

(a) *Ponction.* On l'exécute avec un trocart que l'on plonge directement à travers l'un des espaces intercostaux, à l'endroit que nous avons indiqué précédemment.

Ce procédé expose à l'introduction de l'air dans la cavité pleurale, pendant l'inspiration, après qu'une grande partie du liquide s'est écoulé. Pour prévenir cet inconvénient, Reybard a adapté au pavillon de la canule du trocart un cylindre mou et flexible, formé avec un intestin de chat qu'on mouille au moment de faire la ponction. A l'aide de cet artifice, le liquide intrapleurale est chassé au dehors pendant les mouvements d'expiration. Pendant l'inspiration, l'air extérieur qui tend à s'introduire dans le thorax rencontre un obstacle invincible de la part du cylindre de baudruche que la pression atmosphérique aplatit contre le pavillon de la canule. On se met encore mieux à l'abri de l'introduction de l'air dans la poitrine par le procédé suivant :

Méthode sous-cutanée. Procédé de Trousseau. Au moyen d'une lancette, on fait à la peau, au niveau du bord inférieur de la huitième côte, une ponction d'étendue suffisante pour permettre l'introduction d'un trocart. On fait tirer les téguments de bas en haut, jusqu'à ce que l'ouverture faite par la lancette corresponde au septième espace intercostal. L'opérateur, plaçant le doigt indicateur gauche sur le bord supérieur de la huitième côte, introduit par la plaie tégumentaire, refoulée en haut, le trocart qu'il fait glisser de haut en bas, en rasant le bord supérieur de la huitième côte, pour pénétrer avec l'instrument dans la cavité pleurale. Le poinçon du trocart est retiré et la canule dont le pavillon est pourvu de baudruche donne issue au liquide intrapleurale, sans que l'air puisse s'introduire dans la cavité de la plèvre pendant les mouvements inspiratoires. Lorsque l'opérateur juge qu'il s'est écoulé une suffisante quantité de liquide, il retire le trocart ; l'aide abandonne les téguments qu'il avait attirés en haut, de façon que la plaie des parties profondes n'est plus sur le même plan que la plaie de la peau, ce qui empêche l'introduction de l'air dans la plèvre pendant l'inspiration.

Une seule ponction suffit dans quelques cas ; d'autres fois il faut y revenir à plusieurs reprises. Lorsqu'il est nécessaire de pratiquer journellement des injections dans la cavité pleurale, pour s'opposer à la résorption putride, on laisse la canule à demeure, et, pour en éviter le déplacement pendant les mouvements du malade, il est peut-être préférable de l'introduire en perforant le milieu de la côte avec un poinçon, un foret ou un petit trépan. On peut aussi se servir d'une canule courte, à ailes latérales, dont on fixe les rubans autour de la poitrine pour immobiliser l'instrument, que l'on remplace plus tard par un tube en caoutchouc. Quant aux injections à pratiquer dans la cavité pleurale, elles sont de nature diverse d'après le but que se propose le chirurgien : de l'eau tiède suffit dans les cas où l'on veut simplement délayer des caillots, faciliter l'issue de grumeaux de fibrine ou de pus ; s'agit-il au contraire de modifier la suppuration pleurale, de s'opposer aux effets funestes de l'altération du pus, il faut laver la cavité pleurale avec de l'eau phéniquée, de l'eau alcoolisée, de

l'eau additionnée de teinture d'iode. Baccelli (de Rome) s'est servi d'une solution caustique d'azotate d'argent au seizième.

