repris un peu d'ampleur. Les organes avaient repris leur place, et le murmure respiratoire avait reparu; il existait un peu de bruit tympanique dû à l'introduction de quelques bulles d'air. Pendant la nuit qui suivit, il y eut six heures de sommeil.

Le lendemain matin, il y avait beaucoup d'agitation nerveuse; mais la respiration était facile, la malade parlait avec volubilité, et faisait d'assez longues phrases sans reprendre haleine; le visage était calme, la peau peu chaude, le pouls à 112.

Deux jours après la ponction, elle eut dans la nuit onze heures de sommeil; l'épanchement avait très-notablement diminué; le cœur revenait à gauche et dépassait déjà la ligne médiane; la partie antérieure de la poitrine revenait un peu jusqu'au niveau de la quatrième côte.

Je passe rapidement: sous l'influence de vésicatoires volants sur la poitrine, de boissons diurétiques et de digitale, l'amélioration fit de rapides progrès, et le 26 septembre, seize jours après la paracentèse, le pouls était à 80; l'appétit était prononcé, les règles étaient revenues, quoique moins abondamment que dans l'état normal. A partir de ce moment, tous symptômes disparaissent, la respiration reprend ses fonctions, et la malade entre dans une convalescence qui ne s'es jamais démentie.

Pas n'est besoin de dire que l'indication, dans la pleurésie simple, inflammatoire, est toujours tirée de la quantité considérable du liquide; que jamais il ne pourra venir dans l'idée du médecin d'opérer une pleurésie franchement inflammatoire avec un épanchement même considérable et non excessif.

On peut considérer dans ce cas l'opération comme nuisible; mais elle empêche la mort, tout en favorisant la phlogose de la plèvre, et l'on ne doit pas la rejeter par cette raison.

2° L'*hydrothorax non symptomatique*, aigu ou ancien, n'a pas de meilleur traitement que la paracentèse thoracique; que sa marche soit lente ou rapide, qu'il marche ouvertement ou d'une manière latente, on peut assurer, d'une part, que l'opération éloigne un danger toujours imminent quand l'épanchement est excessif; d'autre part, qu'elle est suivie d'un succès remarquable en tant que remède.

— Un coup d'œil général suffit pour démontrer l'exactitude de ce fait ; un résumé statistique parlera d'ailleurs plus haut aux yeux de personnes qui aiment les chiffres. — J'ai pu recueillir 26 observations d'hydrothorax plus ou moins anciens, on les trouvera aux n^{os} 1, 3, 4, 6, 7, 17, 18, 29, 30, 32 à 41 ; tous ont guéri, à l'exception du n^o 6. Nous nous sommes assez appesantis sur cet insuccès pour n'avoir pas à y revenir. Les n^{os} 29 et 30 sont morts, guéris, deux mois après. L'autopsie en a donné la certitude. — Je n'ai séparé, dans cette statistique, que trois cas de pleurésie aiguë avec épanchement excessif ; c'est que, dans ces trois cas seulement, l'élément inflammatoire était parfaitement net et caractérisé ; cependant on pourrait, dans la série précédente, trouver tous les intermédiaires entre la pleurite et l'hydrothorax.

XXXII^e OBSERVATION. — Cinq hydrothorax aigus. — Paracentèse. — Cinq guérisons.

Dans la salle Sainte-Anne, entra une jeune fille au n^o 29, âgée de quatorze ans, non réglée, employée dans un couvent. — Elle croyait avoir eu une légère douleur de côté un mois auparavant. — Arrêtée dans son travail, elle était entré sans trop indiquer la cause de son mal. On trouva un épanchement excessif à gauche. La paracentèse fut faite par M. Trousseau, devant M. Bricheau et autres médecins. On retira 1500 grammes de sérosité. — Trois jours après, la malade sortait. Revenue un an plus tard, elle était en très-bon état.

Dans le même service, quatre nourrices, présentant des phénomènes absolument identiques à ceux que l'on retrouve notés dans l'observation 3, ont été opérées et parfaitement guéries. — La similitude des observations me fait indiquer seulement ici le résultat.

XXXIII^e OBSERVATION. — Hydrothorax aigu latent. — Paracentèse après six jours.

— Guérison. (Communiquée par M. Trousseau.)

Delaunay, quai d'Austerlitz, enfant de sept ans, d'une constitution lymphatique, a souffert, il y a environ un an, d'une tumeur blanche au genou droit, qui a été enrayée dans sa marche.

Le 11 novembre 1847, il se plaignit de mal de tête, la peau était chaude, le pouls fréquent ; les fortes inspirations déterminaient un peu de douleur, dont il ne pouvait exactement fixer le siège ; agitation la nuit. Le 12, la fièvre persiste,

le point de côté a disparu; l'enfant prend un peu de bouillon; nuit sans sommeil. Le 13, au matin, cataplasmes sinapisés aux jambes, suivi de calme et d'un sommeil tranquille; peau fraîche; la fréquence du pouls diminue; l'enfant se lève vers midi, sort, joue avec ses camarades; il paraît éprouver un peu plus de difficulté à courir et à monter les escaliers; il mange, quoique avec moins d'appétit. Les jours suivants se passent de même; il fait une longue promenade avec sa mère, joue à la balle, n'accusant aucune fatigue; cependant, au retour, il est las et demande à se coucher. Le 20, il garde le lit; il se plaint à peine de la lassitude. Le 21, il se lève; c'est par hasard que le D^r Lassègue est consulté. L'enfant est pâle; point de douleur, point de chaleur à la peau, point de fièvre. En percutant la poitrine, matité complète en arrière, jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate; un peu de sonorité dans la fosse sus-épineuse; en avant, matité assez considérable jusqu'à la clavicle; le creux sus-claviculaire est encore un peu sonore; respiration nulle à la partie inférieure de la poitrine; en haut, égophonie; à droite, respiration puérile. Vésicatoire, digitale. Le 23, même état général; l'enfant demande en pleurant à manger; il se couche indifféremment sur les deux côtés; le sommeil a été assez calme; la matité dépasse de plus de 1 centimètre la ligne médiane du sternum. Le cœur est refoulé à droite; le côté gauche de la poitrine ne paraît pas dilaté en arrière, mais en avant de la troisième à la sixième côte; seulement on remarque une dilatation partielle, comme si les côtes étaient repoussées par un épanchement dans le péricarde. Le 24, les accidents persistent, M. Trousseau pratique la paracentèse; l'écoulement d'un liquide jaune fut abondant, albumineux; l'enfant pâlit, se plaint d'une constriction à la gorge, toussé deux ou trois fois. Après quelques minutes de repos dans un autre lit, il cause avec sa mère et n'accuse aucune douleur. Immédiatement après l'opération, on entend la respiration dans tout le côté gauche de la poitrine. La nuit est excellente; l'enfant dort d'un sommeil calme et profond, de huit heures du soir à neuf heures du matin.

Le deuxième jour, 25 septembre, pas de fièvre; le jeune malade éprouve un grand bien-être. Une matité peu étendue persiste encore à la partie inférieure de la poitrine; égophonie très-prononcée; la moitié supérieure est sonore en arrière et en avant; la respiration y est normale. Vers une heure, l'enfant se lève; le soir, deux ou trois accès de toux. Le quatrième jour, la matité a diminué sensiblement; encore un peu d'égophonie, mais seulement à la partie latérale et inférieure. Le cinquième jour, tous les accidents ont disparu; la respiration est normale. L'enfant reprend son régime et ses jeux. Le 29, sixième jour après l'opération, l'enfant sort avec la mère, et demande avec instance qu'on augmente moins lentement sa nourriture; depuis lors, sa santé est parfaite.

XXXIV^e OBSERVATION. — *Hydrothorax aigu*. — *Paracentèse*. — *Guérison*.
(Communiquée par M. Trousseau.)

Le samedi 22 juin 1844, mon ami M. le D^r Patin vint me chercher le matin, avant six heures, pour me conduire auprès de l'une de ses clientes, M^{me} Sclagues-tad, demeurant à la Chapelle-Saint-Denis, rue Marcadée, n^o 3. Il avait été mandé pendant la nuit auprès de cette malade, qui, au quatorzième jour d'une pleurésie aiguë, était arrivée à un degré de suffocation telle, que la vie semblait immédiatement menacée.

Le dimanche 9 juin, elle avait éprouvé un peu de douleur dans le côté gauche de la poitrine, et du malaise. Elle consulta légèrement un médecin, qui, attribuant à un état de chlorose l'essoufflement, la pâleur, le point de côté, prescrivit une nourriture généreuse, du bon vin, de l'exercice à pied. La pauvre patiente n'exécuta que trop ponctuellement cette fatale prescription; elle lutta avec énergie contre la fièvre qui l'accablait; enfin, vaincue par le mal, elle se mit au lit le huitième jour de la pleurésie, et manda M. le D^r Patin. Celui-ci ne fut pas de peine à reconnaître la maladie. Le côté gauche de la poitrine était complètement mat de haut en bas, et ses espaces intercostaux étaient dilatés, le cœur était rejeté à droite.

