

On fixe la peau en gardant la pulpe de l'index appuyée sur le bord supérieur de la côte inférieure qui sert de point de repère. Lorsque le tissu cellulaire est très épais, il faut déprimer profondément les téguments pour arriver à sentir la côte sous-jacente. Puis on enfonce le trocart d'un coup sec, sans hésitation et presque perpendiculairement à la paroi thoracique. « Pour éviter la rencontre de la côte, le trocart doit pénétrer doucement dans la peau et vivement à travers l'espace intercostal jusque dans la cavité » (Potain).

On pratique alors l'aspiration, *toujours lentement*; souvent même il est bon, lorsque l'épanchement est très abondant, d'interrompre de temps en temps l'écoulement, afin d'obtenir un déplissement lent et progressif du poumon.

Il est aussi très important de ne jamais retirer plus d'un litre de liquide à la fois, même s'il est très abondant; mieux vaut recommencer le lendemain s'il en reste encore une quantité notable, que de tout extraire en une seule séance. S'il ne reste après la ponction que quelques centaines de grammes de liquide, il est infiniment probable qu'ils se résorberont facilement.

Accidents. — A la suite de l'intervention, le malade éprouve toujours un soulagement immédiat et très marqué; les inspirations se font plus amples et plus faciles, la sonorité thoracique reparait, le cœur tend à reprendre sa situation normale; le lendemain, la température commence à décroître, mais parfois, et surtout lorsque l'opération est conduite d'une façon malhabile, divers accidents peuvent se produire.

Les plus fréquents sont les suivants :

- 1° La *piqûre des organes voisins* (côte, foie, poumon);
- 2° L'*introduction de l'air extérieur dans la plèvre*, due généralement à une fausse manœuvre de l'appareil;
- 3° La *ponction blanche*, due elle-même à des causes multiples : fausse membrane venant obstruer l'orifice, vide insuffisant, extrémité de l'instrument butant sur le poumon;
- 4° La *toux quinteuse*, opiniâtre, qu'il importe de faire cesser en interrompant l'écoulement ou en l'arrêtant définitivement;
- 5° La *douleur constrictive* du thorax;
- 6° L'*expectoration albumineuse*, très vraisemblablement produite par une congestion œdémateuse du poumon, et qu'on peut facilement éviter en ayant soin de ne jamais extraire de la cavité pleurale plus de 1000 à 1200 grammes de liquide;
- 7° La *mort subite ou rapide*, accident qui est dû probablement à une altération latente du cœur et qu'on ne doit pas imputer directement à la thoracentèse, car il peut survenir au cours de pleurésies non ponctionnées.

8° On a enfin accusé la thoracentèse de provoquer la *transformation purulente* de l'épanchement. C'est le cri de guerre des adversaires de la méthode, et c'est cependant une assertion fautive de tous points. Ce n'est pas la thoracentèse qui produit la transformation d'un épanchement séreux en liquide purulent; c'est l'opérateur, et l'on peut affirmer avec M. Dieulafoy que jamais, lorsque l'intervention est faite avec une minutieuse asepsie, cette transformation ne s'opère.

Ceci amène à dire que l'instrument (aspirateur tout entier, trocart et tubes) doit être soigneusement désinfecté après chaque ponction.

Suites. — Trois faits peuvent se produire après l'aspiration.

La guérison est parfois immédiate. On voit alors successivement disparaître tous les signes physiques de l'épanchement. Pendant quelques jours la respiration est encore remplacée à la base par des bruits de frottement, qui disparaissent bientôt à leur tour.

D'autres fois, la guérison s'obtient moins vite; une certaine quantité de liquide persiste dans la plèvre, et ne se résorbe qu'en l'espace de cinq à dix jours.

Enfin l'épanchement peut se reproduire; la thoracentèse doit être à nouveau pratiquée. La pleurésie doit être tenue pour une pleurésie symptomatique et comporte un pronostic plus grave.