(b) *Incision.* Le sujet est assis sur son lit, la poitrine un peu inclinée du côté sain, le bras correspondant au côté qu'on opère, relevé et soutenu par un aide ; le corps soutenu également. Après avoir déterminé l'espace intercostal à inciser et le lieu de cet espace où il faut faire l'incision, le chirurgien tendant la peau de la main gauche, divise avec un bistouri droit les téguments de l'espace intercostal, parallèlement et à une distance plus grande du bord inférieur de la côte supérieure que du bord supérieur de la côte inférieure ; l'incision doit être longue de 4 à 8 centimètres. Après la peau, on divise, couche par couche, le tissu cellulaire subjacent, les muscles ; arrivé à une certaine profondeur, on porte le doigt indicateur gauche au fond de la plaie sur le bord inférieur de la côte supérieure, pour éviter la lésion de l'artère intercostale. On ponctionne la plèvre, et on agrandit l'incision de la séreuse en retirant le bistouri. Lorsqu'au lieu de tomber dans la cavité pleurale, on rencontre une portion de poumon adhérent à l'endroit où la plèvre a été incisée, il faut se garder de décoller les adhérences du poumon. Il est préférable de prolonger l'incision de la plèvre afin de tomber sur un point du sac pleural où les adhérences n'existent pas. Toutefois, s'il fallait prolonger l'incision dans une trop grande étendue, il serait préférable de pratiquer une nouvelle ouverture à la plèvre sur un autre point de l'espace intercostal. Une fois le foyer ouvert, on laisse écouler une partie seulement du liquide intrapleurale, afin de prévenir l'entrée de l'air extérieur dans la poitrine. Pour empêcher la plaie de se cicatriser, on y introduit une bandelette de linge et on la recouvre de gâteaux de charpie, de compresses de linge, en assujettissant le tout par un bandage de corps. Les jours suivants, on évacue de nouvelles quantités de liquide intrapleurale, et en introduisant une canule qu'on laisse ou non en permanence dans la plaie, on pratique des injections de diverse nature dans la cavité pleurale.

Les accidents à redouter après l'opération de l'empyème sont l'introduction de l'air dans la plèvre, ce que l'on prévient soit en ayant recours à la ponction par le procédé de Reybard ou de Trousseau, soit, en cas d'incision de la plèvre, en ne laissant écouler que des quantités peu abondantes de liquide à la fois. Lorsque, malgré ces précautions, l'air s'introduit dans la plèvre, on l'enlève avec une ventouse à pompe et on le remplace en injectant de l'eau d'orge miellée.

La reproduction trop rapide de l'épanchement après la ponction comporte une nouvelle opération. On a signalé, dans quelques cas, la gangrène partielle de la membrane pyogénique par suite d'une violente congestion sanguine, lorsque le liquide est évacué en trop grande quantité à la fois.

Choix d'un procédé. Dans l'hémithorax, le procédé par incision est de règle, parce que la canule ne laisse pas échapper les portions de sang coagulé. Dans l'hydrothorax et le pyothorax, la simple ponction avec ou sans canule à demeure dans la plaie est préférable. Lorsqu'il existe un pyothorax

multiloculaire, on est parfois obligé de multiplier les ouvertures au thorax pour obtenir l'évacuation de tout le liquide intrapleurale.

DE LA PONCTION DU PÉRICARDE.

La ponction du péricarde a été conseillée pour les cas où ce sac est le siège d'une hydropisie chronique. Quelques chirurgiens, à l'instar de Richerand, ont même proposé de porter dans le péricarde des injections irritantes, notamment de teinture d'iode.

On arrive dans le péricarde à travers le *sternum* ou à travers un *espace intercostal*. Dans le premier cas (procédé de Skielderup), on applique une couronne de trépan sur le sternum, au-dessous du point de jonction du sternum avec le cartilage de la cinquième côte. Dans le second, on peut, comme l'a proposé Sénac, enfoncer un *trocart* dans le *cinquième espace intercostal*, un peu à gauche du sternum; ou bien, comme l'a fait Desault pour un kyste adossé au péricarde et qu'il avait considéré comme une hydropéricarde, faire une ponction avec un *bistouri* à travers le *sixième espace intercostal*, vis à vis la pointe du cœur; ou bien encore, comme l'a conseillé D.-J. Larrey, faire une incision entre le bord gauche de l'appendice xiphoïde et le cartilage de la septième côte.

CHAPITRE II.

ABCÈS DU THORAX.

Les uns se développent dans l'épaisseur des parois du thorax; les autres prennent leur point de départ dans l'intérieur de cette cavité.

1° ABCÈS DES PAROIS DU THORAX.