Une médication énergique n'amena qu'un soulagement momentané. Le vendredi 21, les règles parurent, et il y eut un peu d'amendement; elles se supprimèrent le soir, et, dans la nuit, l'oppression fit de rapides progrès, et la mort sembla si imminente, que l'on courut éveiller M. Patin.

Face pâle, anxieuse, yeux largement ouverts, narines agitées de mouvements violents, respiration extrêmement difficile; la malade est assise dans son lit, soutenue par des oreillers; dilatation énorme et matité complète du côté gauche de la poitrine; le cœur bat sous les cartilages, du côté droit du sternum. Pouls misérable, très-fréquent; peu de toux; souffle, égophonie. L'épanchement était énorme, la mort était menaçante; notre parti fut bientôt pris, et la paracentèse pratiquée. Nous retirâmes ainsi, sans beaucoup de difficultés et dans l'espace de quelques minutes, 2 litres (4 livres) de liquide, mesurés exactement. Il est facile de comprendre le soulagement extraordinaire que dut apporter l'évacuation de plus de 16 palettes de sérosité. Aussi la pauvre malade était revenue à la vie, le cœur avait repris sa place, et le pouls était plein, régulier, quoique assez fréquent encore: l'oppression avait cessé. La malade, couchée presque à plat, respirait avec calme et éprouvait un peu de besoin de dormir. La matité existait encore dans toute l'étendue de la cavité gauche du thorax, qui semblait moins volumineuse que celle du côté opposé. La bronchophonie et le souffle étaient restés

les mêmes. Digitale; boire le moins possible. La journée se passa dans un calme parfait; la nuit, il y eut sept heures de sommeil. Les jours suivants, on donna quelques purgatifs, et l'on continua la digitale.

Le mardi 25, je revis la malade; la région claviculaire et toute la fosse sus-épineuse donnaient un son clair, et, dans ces points, on entendait le murmure vasculaire; beaucoup d'égophonie au niveau de la crête de l'omoplate; bronchophonie et souffle jusqu'en bas. Peu de fièvre, un peu de toux sèche, pas d'oppression; appétit. — Digitale, aliments légers.

Le mardi 2 juillet, le bruit respiratoire s'étendait en arrière, jusqu'au milieu de la fosse sous-épineuse; au-dessus, le son était clair; égophonie éclatante vers l'angle de l'omoplate, souffle et bronchophonie en bas; pas de râles, toux sèche; un peu de fièvre encore, appétit très-vif. Vésicatoire; cesser les médicaments; aliments.

Seize jours après l'opération, les forces étant revenues, la malade alla à pied chez une de ses parentes, qui demeure à Clignancourt, à une distance de plus de 2 kilomètres; elle y resta toute la journée, et, le soir, elle revint à pied sans trop de fatigue. Je la revis trois jours après; elle avait l'extérieur de la santé, pas de toux, pas la moindre oppression, appétit excellent. La partie postérieure du côté qui avait été le siège de l'épanchement donnait encore un son mat en bas; mais le bruit respiratoire s'entendait.

XXXV^e OBSERVATION. — *Hydrothorax. — Paracentèse. — Pneumonie consécutive.*
— Guérison. (Communiquée par mon collègue Becquet.)

Cressogny (Nicolas), quarante et un ans, commis en vins, d'une constitution robuste, à visage fortement coloré, d'une bonne santé habituellement, n'ayant jamais éprouvé que des indispositions, entre à l'Hôtel-Dieu, le 10 avril 1849, n^o 84, salle Sainte-Madeleine.

Il y a un mois, au milieu de la santé, la respiration s'embarasse un peu, légère oppression, sans douleur de côté; sans cause appréciable, depuis douze jours, la gêne s'est accrue encore davantage, ce qui l'engage à entrer à l'hôpital. Matité complète de tout le côté gauche, en arrière; absence du bruit respiratoire en bas, résonnance et chevrottement de la voix dans les fosses sus-épineuses; en avant, matité, cœur à droite; bruit respiratoire sur la clavicule, respiration puerile à droite, pas de douleur de côté; le pouls est petit, fréquent, sans caractère fébrile; les autres fonctions sont intactes.

Le 12, thoracentèse pratiquée suivant le procédé généralement employé par M. Trousseau; écoulement d'un liquide citrin transparent. On fit écouler la plus grande quantité de liquide qu'il fut possible. Le malade éprouva une amélioration

notable, et l'oppression disparut peu à peu. La percussion et l'auscultation démontrèrent immédiatement que les organes avaient repris leurs places et leurs fonctions, mais qu'il restait encore un peu de liquide. Cependant le battement du cœur continuait à se faire entendre plus distinctement à droite. Le soir, peau chaude, pouls roide et fréquent. Le malade paraît surexcité; sa face est fortement colorée; ses réponses brèves; la matité ne s'est pas reproduite en avant; l'expectoration abondante, spumeuse. (Potion éthérée.)

Le 13, le malade est plus calme que la veille au soir, la peau est moins chaude; on perçoit en arrière, dans une assez grande étendue, un frottement pleurétique. Le soir, mouvement fébrile très-intense; crachats visqueux, adhérents, quelques râles crépitants. Il y a évidemment pneumonie tenant aux manœuvres exécutées vers la fin de l'opération pour pouvoir évacuer le plus de liquide possible. Le malade, en effet, avait été engagé à se pencher tout à fait sur le bord de son lit, afin de favoriser l'écoulement, et les dernières parties du liquide étaient sorties rougeâtres, comme si le choc de la canule avait éraillé le tissu pulmonaire.

Le 14, persistance des mêmes symptômes. (Saignée, ventouses; tartre stibié.)
Le 16, état général très-bon; la respiration, moins rude, semble même un peu voilée; quelques râles muqueux. A partir de ce jour, le mieux ne se démentit pas.

Le malade, qui toujours, après le 19 avril, mangeait un portion, sortit entièrement guéri avant la fin du mois. Le cœur avait à ce moment repris sa place, sans qu'il me soit possible de dire à quel moment cela se fit.

XXXVI^e OBSERVATION. — *Hydrothorax aigu. — Paracentèse. — Guérison.*
(Service de M. Beau.)

Lacour (Louise), trente-sept ans, habite Paris depuis sept ans; bonne constitution, tempérament lymphatico-sanguin, habituellement d'une bonne santé, jamais n'a fait de maladie. Depuis plusieurs jours, malaise; cependant elle continue son ménage. Le 12 juillet, les règles, qui avaient paru la veille, se suppriment tout à coup; le malaise augmente; la malade entre à l'hôpital. Symptômes d'un embarras gastrique. La poitrine, examinée, n'offre aucun signe appréciable. (Ipéca qui produit des vomissements et une amélioration.)

Le 16, on saigne pour suppléer à l'écoulement menstruel. (Amélioration.)

Le 18, débute la pleurésie; on trouve de la matité dans le tiers inférieur du thorax, à droite. — Le 19, saignée couenneuse. L'épanchement marche assez pour ne laisser plus de résonance qu'en haut. Nouvelle saignée.

Le 20, la matité fait des progrès.

Le 21, vésicatoire.

Le 23, la matité a un peu dépassé la ligne médiane; elle est complète dans tout le côté droit; oppression croissante, 36 inspirations, perte complète de l'appétit, pouls à 96, soit très-vive. (Nouveau vésicatoire.)

Le 25. La matité a dépassé le sternum; dyspnée croissante, 40 inspirations par minute, pouls à 92. La malade est très-agitée; elle redoute l'opération, refuse, s'inquiète, crie, enfin elle se résout à subir la ponction; sortie de 2 cuillerées de sang, suivie d'un écoulement de sérosité qui se prend en gelée dans le bassin immédiatement, et même dans la baudruche. La quantité de liquide évacué, mesurée exactement, fut de 1 litre. Diminution de la matité au sommet, pas de bruit respiratoire.

Le 26 juillet. Pouls à 84, 28 inspirations; la respiration s'entend profondément dans la moitié supérieure; la matité a diminué, mais elle est encore considérable relativement à la sonorité du côté gauche.

Le 27. La plaie est cicatrisée; la malade demande à manger; pouls à 84, 28 inspirations, même état de la poitrine. (2 potages.)

Le 29. Pouls à 76, 25 inspirations, respiration presque normale dans la moitié supérieure, plus de toux; la matité disparaît. On alimente.

Enfin, le 1^{er} août, la malade demande son exéat. La respiration est presque normale dans toute la poitrine; la matité ne persiste que dans le 6^e inférieur; pouls à 72, 20 inspirations; bon appétit, digestion facile.

XXXVIII^e OBSERVATION. — *Hydrothorax*. — *Paracentèse*. — *Guitrison*. (Service de M. Beau.)

Giroux (Fr.), quarante-trois ans, maçon, lymphatico-sanguin, d'une bonne santé, n'ayant jamais eu d'affection de poitrine, éprouvait, depuis un mois, de la douleur dans le flanc gauche, continuait à travailler, quand, depuis huit jours, la douleur augmente, la respiration le gêne, et il entre à l'hôpital.