A la suite de la pleurésie traitée, diverses altérations persistent souvent (atrophies musculaires, déformations thoraciques, adhérences costo-pulmonaires) qui nécessitent un traitement approprié.

D'ailleurs, c'est pour toutes la même thérapeutique : gymnastique respiratoire méthodique, électricité, bains d'air comprimé, douches locales; pour favoriser la dilatation du poumon, on conseillera les exercices corporels (escrime, gymnastique), le séjour à la campagne, dans les montagnes.

Le traitement de la pleurésie chronique se borne à quelques indications. La révulsion sur la poitrine doit être employée sous toutes ses formes : badigeonnages à la teinture d'iode, cautères, pointes de feu.

La *pleurésie hémorrhagique* est justiciable de la thoracentèse répétée, alors même que la cause persiste. M. Dieulafoy a fait remarquer que l'exsudat pouvait devenir séreux pendant le traitement, même en cas de cancer. Mais il est prudent, dans ce dernier cas, de ne pas multiplier les ponctions (voir le *Cancer du poumon*).

TRAITEMENT DES PLEURÉSIES PURULENTES¹

Plus encore dans la pleurésie purulente que dans la pleurésie aiguë, il faut compter pour peu le traitement médical, et abandonner toute méthode qui ne permettra pas d'intervenir d'une façon rapide et énergique. Or deux procédés sont seuls mis en usage actuellement dans la cure de l'empyème : la thoracentèse et la pleurotomie. Chacune de ces deux opérations a ses indications particulières. Nous ne nous occuperons ici que de la pleurotomie, car il n'y a rien de plus à dire du manuel opératoire de la thoracentèse. L'opération est la même, quelle que soit la nature de la pleurésie ; ses indications spéciales et les soins qui doivent la suivre diffèrent seuls et seront étudiés à la fin de ce chapitre.

Pleurotomie ou opération de l'empyème.

La pleurotomie est couramment pratiquée de deux façons : les uns se bornent à évacuer simplement le liquide purulent, et recouvrent immédiatement la plaie d'un pansement antiseptique, sans faire suivre l'opération d'aucun lavage de la cavité purulente. Ce sont les adeptes de cette intervention dite « pleurotomie antiseptique vraie ». Les autres, tout en conduisant leur opération identiquement de la même façon, la complètent, pour ainsi dire, en la faisant suivre toujours de lavages pleuraux désinfectants. La pleurotomie ne doit pas être ainsi dichotomisée. Il n'existe pas pour la pratiquer deux manuels opératoires. Quel que doive être le traitement consécutif, qu'on fasse ou non des lavages de la plèvre, l'opération est la même. C'est la nature de la pleurésie qui doit seule faire juger des avantages ou de l'inutilité des soins ultérieurs.

Les règles opératoires sont d'ailleurs de la plus grande simplicité. Avant tout, une notion capitale doit être inscrite en tête de tout chapitre traitant de l'opération de l'empyème, c'est la suivante : *la pleurotomie doit être pratiquée avec l'asepsie la plus minutieuse ; elle doit être une intervention précoce.* C'est là une règle absolue et dont on ne doit pas se départir. Or nombreux sont encore les médecins qui, avant d'avoir recours à l'incision de la paroi thoracique, tentent de traiter la pleurésie par d'autres moyens qu'ils croient aussi efficaces

1. Voir pour plus de détails : G.-M. DEBOVE et M. COURTOIS-SUFFIT, *Traitement des pleurésies purulentes*, 1 vol. de la Bibliothèque médicale Charcot-Debove, Paris, 1892.

et moins graves en apparence, essayent successivement les ponctions répétées, suivies ou non de lavages antiseptiques, les canules à demeure, les siphons, les tubes de tous les modèles, etc., et ne viennent à l'incision large qu'en dernier lieu, comme s'il s'agissait d'un moyen héroïque. C'est là une déplorable méthode, car temporiser en matière de pleurésie purulente, c'est accumuler les chances en faveur d'une guérison difficile ; c'est laisser persister une suppuration qui se renouvelle sans cesse, amenant avec elle la cachexie, le dépérissement, la diarrhée, les dégénérescences viscérales ; c'est permettre au poumon, caché par une plèvre qui s'épaissit tous les jours, de se scléroser, de se ratatiner au sommet de la poitrine, de telle manière qu'après l'évacuation définitive du pus, il ne saurait revenir à son volume primitif : or c'est ainsi que se forment les empyèmes chroniques.