Il en est de phlegmoneux, de froids, ces derniers idiopathiques ou symptomatiques.

(a) Les abcès *phlegmoneux* sous-cutanés n'offrent rien de particulier à noter dans cette région.

(b) Le *phlegmon diffus* occupe principalement les parties latérales de la poitrine; les limites du mal sont: en haut, le creux de l'aisselle; en bas, la base de la poitrine; en avant, les articulations chondro-sternales. L'affection est caractérisée, au début, par des frissons, une douleur vive sur le côté, augmentant par la pression sur les parties malades; une fièvre plus ou moins intense et parfois une gêne très-forte de la respiration, ce qui tient à ce que les parois thoraciques ont de la difficulté à se mouvoir; le patient est obligé de rester couché sur le dos. Il résulte de cet ensemble de symptômes que l'on peut croire à une pleurésie. Toutefois, il se mani-

festes bientôt une rougeur des téguments, un engorgement des tissus profonds, une induration avec épaissement du tissu cellulaire sous-cutané qui dissipent toute incertitude. Le traitement est conforme aux données exposées t. I, p. 215.

(c) Les abcès *froids idiopathiques* sont rares.

(d) Les abcès *froids symptomatiques* proviennent d'une lésion osseuse, côtes, sternum, colonne vertébrale (t. I, p. 108). Lorsque le pus se forme primitivement dans la couche sous-cutanée, la collection ne tarde pas à soulever la peau; le foyer est-il au contraire situé sous l'un des muscles larges du thorax, que le pus provienne de l'aisselle, du cou, ou de la région même où il se montre en premier lieu, le liquide fuse dans le tissu cellulaire unissant les plans musculaires, décolle ceux-ci et finit par arriver sur la face externe des muscles intercostaux et des côtes. Quelques auteurs avancent que le contact prolongé du pus avec le périoste finit par enflammer celui-ci et détermine une altération secondaire du squelette. Cette assertion n'est pas démontrée. Alors même que le pus arrive au contact de la plèvre, cette membrane est rarement perforée, parce que sous l'influence du travail inflammatoire elle s'épaissit.

1° Les abcès *froids* symptomatiques d'une *carie costale* ont le plus souvent leur siège au-devant de la face externe de la côte et du double plan des muscles intercostaux. Dans ce cas, le pus se comporte comme nous l'avons dit précédemment. Dans d'autres cas, le pus s'accumule entre les deux plans de muscles intercostaux; puis le liquide fuse en avant jusqu'à ce que, à défaut des intercostaux externes, il vienne soulever la peau de la région. Bien plus rarement, le pus s'accumule dans le tissu cellulaire qui sépare la face postérieure des côtés de la plèvre. Alors cette membrane est décollée dans une étendue plus ou moins considérable, en même temps qu'elle est épaissie par le travail inflammatoire, ce qui s'oppose à la perforation de la séreuse et à l'épanchement du pus dans l'intérieur de la poitrine; accident très-rare et qui serait suivi d'une pleurésie aiguë. Lorsque la collection est vaste, le sac purulent peut, en s'enfonçant dans le thorax, comprimer le poumon. Dans le plus grand nombre des cas, le pus s'insinue entre les deux plans des muscles intercostaux, pour former une collection sous-cutanée. Toutes les fois qu'il existe une poche proéminente dans la poitrine, et que le foyer est ouvert à l'extérieur, l'air tend à s'insinuer dans le sac purulent pendant les mouvements inspiratoires, d'où résulte la décomposition du pus et consécutivement des phénomènes d'infection putride.

Les indications à remplir dans les abcès froids symptomatiques d'une carie costale sont d'évacuer le pus et de détruire l'altération osseuse. Pour les abcès extérieurs aux arcs osseux, une simple incision, proportionnée d'étendue au volume de la collection, suffit. Dans les abcès qui proéminent vers la cavité thoracique, on prévient la stagnation du pus et l'altération de ce liquide par des injections journalières, et on fera une contre-ouverture si le fond du foyer est sur un plan inférieur à l'incision primitive de la poche.

L'altération osseuse est combattue par les moyens qu'on oppose ordinairement.