Le 11 avril 1848, premier examen. Face pâle et terreuse, amaigrissement, douleur du flanc gauche, avec matité dans ce point, absence du murmure respiratoire, pas de souffle et d'égophonie. Vésicatoire, suivi de trois jours d'amélioration.

Le 15, le malade, étant sorti de la salle, éprouve frisson, toux fréquente, douleur de côté. Le lendemain, on trouve une matité absolue du côté gauche, en avant et en arrière. (Deux vésicatoires, un vomitif; plus tard, un autre vésicatoire.) L'épanchement augmente, l'amaigrissement et la faiblesse font des progrès; enfin, le 23 avril, M. Beau pratique la paracentèse, retire d'abord 3 cuillerées de sang, puis 3 litres $\frac{1}{6}$ de sérosité citrine limpide. Après l'opéra-

tion, quelques accès de toux, amélioration sensible; cependant la matité n'avait presque pas été modifiée. Le soir, l'amélioration avait fait de tels progrès que l'on accordait 2 potages.

Le 24, la sécrétion urinaire était abondante, le mieux s'était soutenu, et la matité n'existait plus que dans les deux tiers inférieurs; on entendait du souffle et du frottement pleurétique; plus d'agitation; l'appétit renait.

Le 29, la matité n'occupe que la moitié inférieure de côté gauche; un abcès furoculoïde se développe au voisinage de la plaie. Dans les jours suivants, l'état de la poitrine reste stationnaire, l'abcès se cicatrise, il y a de la diarrhée pendant plusieurs jours; enfin cet accident disparaît le 12 mai, les forces reviennent, et le malade sort guéri; plus tard il prenait part à l'insurrection de Juin, et était transporté.

XXXVIII^e OBSERVATION. — *Hydrothorax aigu.* — *Paracentèse.* — *Guérison.*
(Communiquée par M. Trousseau.)

Jeune femme âgée de vingt-six ans, accouche à terme; depuis un mois, présentant des apparences d'une bonne santé. Trois jours après l'accouchement, elle se levait pour commencer à travailler, et une *phlegmatia alba dolens* se déclara; il ne fut rien fait pour cette maladie, et malgré elle, sans en être complètement guérie, la malade fit de 12 à 15 kilomètres pendant une journée, à pied. La nuit de ce jour (1^{re} novembre), elle sentit augmenter un léger point de côté qu'elle avait ressenti dès la veille, et bien qu'elle eût eu de la fièvre, elle travailla encore tous les jours jusqu'au 8 novembre, époque à laquelle elle dut garder la chambre, l'oppression l'empêchant de se livrer à ses occupations habituelles.

Le 15 novembre, jour du premier examen, on trouvait une dilatation considérable de la cavité droite de la poitrine, et une absence complète des vibrations de ce côté. Le souffle et l'égophonie en occupaient toute l'étendue; le foie était repoussé dans la cavité abdominale et dépassait de 6 à 7 centimètres le bord tranchant des côtes. Le cœur et le médiastin étaient repoussés à gauche; la percussion fut douloureuse, décelait une matité jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire. Du reste, peu d'oppression, presque pas de toux, pouls petit, peu fréquent, 76 puls., chaleur de la peau, médiocre.

Du 16 au 18, même état de l'épanchement, malgré trois saignées dont le sang fut très-coenneux, et le calomel donné à doses fractionnées.

Le 17. Il fut jugé opportun de pratiquer la paracentèse; et cette opération, entourée des précautions ordinaires, fournit, dans l'espace de cinq minutes, 2,500 grammes d'une sérosité limpide citrine, ressemblant beaucoup à du petit-lait clarifié. Pendant la sortie du liquide, il se produisit une toux très-violente.

Après l'opération, on constata que le cœur avait repris sa place, et que la respiration s'entendait dans toute la partie antérieure, du côté droit, que la matité en avant avait complètement disparu. Quelques heures après l'opération, léger frisson accompagné d'un mouvement fébrile. Le soir, le pouls battait 90 pulsations, et l'état était des plus satisfaisants. — On suspend le calomel et l'on donne de la digitale.

Du 18 au 21, l'état reste parfait, pas de mouvement fébrile, le pouls bat entre 72, 76 et 84 puls.; il y a un peu de gêne de la respiration, mais le décubitus à droite ou à gauche est indifférent.

Le 22. Le pouls bat 80 puls., la chaleur de la peau n'est pas fébrile. Les genives sont encore un peu douloureuses et gonflées; il y a quelques coliques, et pourtant un peu d'appétit. La matité en arrière ne s'élève que jusqu'à la moitié de l'omoplate. En avant, la respiration est pure jusqu'au mamelon, et en arrière, jusqu'au niveau de la matité; pas d'égophonie ni de souffle.

Le 24. A partir de cette époque, le mieux va faisant toujours des progrès, le niveau du liquide baisse de plus en plus, la fièvre disparaît absolument, et l'appétit renaît. La malade sort plus tard, complètement guérie.

XXXIX^e OBSERVATION. — *Hydrothorax*. — *Paracentèse*. — *Guérison*. (Lue par M. Marrotte à la Société des médecins des hôpitaux. — *L'Union médicale*, p. 574; 1850.)

«Le malade est un homme de quarante-six ans, entré le 30 mai 1850; d'une constitution robuste et d'une bonne santé, il exerçait, avant sa maladie, la profession d'homme de peine dans une entreprise de déménagement.» Six semaines avant son entrée: refroidissement pendant le travail étant en sueur; frisson, malaise; souvenir vague d'une douleur de côté; le travail n'est pas interrompu; l'haleine devient courte; consultation d'un médecin; saignée, 25 sangsues. Ce traitement aggrave les accidents: orthopnée; infiltration des jambes, de la paroi gauche du thorax au moment de l'entrée; «face vultueuse; orthopnée; pouls régulier, vif, mais peu développé, à 84 puls. Malgré ces symptômes assez alarmants, l'appétit est conservé et la langue est naturelle. Le côté gauche est manifestement dilaté; en avant, en arrière, sur le côté, du sommet à la base, matité absolue à la percussion, et absence du murmure respiratoire; le cœur bat sous le mamelon droit.» 0,30 de tartre stibié provoquent trois selles, de nombreux vomissements, et une amélioration très-notable, qui disparaît le lendemain. — «Aussi le 27 juin, la thoracentèse fut-elle pratiquée à l'aide de l'instrument de M. Reybard, de Lyon. Le manuel opératoire ne présenta d'autre circonstance importante à noter que la précaution qui fut prise d'interrompre de temps en temps l'issue du liquide, pendant une à deux minutes, pour permettre aux cellules du poumon de

se dilater, et pour éviter une irruption trop brusque du sang dans son parenchyme.» 3,370 grammes de liquide présentant à son centre une masse gélatineuse. Le soulagement fut aussi rapide que complet; le malade put immédiatement se coucher, et en tous sens, et parler avec facilité; le pouls était descendu de 84 à 60 puls. Dès le soir même, l'opéré, se croyant guéri, était allé fumer sa pipe hors des salles.»

Douze heures après l'opération, malgré un vésicatoire, la scille et la digitale, 0,35 pour les vingt-quatre heures, un purgatif, l'épanchement était revenu tel qu'il était auparavant. — Aucun accident fébrile ou gastrique. Une seconde opération est pratiquée; elle donne un liquide rougeâtre qui, par le repos, produit un véritable caillot. Redoutant une nouvelle reproduction de l'épanchement, médication énergique, six vésicatoires successifs; purgatifs fréquemment répétés, digitale et scille. «Ce traitement énergique n'empêcha pas l'épanchement de se reproduire en partie dans les premiers jours avec plus de lenteur. Toutefois, à en juger par les signes stéthoscopiques et par le déplacement du cœur, il acquit tout au plus les deux tiers du volume primitif.

Vers la fin du mois, il parut rester stationnaire, puis il commença à suivre une marche rétrograde jusqu'à sa disparition complète, qui eut lieu vers le milieu du mois d'août. Cette disparition amena, comme de coutume, un rétrécissement de la poitrine, facile à constater. Le malade sortit enfin dans le commencement du mois de septembre, ayant recouvré sa force, son embonpoint et la possibilité de reprendre sa profession.»

XL^e OBSERVATION. — *Hydrothorax aigu. — Paracentèse. — Guérison.*

M^{me} X., vingt-huit ans, sujette, depuis quatre ans, à des hémoptysies, des érysipèles, et des névralgies intercostales, est prise, le 30 avril, d'abattement, de fièvre, et d'une douleur au côté plus vive que celle de ses névralgies. — Deux jours après, on trouvait : matité absolue dans la moitié inférieure du côté gauche, et absence de murmure respiratoire; oppression, toux sèche; fièvre. — Deux vésicatoires successifs n'améliorent que la douleur. — Le 22 mai, la dyspnée et la douleur de côté deviennent extrêmes, et l'on trouve la matité jusqu'à la clavicule, en avant, la fosse sus-épineuse, en arrière. Absence de bruit respiratoire; égophonie. Large vésicatoire. — Le 24, l'épanchement a fait de nouveaux progrès : le cœur est déjeté à droite. M. Trousseau, consulté, conseille la paracentèse, et la pratique le 25. Trois litres d'un liquide citrin qui se prend en gelée. — Toux continuelle, réapparition du bruit respiratoire; amélioration considérable.