Il faut donc opérer dès que le diagnostic est fait, et il peut l'être, cliniquement et bactériologiquement, très vite.

Manuel opératoire. — *Soins préliminaires.* — Toute pleurotomie doit nécessairement être précédée d'une *ponction exploratrice* pratiquée à l'aide d'une seringue parfaitement aseptique.

La paroi thoracique, déjà chargée des germes à l'état normal, est souvent recouverte de produits altérés chez les pleurétiques (croûtes et résidus de vésicatoires, topiques, pommades) ; il importe donc de la désinfecter soigneusement avant l'opération (lavages au savon, à l'éther et au sublimé) : une compresse, retirée de l'eau bouillie et trempée dans le sublimé, est laissée sur le champ opératoire jusqu'au moment de l'opération.

Tous les instruments destinés à l'intervention seront désinfectés d'après les règles usitées en chirurgie, ainsi que les mains de l'opérateur et de ses aides.

La chloroformisation est inutile et peut être dangereuse.

Opération. — Lorsque toutes les précautions préparatoires ont été prises, on reconnaît l'espace intercostal, — lequel varie nécessairement suivant la pleurésie, — puis on ponctionne avec le trocart de l'appareil aspirateur ; le pus qui s'écoule à ce moment prouve que l'espace est bien choisi. On laisse en place le trocart, qui sert de guide et de sonde cannelée, en quelque sorte. Il suffit alors, avec le bistouri droit, d'inciser rapidement les différentes couches, depuis la peau jusqu'à la plèvre. Dès que l'index de la main gauche perçoit la paroi pleurale, on peut agir en deux temps. Continuant d'abord d'introduire directement la pointe du bistouri, on ponctionne la plèvre : du sang et du pus, commençant à sourdre avec quelque abondance, montrent que la séreuse est atteinte. Alors — soit avec le même bistouri, soit avec le bistouri boutonné, si l'espace où l'on opère commande de le faire avec prudence, — on pratique l'incision transversale

de la paroi pleurale. Dès que cette section est complète, un flot de pus tend à sortir de la cavité et peut être projeté violemment sur l'opérateur, si ce dernier ne s'est point placé de manière à l'éviter. On applique sur la plaie une grosse éponge stérilisée, un aide tient une cuvette à bord concave, dans laquelle l'écoulement du pus se fait par jets.

Lorsque tout le liquide est sorti, on pratique couramment un lavage pleural à l'eau boriquée, saturée et bouillie, afin d'entraîner les dernières gouttes de pus, de sang et de sérosité. Avant de pratiquer ce lavage, il faut nettoyer avec grand soin la surface opérée, les lèvres de la plaie et toute la paroi thoracique avec des tampons imbibés dans la solution de sublimé. On pratique l'injection intra-pleurale, au moyen d'un long tube en caoutchouc, surmonté d'un entonnoir de verre. Le liquide antiseptique coule dans la cavité dès que l'entonnoir est élevé au-dessus du malade.

A ce moment de l'opération, on introduit dans la plaie un gros drain, un tube épais, de 5 à 6 centimètres de longueur. Pour éviter sa chute possible dans la plèvre, on le fixe à son extrémité libre avec une forte épingle de sûreté, attachée elle-même par des fils à la paroi thoracique. Un pansement antiseptique, très large et très épais, est appliqué ensuite sur la plaie.