Le 28, état bilieux qui nécessite deux vomitifs. Cet accident passé, l'appétit

revient, avec lui les forces, et bientôt l'épanchement disparaît complètement; il ne reste guère qu'un peu de retrait du côté gauche de la poitrine.

XLI^e OBSERVATION. — *Hydrothorax aigu.* — *Paracentèse.* — *Guitron.* (Service de M. Andral. — Communiquée par mon collègue Lemaistre.)

Picqué, âgé de quarante-cinq ans, homme de peine, est entré, le 17 juin 1850, à la salle Saint-Félix, n^o 9. Ce malade était atteint d'une bronchite chronique, depuis cinq ans, lorsqu'il a été pris, il y a cinq semaines, de vomissements bilieux, avec frisson, toux augmentée, et point de côté à droite. A son entrée, matité absolue en arrière, souffle à l'angle inférieur de l'omoplate, avec un peu d'égophonie; en avant, matité jusqu'au mamelon. 100 pulsations, 40 inspirations. Une saignée, une application de ventouses, l'emploi de la digitaline, ne font point résoudre l'épanchement, qui augmente toujours, de telle sorte que, le 26 juin, la matité est absolue en avant, à droite, dans toute l'étendue du poumon. Quelques râles sibilants et muqueux sont seuls entendus sous la clavice; le murmure respiratoire est partout nul. En arrière, vibration de la poitrine, insensible à droite; matité absolue, excepté tout à fait au sommet, où on entend un peu la respiration. A l'angle inférieur de l'omoplate, bruit de souffle doux et éloigné.

M. Andral se résout à la thoracentèse. Je pratique l'opération, et retire 1800 grammes d'un liquide jaunâtre transparent. Aussitôt après l'opération, le souffle en arrière a fait place à du murmure vésiculaire avec râles sous-crépitants. En avant, au lieu de matité, une sonorité presque normale. Pendant l'évacuation du liquide, le malade a plusieurs quintes de toux très-intenses. On sait que c'est un signe du déplissement du poumon, par conséquent un signe de bon augure. Après l'opération, le nombre des pulsations et des inspirations est le même qu'avant: 112 et 36. Cependant l'oppression est moindre, et le malade se trouve soulagé.

Les jours suivants, le mieux se maintient: les pulsations baissent; la face, pâle et anémique avant l'opération, prend une coloration meilleure; l'appétit revient, les forces se relèvent; l'épanchement, qui s'est reproduit un instant, disparaît; le râle muqueux, qui a longtemps persisté sous la clavicle, de manière à faire craindre les tubercules, fait place à un murmure vésiculaire normal. Le malade est donc guéri; et le 15 août, voilà ce qu'on observe au côté droit: il n'existe aucun râle, et la respiration s'entend à la base du poumon, quoique d'une manière très-obscur.

Comment agit l'évacuation du liquide? Je ne parle pas du phénomène tout physique qui permet le rétablissement de la respiration.

La plèvre, remplie par le liquide qu'elle a produit, semble devenue impropre à l'absorber. Dans l'ancienne théorie des exhalants et des absorbants, l'équilibre étant rompu, l'exhalation produisait plus que l'absorption ne faisait disparaître, et le liquide s'accumulait indéfiniment. Les vaisseaux n'existent pas, et la théorie tombe. Il ne reste qu'un fait, celui de l'exhalation et de la résorption à la surface des séreuses. La première, mise en jeu par l'inflammation, se transforme en une sécrétion active, et il arrive un moment où il semble que la seconde est devenue impuissante. Il en est comme des muscles creux, distendus outre mesure par les matières qu'ils renferment; la fibre n'a plus d'action, au lieu de se contracter, elle se relâche. Que dans les deux cas on enlève l'excès, et l'on verra la séreuse et le muscle reprendre leurs fonctions. — M. Pidoux pense que la partie absorbante de la plèvre est la séreuse pulmonaire, que son action est détruite par le ratatinement du poulmon. D'autres ont dit que le liquide, par la pression qu'il exerce sur les parois thoraciques, s'opposait à la résorption; quoi qu'il en soit des explications, toujours est-il que la plèvre est placée dans de nouvelles conditions où nous voyons s'effectuer la résorption.

3° *Dans les épanchements non excessifs devenant chroniques faut-il opérer?* Il n'y a pas assez de temps que la paracentèse est introduite dans la thérapeutique des épanchements pour répondre catégoriquement à cette question. Cependant, quand on considère que l'opération est sans danger, que les épanchements, par leur séjour prolongé, peuvent déterminer le développement des tubercules, que, d'ailleurs, on est très-longtemps avant d'obtenir leur résolution; que plus tard, si l'on doit faire l'opération, les adhérences seront plus difficiles à rompre, on est conduit, par toutes ces raisons, à opérer le plus tôt possible. Je crois que l'opération de la paracentèse deviendra de plus en plus usuelle; elle aura le sort de la trachéotomie. Dans la date des observations que je publie, on verra combien 1848, 1849 et 1850 ont produit de cas. Il y a huit

ans, dans les hôpitaux de Paris, la paracentèse était bien rare; aujourd'hui elle se multiplie beaucoup.

4° *Épanchements chroniques.* L'épithète ne signifie qu'une chose, à savoir que l'on entend des épanchements d'ancienne date. Il faudra donc s'assurer, avant de proposer la paracentèse, s'ils sont tuberculeux ou inflammatoires, séreux ou purulents, considérables ou excessifs, enfin s'ils sont symptomatiques. Les *épanchements chroniques, séreux, inflammatoires*, ou dus à une affection organique, sont dans le même cas que les hydrothorax aigus devenant chroniques: je renvoie à ce que j'ai dit de ceux-ci. Quant aux épanchements séreux, symptomatiques, d'une affection du cœur, ou des causes générales des hydropisies, je crois que la prudence exige que l'on n'opère qu'autant que les jours seraient menacés, absolument comme pour la paracentèse abdominale.

Que si maintenant nous nous occupons de collections purulentes, nous devons d'abord chercher leur cause, et, dans cette appréciation, ne pas perdre de vue que dans la majorité des cas l'épanchement est dû à une altération organique de nature tuberculeuse ou à un état pathologique grave. Ceci doit rendre plus prudent sur l'application de la ponction de la poitrine, surtout si l'on se rappelle que nous avons assigné aux fistules principalement pour cause la nature du liquide; il faut donc que le liquide soit en quantité considérable pour en venir à l'opération; mais je raisonne comme si le diagnostic des épanchements purulents et des épanchements séreux était facile. J'ai mentionné plus haut les mécomptes que l'on a dans ce diagnostic, aussi l'on excusera les erreurs par cela même qu'elles sont très-difficiles à éviter.

J'ai rapporté 8 observations de paracentèse pour des épanchements purulents; 3 seulement ne sont pas morts; 2 d'entre eux ont eu la paracentèse faite par la méthode absolue de M. Reybard, ils ne sont pas encore absolument hors de danger. Les n^{os} 5, 8 et 11, étaient dans un état tel que la paracentèse était palliative de l'as-

phyxie; le n° 12 était tuberculeux, et le n° 45 est mort avec des hémoptysies. Ceci confirme donc ce que je disais plus haut, que la présence du pus était liée à un état général grave.

XLII^e OBSERVATION. — *Empyème de pus. — Paracentèse. — Amélioration.* (Service de M. Roger; recueillie par M. Gublert; l'*Union médicale*, 1850, p. 515.)

« Lescot (Hippolyte), âgé de trente ans, corroyeur, entre à la Charité, dans le service de clinique de M. le professeur Bouillaud, le 3 juin 1850; il est d'une taille moyenne, d'une constitution forte. »

Aux îles Marquises, il y a quatre ans, début de l'épanchement pleurétique, avec tous les caractères de la pleurite; médications antiphlogistiques et révulsives énergiques; état lipothymique, produit par l'épanchement qui persiste au même degré. — De retour en France, le malade passe un an dans le service de M. Bouillaud, 1848. Il y rentre le 4 juin 1850, voyant son mal empirer de nouveau et ses forces diminuer insensiblement.

« Décubitus sur le côté gauche, le corps fortement relevé; expression d'anxiété, lèvres légèrement violacées, respiration bruyante, à 30 environ. A l'examen de la poitrine, on est frappé du développement des veines sous-cutanées, et particulièrement des veines épigastriques superficielles et des thoraciques externes, surtout à gauche. Les deux côtés paraissent à peu près également développés dans la région thoracique proprement dite; la circonférence, mesurée en passant par les deux mamelons, est de 94 centimètres, et le chiffre 47, c'est-à-dire la moitié de la longueur totale, coïncide bien avec le milieu du sternum. A deux ou trois travers de doigt plus bas, il y a une augmentation de 2 centimètres, également répartie à droite et à gauche. C'est dans les hypocondres seulement que la différence se prononce; à gauche, existe une tumeur qui débordé beaucoup les fausses côtes et les rejette en dehors; elle est rénitente, ne présente pas de point qui soit induré, et s'avance jusqu'à 2 centimètres de l'ombilic. A son niveau, existe une matité absolue, qui se continue dans toute la hauteur de la poitrine, jusques et y compris le creux sus-claviculaire. En exerçant la percussion périphérique, une main étant appliquée sur le flanc, et l'autre frappant la tumeur vers la région épigastrique, on perçoit avec la première un choc liquide très-manifeste. Le même phénomène se reproduit nettement lorsqu'on applique une main sur le premier espace intercostal, tandis que l'autre percute la partie la plus déclive de la tumeur. La matité qui règne dans tout le côté gauche du thorax s'étend à droite, au delà des cartilages; le son pulmonal n'existe guère que dans les régions sus et sous-claviculaires, et vers le bord de l'aisselle, où

l'on entend le murmure respiratoire ; tandis qu'à gauche, et dans le reste de l'étendue du côté droit, il y a silence complet. Dans le voisinage du mamelon droit, on constate la présence du cœur, par les soulèvements dont la paroi thoracique est animée.

« En arrière, à gauche, la matité est absolue dans toute la hauteur ; cependant il semble qu'elle le soit un peu moins au niveau de la racine du poumon, où l'on entend dans le lointain un bruit respiratoire difficile à caractériser. A droite, au contraire, la résonance est généralement bonne, et l'on entend partout la respiration, qui offre la même rudesse qu'en avant, et qui a, dans certains points, le caractère bronchique ; en haut, l'expiration est notablement prolongée. Le ventre est développé, surtout dans sa zone épigastrique ; le foie déborde un peu les fausses côtes, et ne remonte pas au delà du sixième espace intercostal ; les régions ombilicale et hypogastrique rendent un son aérique. Les jambes sont légèrement œdématisées dans leur tiers inférieur ; le pouls est à 100 ou 102, médiocrement résistant et développé, un peu ondulant, la peau sans chaleur fébrile. » Vésicatoire, etc. etc. L'oppression seule diminue un peu ; l'infiltration des jambes se dissipe.

Le 22 juin, péritonite hépatique, traitée par des émissions sanguines locales. — Guérison. — Les mois se passent, l'amélioration n'arrive pas ; la quantité de liquide augmente encore, avec elle la faiblesse générale. — L'opération est pratiquée par M. Trousseau. — On retire 3,300 grammes de pus, inodore, homogène. « A mesure que l'écoulement continuait, le malade éprouvait un soulagement qui lui était inconnu depuis longtemps ; la respiration s'exécutait plus facilement, la cyanose diminuait aux lèvres comme aux extrémités. Pendant ce temps, la tumeur de l'hypochondre gauche s'affaissait par degrés ; d'autre part, on sentait les battements du cœur se rapprocher du sternum, et, lorsque cet organe fut voisin de la ligne médiane, l'opérateur jugea prudent d'arrêter l'évacuation, laissant ainsi dans la poitrine une quantité de liquide probablement égale à celle qui avait été retirée. » Toux pendant l'opération, venue spontanément. — Compression sur la plaie, après avoir enlevé la canule. — Après l'opération, menace de syncope. — Quelques cuillerées de vin raniment le malade. — Le soir, réaction fébrile assez marqué. « La nuit fut néanmoins assez bonne. Le lendemain 14, le pouls est plus résistant que la veille, et bat 108 à 110 fois ; la peau est très-chaude ; soif vive, anorexie, abattement ; cependant la respiration reste plus libre. » Résonance tympanique, bruit de flot, par la succession, cependant pas de tintement métallique ; bruit respiratoire très-faible, éloigné ; déplacement des organes par les gaz, absolument comme avant l'opération.

Le 15, il y a une amélioration notable de l'état général, bien que l'épanche-

mêut semble avoir un peu augmenté. — Le gaz paraît avoir, au contraire, un peu diminué. — Pas de tintement métallique.

« Le 16, le pouls avait encore diminué de quelques pulsations, la peau était fraîche; le malade allait par les salles, respirait à son aise. D'ailleurs l'état local restait absolument le même.

« Aujourd'hui encore rien n'est changé du côté de la poitrine; à gauche, le soulèvement de la paroi est complètement silencieux; les proportions d'air et de liquide restent les mêmes, c'est-à-dire que dans le décubitus sur le côté affecté, suivant une inclinaison de 45°, la limite de l'épanchement décrit une courbe, qui commence à peu près au niveau du quatrième espace intercostal, où elle s'arrondit comme pour se fermer, passe ensuite, en se redressant, sur les cartilages et les côtes supérieures, et aboutit vers l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la clavicule gauche. A droite et au-dessus de cette ligne, commence le son tympanique, qui dépasse la ligne médiane. » Le cœur occupe la même place qu'au moment de l'entrée. — Notons que le malade avait ressenti la sensation de flot, en se remuant.

XLIII^e OBSERVATION. — Emphyème de pus. — Paracentèse. — Amélioration.
(Communiquée par mon collègue Caillault.)

Vibert (Charles-Sylvestre), vingt et un ans, garçon de salle, d'une constitution délicate, pâle et catarrheux depuis son enfance, sans paraître tuberculeux, habite Paris depuis trois ans. Il a eu un chancre du frein, avec bubons non purifiés, sans accidents consécutifs. Il porte un épanchement considérable à gauche, qui a commencé sans que le malade puisse indiquer les causes prochaines ou éloignées de la maladie. Point de côté à gauche, bruit respiratoire moins fort qu'à droite, pas d'égophonie, pas de matité : ceci était l'état du 23 octobre 1850. Il y avait, en outre, une prostration générale, un état voisin de l'état typhoïde, hébété, rêvasserie, etc. etc. — Diète, eau de Sedlitz. — Les symptômes généraux s'amendent; le point de côté persiste; les signes de l'épanchement deviennent de plus en plus caractérisés, et la matité arrive à ce point d'être complète sous la clavicule. Aucun phénomène acoustique n'est perçu par l'auscultation; plusieurs légers vésicatoires successifs ne conduisent à aucun résultat. Le malade va pâlissant, s'affaiblissant de jour en jour; petite fièvre les soirs.

Le 10 novembre. L'état de dépérissement semble s'aggraver, car la fièvre augmente; mais bientôt on s'aperçoit qu'elle n'est due qu'à une irruption de varioïde légère. — L'épanchement augmente toujours, et l'affaiblissement fait des progrès; le malade ne peut rester assis dans son lit; on craint une terminaison

funeste. — Nouveau vésicatoire. — Quand la fièvre de varioloïde est passée, l'état local de la plèvre étant tel, que les espaces intercostaux font saillie, M. Sandras fait la paracentèse avec l'instrument de M. Reybard, laissé à demeure pendant un jour, le 17 novembre 1850. *Il sort en trois fois dans la journée* $\frac{3}{4}$ de litre de pus clair, homogène. Malgré cette faible quantité de liquide, et *quoiqu'il se soit introduit un peu d'air dans la plèvre*, l'oppression a été considérablement diminuée; et, qu'on se rende compte ou non du fait, il est constant que dès ce jour l'amélioration a marché rapidement sans se démentir.

Aujourd'hui 13 décembre 1850, le malade se lève, se promène, mange, reprend des forces, et va de mieux en mieux; seulement il existe toujours un peu de liquide dans le bas de la plèvre, et un peu d'air dans le haut.

XLIV^e OBSERVATION. — *Empyème de pus. — Paracentèse — Guérison.* (Communiquée par mon collègue Caillaud.)

X, âgé de vingt-deux ans, imprimeur, d'une constitution sèche et nerveuse, sans antécédents tuberculeux ou syphilitiques, était entré, en juin 1850, dans le service de M. Renauldin, à Beaujon, salle Saint-Jean, n^o 152. Il s'était décidé à venir demander des soins, parce qu'il avait remarqué que son cœur battait à droite. Il racontait que depuis un an il était fatigué de palpitations de cœur et d'essoufflements, qui dataient d'une pleurésie à gauche très-intense. Ne trouvant pas de soulagement, après avoir eu trois vésicatoires successifs, il sortit et entra dans le service de M. Sandras. Alors on trouva le côté gauche dilaté, les espaces intercostaux bombés. Matité absolue. Cœur refoulé à droite, pointe battant un peu en dehors du mamelon droit. Un peu de murmure respiratoire seulement au sommet. Rhythme du cœur très-irrégulier. Peu de jours après l'entrée, on fait la paracentèse, par le procédé Reybard. Ponction de la paroi thoracique, par un trois-quarts armé d'un robinet et de baudruche, et laissé à demeure. Il s'écoula trois quarts de litre d'un liquide séro-purulent inodore. On put constater immédiatement et pendant l'écoulement un retrait de deux pouces et demie en bas du cœur, et de trois pouces vers le côté gauche. La canule fut ouverte le soir, il ne s'écoula que quelques grammes de liquide. Le lendemain, quand on ouvrit le robinet, il ne s'écoula rien, et l'on enleva le tube.