Soins consécutifs. — Tous les pansements doivent être faits avec les précautions antiseptiques les plus grandes, et le plus rarement possible. A chaque pansement, le drain est retiré, désinfecté et raccourci. A la suite de la pleurotomie il est fréquemment indispensable de faire des lavages de la cavité pleurale avec des solutions antiseptiques fortes. En dehors des indications spéciales tirées de la variété microbiologique de la pleurésie, il en est d'importantes dues à l'aspect même du pus. Les lavages sont indispensables tant que le liquide est franchement purulent, s'il garde une odeur fétide, si la fièvre persiste après l'opération ou reparaît après une période d'apyrexie.

On a vanté tour à tour les liquides les plus variés : acide phénique, eau alcoolisée, iode, permanganate de potasse, chloral, acide salicylique, chlorure de zinc, acide borique, crésyl, naphthol, etc. Le meilleur agent est la solution de sublimé au 1000°. Pour éviter les accidents d'intoxication qui pourraient résulter de sa rétention dans la plèvre, il faut, après le lavage au sublimé, faire passer dans la cavité une forte quantité d'eau bouillie.

Accidents et complications. — Les accidents et les complications qui peuvent résulter de la pleurotomie sont de deux ordres : A, il en est qui peuvent survenir pendant l'intervention elle-même ; — B, il en est qui débutent seulement après l'opération.

A. — Parmi les accidents opératoires, on a signalé :

1° *L'incision sèche*, qu'on peut éviter en laissant dans l'espace intercostal l'aiguille de l'aspirateur ;

2° *La blessure du diaphragme et du péritoine*, accident rare et facile à éviter par un choix judicieux de l'espace ;

3° *La blessure de l'artère intercostale*, que l'on peut toujours éviter en ayant soin de faire l'incision en rasant le bord supérieur de la côte inférieure ;

4° *La chute du drain dans la plèvre*, qui ne se produit que si l'on néglige les précautions indiquées plus haut.

B. — Après l'opération les accidents sont de deux ordres :

1° Les *accidents chirurgicaux* (érysypèle, infection purulente) sont dus à l'inoculation des tissus par les micro-organismes. Or ces complications ne sont pas le fait de l'opération, mais le fait de l'opérateur, et n'existent point lorsque l'intervention est aseptiquement pratiquée.

2° Les *accidents médicaux* sont tout à fait particuliers ; on les nomme souvent « accidents nerveux consécutifs à la pleurotomie ». Ils ne sont pas tous d'une explication facile ; si pour les uns la pathogénie est évidente, elle est pour les autres tout à fait hypothétique.

En effet, on a mentionné quelques observations d'*abcès du cerveau*, de *paralysies d'origine embolique*. Ces faits sont simples ; ils ressortissent à la pyohémie et à l'embolie cérébrale ; d'ailleurs ils sont assez rares.

Les suivants sont plus fréquents, mais moins faciles à comprendre. On a noté parmi les plus importants : des *troubles de la motilité* lentement développés du même côté que l'empyème : ce sont des phénomènes de paralysie incomplète, dont l'évolution est dans un rapport étroit avec la marche de la suppuration pleurale elle-même ; — des *attaques syncopales* : au point de vue objectif, c'est la syncope grave, et tout ce qu'on sait de ses causes, c'est qu'elle se produit constamment au moment d'une injection dans la cavité purulente et surtout d'une injection poussée avec violence ; — des *attaques éclamptiques* (éclampsie pleurétique) qui constituent les complications les plus fréquentes de ce groupe : cette éclampsie ne peut en aucune façon tenir, ni à une intoxication par les liquides injectés dans la plèvre, ni à l'urémie, ni à aucune des causes susceptibles de créer l'éclampsie ordinaire. Le seul fait évident, autant pour ces attaques éclamptiques que pour les attaques syncopales, c'est le rapport intime qui existe entre l'apparition des accidents et l'injection faite dans la cavité pleurale. Il s'agit probablement d'accidents réflexes dont le centre se trouve dans le bulbe. Peut-être s'agit-il même d'une sorte d'hystérie traumatique rappelant par