Les forces n'avaient pas diminué, la fièvre n'avait pas paru, et le malade mangeait et se levait. Pendant trente-cinq jours environ, il fut soumis, sans amélioration notable à l'usage de la digitaline; l'épanchement s'était un peu reproduit, mais il n'avait pas déplacé le cœur, et même quand le malade se crut suffisamment amélioré pour sortir et reprendre son travail, il y avait un commencement de retrait du thorax à gauche.

XLV^e OBSERVATION. — *Pleurésie aiguë avec épanchement de pus. — Paracentèse. — Amélioration. — Mort d'hémoptysie.* (Service de M. Monneret. — *L'Union médicale*, 1850, p. 201.)

Guillaumet, âgée de vingt-trois ans, d'une forte constitution, était accouchée depuis un mois, et allaitait son enfant, lorsqu'elle fut prise, le 26 mars 1846, d'une douleur vive qui occupait la région splénique et les dernières côtes gauches. Un frisson, des vomissements bilieux, marquèrent le début du mal, pour lequel elle fut admise à l'hôpital Bon-Secours, le 6 mars 1846. A partir de cette époque, symptômes généraux et locaux d'une pleurésie et d'une péritonite diaphragmatiques correspondantes. La fièvre, la dyspnée, la douleur locale, prirent une intensité très-grande. — Deux saignées, 60 saignées, 2 vésicatoires et l'émétique, ne purent déranger la marche de l'épanchement, qui prit des proportions très-grandes. Plus tard se montrent des signes d'asphyxie, malgré les drastiques énergiques employés. Je me décidai alors à pratiquer la thoracentèse, suivant le procédé si facile et si ingénieux de M. Reybard. Deux litres d'un pus blancâtre, épais, et presque phlegmoneux, s'écoulèrent par la canule, et il en résulta, quelques heures après, un soulagement extrême. Dès le lendemain, la respiration s'étendait, quoique affaiblie, jusqu'à la quatrième côte en avant; le son et la vibration normale étaient reconnus sur tout le sternum et jusqu'au mamelon gauche. En arrière, les signes n'indiquaient pas une amélioration aussi prononcée; mais, deux jours après l'opération, l'égophonie et le souffle, que l'on entendait au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, attestaient une diminution très-grande de la quantité du liquide. La respiration cependant était encore gênée, et l'état général, quoique plus satisfaisant, ne répondait pas à ce que l'on pouvait espérer de la diminution des symptômes thoraciques.

Il serait inutile d'indiquer jour par jour les symptômes qui se sont produits jusqu'à la mort. L'épanchement resta limité au tiers inférieur du thorax, et aucun signe spécial ne commandait une nouvelle thoracentèse. La respiration, quoique fréquente (32), était facile; toute douleur thoracique avait cessé, le cœur avait repris sa situation naturelle. Les vomissements persistaient avec opiniâtreté; la rate faisait une saillie notable et avait triplé de volume; le pouls restait toujours fréquent (116, 124). La malade reprenait un peu de force et commençait à se nourrir, lorsqu'elle fut saisie, dix jours après l'opération, au milieu de la nuit, d'une forte oppression, de toux et d'expectoration, de crachats rutilants hémoptoïques assez abondants. Rien n'annonçait une augmentation de l'épanchement. (Application d'un large vésicatoire; potion antispasmodique.) Le lendemain, elle rendit, au moment de la visite, une nouvelle quantité de crachats sanglants, et mourut tout d'un coup.

Toute la cavité pleurale gauche était tapissée de fausses membranes, molles, faciles à détacher, et rougies par la matière colorante du sang. Sous cette couche de plasma organisé, on trouve la plèvre d'un rouge vif, criblée de vaisseaux capillaires hyperémiés, et de larges ecchymoses dont le siège est dans le tissu pleural et cellulaire sous-jacent. Le poumon, réduit au volume du poing, est retenu contre la colonne vertébrale par des liens pseudomembraneux assez solidement organisés; il est dense, splénifié, et sur sa face externe apparaissent des fines et nombreuses arborisations vasculaires, qui ont leur siège dans le tissu cellulaire sous-pleural, et se continuent entre les deux lobes et même les lobules pulmonaires. Quatre verres environ de pus blanc, et renfermant des lambeaux fibreux, baignent la partie inférieure de la plèvre gauche. Le poumon droit est sain; les bronches renferment encore le sang exhalé pendant la vie; nulle part de tubercules.

Quand il y a imminence de mort, il n'y a pas à balancer, et je me plais à citer comme limite extrême l'enfant scarlatineux, n° 11, et le malade de M. Maubec, n° 8; les conditions étaient aussi défavorables que possible, et cependant, loin d'avoir causé la mort, l'opération l'a éloignée.

Hydro-pneumothorax. — Je n'aurais point parlé de cette espèce complexe d'épanchements, si, dans la Société des médecins des hôpitaux, et plus tard dans un article (*Gaz. des hôp.*, 1850), M. Gendrin n'avait dit que la paracentèse n'offrait d'utiles avantages que dans les cas de fistules bronchiques. Cette opinion me semble un peu hasardée, et de plus je ne vois pas quel avantage il peut y avoir pour le malade dans la soustraction d'un gaz qui se renouvellera sans cesse, tant que la fistule bronchique ne sera pas fermée, que, si l'on se rapporte à ces efforts de toux qui accompagnent le déplissement du poumon, on pourra juger de la valeur d'une telle opération dans une maladie où le *statu quo* est ce qu'il y a de plus heureux, car lui seul peut laisser se produire la cicatrice et l'amélioration du sort du malade; que si pourtant il y avait imminence d'asphyxie par excès de gaz, nous ne serions pas éloignés de pratiquer la ponction; mais encore où la pratiquer? et quand la ré-

sonnance occupe la moitié de la hauteur du thorax, quel est le médecin qui osera, avec assurance, plonger son trois-quarts sans redouter de toucher aux poumons? sera-ce dans la partie mate ou dans la partie sonore que l'on opérera? Il y a, en dehors de quelques cas bien rares, s'ils existent même, une véritable imprudence à con-eiller l'opération pour les cas de pneumo-thorax.

De l'opportunité de l'opération.

Étant connus l'opération et les cas qui nécessitent son emploi, reste à savoir à quel moment il est opportun de la pratiquer? Après les développements qui précèdent, on comprend qu'il me reste bien peu à dire. Voici néanmoins les préceptes qu'il est important de ne pas mettre en pratique, si l'on veut obtenir des résultats satisfaisants, dans l'opération de la paracentèse. Il en est de cette opération comme de toutes les autres; la façon dont elles sont employées fait presque autant que l'opération elle-même. Ainsi dans la pleurésie inflammatoire simple avec épanchement considérable, il faut (et c'est une indication bien importante) attendre que la fièvre soit tombée; car, sans cela, on s'expose aux exacerbations de l'inflammation locale et à la reproduction du liquide. Que l'on suive ce qui s'est passé dans l'histoire du n° 46 qui va suivre, et l'on verra que, lors de la première ponction, des mouvements fébriles se présentaient le soir, que le pouls, loin de baisser après l'émission du moment, reprit de la force, et que huit jours après, on ponctionnait de nouveau; et en effet, *a priori*, on aurait pu dire ce qui devait arriver. Que peut faire la soustraction du produit inflammatoire, tant que le molimen n'a pas disparu? On lui donne peut-être même un coup de fouet, et l'on favorise son activité.

XLVI^e OBSERVATION. — Pleurésie aiguë avec épanchement excessif. — Deux ponctions. — Guérison. (Hôpital des Enfants Malades, 1849, service de M. Trouseau. — Recueillie par l'auteur.)

L'enfant dont je fais ici l'histoire était dans le service des dartreux depuis

le mois de février 1849, pour un psoriasis. A part cette maladie de la peau, il se portait bien, le développement de son corps était en rapport avec son âge (sept ans); c'était un bel enfant. — Le 29 juin, il accuse du mal de tête, une douleur de côté, et se couche sans vouloir manger. Le lendemain, fièvre vive, toux fréquente, point de côté poignant, matité, à gauche en bas, égophonie et souffle; pas d'oppression, langue blanche, pas d'accidents gastriques; face vultueuse, peau chaude. — 4 sangsues, infusion digitale.

Dans la période qui sépare le 1^{er} juillet du 6, la fièvre persiste, le point de côté disparaît; mais l'épanchement fait des progrès très-grands. — Le calomel à doses fractionnées conjointement avec la digitale, sans résultats.

Le 6. Matité absolue à gauche jusqu'au niveau de la clavicule, où l'on entend un peu d'égophonie en avant; matité absolue jusqu'en haut, point à la partie postérieure; voussure notable du côté gauche; cœur déjeté à droite. — Cependant l'enfant, par sa position, par son décubitus horizontal et à droite, par le peu de dyspnée, ne peut faire pressentir un épanchement aussi considérable. La fièvre est moindre cependant le soir, le pouls est encore rapide, la figure est encore vultueuse, il y a une augmentation de la chaleur de la peau. Paracentèse pratiquée devant les personnes qui suivaient la clinique; écoulement de 1 litre de liquide citrin, se prenant en gelée. Malgré les essais, pas de toux, les organes reprennent leur place; souffle en haut. Dans la journée, un peu de liquide s'écoule par la plaie, on comprime; fièvre, 112 pulsations. — Diète.

Le 7. Pas d'accidents gastriques, l'enfant demande à manger; la fièvre revient, l'épanchement augmente de nouveau. — Digitale, diète.

Du 7 au 13. Rien de particulier, même état satisfaisant des fonctions, un peu de constipation nécessite un purgatif. La fièvre disparaît le soir, à partir du 10.

Le 13. Nouvelle ponction; retrait plus facile et complet des organes; on suit du doigt le cœur; la toux commence à moitié de l'écoulement du liquide et ne s'arrête plus, l'enfant s'en plaint; le murmure respiratoire reparait en haut, en avant comme en arrière. *Lait, infusion de digitale.* Il est bon de noter qu'après l'émotion de l'opération, le pouls bat 92, ce qui n'avait pas eu lieu après la première ponction.

Du 14 au 17. On constate que la voussure disparaît, que la rate, descendue dans la fosse iliaque, est revenue sous les fausses côtes et ne peut plus être sentie. L'égophonie et le souffle s'arrêtent avec la matité, vers le milieu de la fosse sous-épineuse. Le cœur est en place, plus de mouvement fébrile; très-bon appétit. Il reste de l'épanchement, mais il n'y a pas de tendance à l'accroissement.

Fort gâté par ses parents, l'enfant obtient d'eux sa sortie de l'hôpital, car il

redoutait une troisième opération, et la diète qu'on lui faisait observer n'allait pas à son appétit.

M. Trousseau continua à le voir en ville. Quelques jours après sa sortie, il eut la scarlatine, devint bouffi, et pissa de l'albumine. Un vésicatoire avait été appliqué sur le côté; enfin la pleurésie guérit sans être influencée par la maladie éruptive, et plus tard, l'enfant complètement guéri, sans retrait de la poitrine, fut présenté dans une des leçons cliniques.

Ainsi il faut savoir attendre le moment opportun en étudiant les symptômes généraux. L'indication du moment peut se tirer du niveau du liquide; en général, quand un épanchement s'est montré rebelle à tout traitement, quand il marche, faisant chaque jour des progrès, on doit le redouter. L'état syncopal et lipothymique se présente souvent avant la mort, avant l'opération, ce qui permet de s'expliquer comment, dans bien des cas, est produite la cessation de la vie. Le cœur, fortement refoulé et gêné dans ses fonctions, éprouve quelques irrégularités dans ses battements; ceux-ci peuvent être cause de syncope, et l'on sait qu'une syncope prolongée trop longtemps conduit à la mort; aussi, quand l'épanchement a pris des proportions énormes, qu'il arrive à la ligne médiane et à la clavicule, le cœur se trouve dans les conditions que je viens de dire, et l'on doit non-seulement redouter la mort par asphyxie, mais encore par syncope. L'opération est opportune. Pour les épanchements chroniques, l'opportunité perd de son importance, à moins qu'il n'y ait danger.

En résumé, quelle doit être la conduite du médecin en présence d'un épanchement ?

Toujours il se trouve entre ces deux alternatives : ou bien l'asphyxie est imminente, ou bien elle est éloignée, et l'asphyxie se produit soit par des symptômes ordinaires, soit par la présence seule des signes physiques, indiquant la hauteur du liquide.

Pour nous, adoptant en cela les idées de M. Trousseau, il n'y a pas de doute : *il faut opérer quand on se trouve en face de la première alternative, absolument comme pour l'ascite.* Quelle que soit la na-

ture du liquide, la cause éloignée ou prochaine, et son ancienneté; à moins toutefois qu'il n'existe des lésions organiques telles que, en dehors de l'épanchement, la mort arrivera dans un temps très-court. Hors de cette circonstance, il faut opérer.

Dans la seconde alternative, le devoir du médecin est : 1° D'employer les moyens thérapeutiques conseillés en pareil cas, et de mesurer leur énergie à la rapidité de la marche de l'épanchement. 2° D'opérer, quand l'épanchement devient excessif, pour guérir dans les cas que nous avons dit, pour soulager dans les autres et empêcher la mort; d'opérer peut-être avec plus de *hardiesse* et de *confiance* qu'on ne le fait pour l'épanchement simple non excessif, mais très-considérable, devenant chronique, après avoir résisté aux médicaments. 3° De *s'abstenir* si la fièvre n'est pas tombée, si l'épanchement est médiocre et stationnaire; de *s'abstenir* surtout dans les cas d'épanchement médiocre que l'on a tout lieu de supposer tuberculeux ou purulents. 4° Que, dans tous les cas, l'œil doit être attentivement ouvert sur les épanchements rebelles et considérables; car 1° il arrive qu'ils prennent une marche rapidement ascensionnelle qui peut conduire à la mort; 2° ils peuvent déterminer, comme il a été dit, le marasme et les tubercules.

IV.

OBJECTIONS CONTRE LA PARACENTÈSE THORACIQUE.

J'aurais pu, en étudiant le danger de la paracentèse et son application, poser et réfuter les objections; j'ai préféré, tout en m'exposant à certaines redites, faire un chapitre à part; car il résumera à peu près la discussion qui a eu lieu dans le sein de la Société des médecins des hôpitaux.

1° *Introduction de l'air.* Je n'ai plus besoin de réfuter les dangers

qu'on lui attribue, puisqu'elle n'existe pas; je n'en parle ici que pour montrer l'inconséquence des médecins, qui critiquent les résultats obtenus par la paracentèse, telle qu'on la pratique aujourd'hui, en opposant des résultats de paracentèse ou d'empyème, faits sans aucune précaution. C'est ainsi que M. Gendrin, critiquant cette opération, argue de ses opérations propres : « Du reste, je ne prenais point de précautions contre l'introduction de l'air dans la cavité pleurale » (séance du 5 mai; *l'Union médicale*, 9 avril 1850). Je le demande, la paracentèse avec introduction de l'air dans la plèvre est-elle la même que la paracentèse d'aujourd'hui?

2° *Impossibilité de vider complètement la poitrine.* Cette objection, faite par M. Martin-Solon, n'est vraiment pas une objection: jamais personne n'a eu la prétention de vider complètement la cavité thoracique, la chose est physiquement impossible. D'ailleurs, que cherche-t-on? on veut placer la plèvre dans de telles conditions que l'on puisse lui rendre la propriété qu'elle avait d'absorber. Peut-on nier qu'en enlevant deux et quatre litres de liquide, on place la séreuse dans des conditions toutes nouvelles? Si la résorption devait se faire, ne serait-elle pas bien plutôt effectuée quand on aura enlevé les $\frac{1}{4}$ du liquide? quel temps n'aurait-il pas fallu pour résorber cinq ou six litres de sérosité!

3° *D'autres argumentent sur le danger qu'il y a à enlever trop de liquide.* Nous avons agité cette question de la quantité du liquide à soustraire; nous avons montré comment il fallait, dans de justes limites, s'arrêter si l'on avait à redouter des ruptures trop graves de membranes anciennes, et comment l'innocuité de l'opération actuelle permettait de vider en plusieurs fois la plèvre; comment aussi il fallait se tenir averti des syncopes qui pourraient survenir.

4° et 5° *Impossibilité de rompre les fausses membranes organisées et produisant les adhérences du poumon; dangers qui résultent de la rupture des adhérences.* Toujours nous rencontrons deux opinions opposées, tirées d'une même chose et dirigées contre l'opération. Personne ne peut avoir la croyance prétentieuse de rendre à un pou-

mon ratatiné et carnifié, devenu mince comme un cuir, et couvert de fausses membranes de 1 centimètre quelquefois, et plus, dépaissieur, de lui rendre son volume primitif en faisant disparaître le liquide pleural; mais entre ces fausses membranes et celles qui sont dues à une pleurésie aiguë récente, il y a une grande différence, et cet argument tombe devant les observations; car si l'on entend la respiration, c'est que sans doute le poumon s'est déplié. Je le répète, à mesure que l'on fait davantage d'opérations, les arguments primitifs dirigés contre elle disparaissent. J'ai, du reste, étudié ces deux questions en traitant de ce qui se passe pendant l'opération; je renvoie donc à cette partie.

6° *Rupture des vésicules pulmonaires.* Cette objection a été faite à propos de la communication du vieux gouteux (n° 6), et l'on en a tiré une conséquence même un peu exagérée. M. Piedagnel, en effet, s'est demandé s'il ne pouvait y avoir eu rupture de tissu pulmonaire et par suite introduction de l'air dans les veines, ce qui aurait causé la mort subite. A cela il y a à répondre que la mort est survenue le lendemain, et que, si la rupture avait eu lieu pendant l'opération, l'aspiration de l'air était bien tardive. Dans l'observation du malade de M. Roger, on trouvera que le lendemain de l'opération, apparut du pneumothorax. A quoi était-il dû? Il est difficile de le dire, toutes les raisons données dans la réunion des médecins des hôpitaux ne me paraissent pas concluantes. Il est donc plus prudent de s'abstenir, et d'attendre que quelque nouveau cas se présente et éclaire notre incertitude.

Objections tirées des conséquences de la paracentèse. — Syncope. J'ai parlé de cet accident, je renvoie à ce que j'en ai dit.

Inflammation du poumon et de la plèvre. Sans nul doute, il est des cas où les viscères et la séreuse thoracique s'enflamment après l'opération; mais ce mouvement pathologique est-il assez intense pour entraîner la mort; est-il tel, qu'il doive faire rejeter l'opéra-

tion ? Je ne crois pas que ce soit un principe de chirurgie de rejeter une opération, parce qu'elle pourrait être suivie d'inflammation. Mais ici, qu'il me soit permis d'adresser une question aux argumentateurs : la plèvre est-elle plus facilement inflammable que le péritoine. Il n'est pas de séreuse qui s'enflamme plus facilement par la piqure que le péritoine, et pourtant, quel est le médecin qui est arrêté par la crainte d'une péritonite quand il voit une ascite considérable ? On dit bien : Il pourra arriver une péritonite ; mais dans la majorité des cas, ce nom n'est pas même prononcé, et la plupart des médecins des hôpitaux abandonnent cette opération à leurs internes. Si donc vous admettez que le péritoine s'enflamme plus facilement que la plèvre à la suite des blessures ; si, d'un autre côté, vous rejetez la paracentèse de la poitrine pour cette cause de danger, vous êtes pour le moins inconséquents et imprudents. Bien certainement, si la paracentèse abdominale eût été faite dans le principe aussi brutalement, et eût laissé après elle des répugnances analogues à celles qu'a laissées la paracentèse thoracique, on ne la pratiquerait pas aussi légèrement aujourd'hui et sans argumenter.

La reproduction de l'épanchement a servi de base à un autre argument qui paraît sérieux. On dit : L'épanchement se reproduit et l'opération n'a rien fait ; et si vous voulez continuer les ponctions, le malade, bientôt épuisé, tombera dans le marasme. Et d'abord l'épanchement ne se reproduit pas d'une manière fatale, et dans le plus grand nombre de cas d'hydarthrose aiguë, franche, la maladie a été jugée par une ou deux ponctions. Mais enfin j'accorde (ce qui n'est pas) que l'épanchement se reproduit plusieurs fois après la maladie. Quelle conduite nous conseille-t-on de tenir ? Justement une conduite opposée à celle qu'on suit pour l'ascite. S'abstient-on quand l'épanchement se reproduit ? Pas le moins du monde, à moins que les petites quantités de liquide que l'on retire de la plèvre, comparées aux énormes masses de sérosités fournies par le péritoine, n'aient le privilège d'affaiblir d'une manière toute spéciale le malade.

Il y a donc inconséquence dans cet argument tiré de la reproduction. C'est comme si, dans une maladie inflammatoire très-violente, on faisait un argument contre la saignée, de ce que l'on est obligé de revenir successivement à elle, et que l'état inflammable persiste toujours. Il ne faut pas demander plus aux choses qu'elles ne peuvent donner. Évidemment, dans certains cas, la paracentèse place la plèvre dans des conditions nouvelles où, la médication venant en aide, la guérison suivra. Néanmoins, dans certaines occasions, on doit s'abstenir, absolument comme pour l'ascite; mais ces cas sont rares, et quand on argumente en s'appuyant sur eux, il faut les spécifier.

Danger des fistules. J'ai noté cette cause de danger; elle n'avait pas été encore signalée, et elle pourrait donner prise aux arguments.

J'ai dit que ces fistules ne se présentaient graves que dans les cas d'épanchements purulents; l'on sait quelle réserve on doit avoir à pratiquer les ponctions dans cette classe de collections liquides. J'ai d'ailleurs indiqué quelles précautions il fallait prendre pour éviter l'écoulement du liquide après l'opération; ces précautions, j'en ai la conviction, sont pour beaucoup dans l'établissement de ces fistules, qui peuvent devenir une infirmité pour le malade et une cause de mort. J'ai montré combien elles étaient rares; on les rencontre çà et là comme des exceptions. Du reste, elles ne peuvent avoir une gravité plus grande que les fistules établies spontanément.

Considéré en général, on reproche à l'opération de ne pas guérir des épanchements qui auraient guéri tout seuls. — Que l'on se reporte à cette question traitée plus haut : *Les épanchements peuvent-ils tuer?* et l'on verra la valeur de l'argument. D'ailleurs cet argument se base toujours sur la série des cent cinquante pleurésies simples guéries sans opérations. MM. Gendrin et Valleix ont cherché de la sorte à montrer que l'opération était inutile et sans avantage, parce que la guérison aurait été obtenue sans elle. M. Gendrin a été plus loin, il a dit, dans la Société des médecins des hôpitaux,

cette opinion qui a été rapportée dans *l'Union* et la *Gazette* de 1850, que l'on ajoutait un danger à une maladie qui n'en avait pas. — Mais encore, quand on dit qu'il y a danger, faut-il motiver son opinion. M. Gendrin a soin de dire, dans le commencement de la discussion, que jamais il n'a pris de précaution pour empêcher l'introduction de l'air. D'où tire-t-il donc les dangers de l'opération? car apparemment elle en a, puisqu'il dit : C'est un danger ajouté à une maladie. Il ne le dit pas, et se contente d'affirmer. — *L'opération de la paracentèse thoracique a une réputation de gravité* qu'il lui est bien difficile de perdre, il en est d'elle comme de la trachéotomie. Dans l'hôpital des Enfants Malades, avant 1849, cette dernière opération avait la réputation d'être absolument mortelle. Des guérisons arrivent, l'on est obligé de se rendre, et plus tard, j'ai vu faire l'opération sur un enfant dont la diphthérie couvrait toute la muqueuse buccale, dont la partie antérieure du cou, piquée de sangsues et dénudée par un vésicatoire, était couverte de fausses membranes. En outre, il y avait une pneumonie double : c'est ainsi que l'on tombe dans les extrêmes. A l'hospice des Enfants Trouvés, on n'avait jamais vu guérir d'enfant trachéotomisé, et maintenant que deux enfants ont guéri, on ne demande pas mieux que l'opération soit faite. — Pour la paracentèse de la poitrine, il en sera de même. Nous voyons déjà les scrupules diminuer, on l'essaye plus volontiers. Espérons que les efforts de M. Trousseau, qui a popularisé la trachéotomie en France pour l'affection érupale, réussiront à faire perdre à la paracentèse thoracique cette réputation surannée de gravité quelle n'a pas et ne peut plus avoir, pratiquée suivant les préceptes indiqués plus haut. — Mais enfin il est des praticiens qui disent : *Elle n'est pas dangereuse, mais on ne guérit pas.* — Ceci est faux, car d'après la statistique des observations l'on voit que toujours il y a eu guérison, pour l'hydrothorax aigu, et que la gravité seule de la maladie avait, dans les autres cas, été cause de la mort. — Cette objection n'en est donc plus une, et d'ailleurs faut-il que l'opération réussisse toujours, faut-il fatalement qu'elle guérisse tous les malades auxquels elle est ap-

pliquée, pour que l'on puisse lui accorder sa confiance? On sait qu'une chose qui réussit toujours en médecine est une chose dont il faut se méfier. Le mot *toujours* n'est valable qu'aux yeux des numérateurs qui posent des lois, et la paracentèse thoracique a cela de commun avec bien des opérations, qu'elle ne guérit pas toujours; nous serions trop heureux de trouver ainsi un moyen infallible. Dans ce reproche fait à la paracentèse thoracique, l'on confond deux choses : la guérison de la plaie de l'opération, et la guérison de la maladie de la plèvre. Dans la presque totalité des cas, l'on ne peut pas dire que la mort soit survenue par l'effet immédiat de l'opération, la plaie se cicatrisant très-vite; reste donc le danger du mal, qu'il ne faut pas rejeter sur l'opération.

Ainsi résumons-nous. L'opération de la paracentèse du thorax n'offre plus la gravité qu'on lui attribuait. Elle est un moyen efficace de guérison des hydrothorax aigus. Les objections dirigées contre son emploi restent sans valeur devant l'étude attentive des faits.