

## CHAPITRE VI

### ANTISEPSIE DES SÉREUSES.

SOMMAIRE. — Aperçu sur l'antiseptie des séreuses articulaires et péritonéale. — La pleurotomie antiseptique faite par le médecin. — L'antiseptie et les méningites.

La méthode antiseptique peut être appliquée au traitement de plusieurs manifestations morbides sur les séreuses. Celles-ci sont fréquemment atteintes par les maladies infectieuses. Tantôt il s'agit de maladies primitivement localisées sur elles, telles que la tuberculose locale; dans d'autres cas, les plus nombreux, l'agent infectieux frappe les séreuses secondairement au viscère sous-jacent ou consécutivement à l'infection générale du sang.

L'application de l'antiseptie au traitement des inflammations de certaines séreuses date de longtemps, bien que les chirurgiens d'autrefois ne se soient pas rendu compte de la façon dont leurs injections *modificatrices* dans les séreuses étaient utiles.

Boinet faisait de l'antiseptie sans le savoir quand il injectait de la teinture d'iode dans les articulations et les séreuses.

On peut répéter à propos de l'antiseptie des séreuses ce que M. Bouchard a dit de l'antiseptie du tube digestif. Sur ces vastes surfaces absorbantes, quand on veut faire de la médication topique, il faut employer des corps insolubles,

et finement divisés. Car, si on emploie des corps solubles et toxiques, on risque d'empoisonner le patient. Il faut que les replis nombreux de la surface séreuse, les franges synoviales, s'il s'agit d'une articulation, les culs de-sac, s'il s'agit de la plèvre, reçoivent en tout point un peu de la substance antiseptique; c'est seulement par ce contact intime que l'antiseptie sera réalisée.

Par divers artifices on peut espérer arriver à injecter dans les articulations un antiseptique insoluble, c'est-à-dire, très-peu soluble; car en réalité il n'y a guère de corps absolument insolubles, mais il paraît jusqu'à ce jour difficile d'agir de même avec les séreuses pleurale et péritonéale.

Expérimentalement nous avons fait un certain nombre de tentatives pour injecter des antiseptiques très peu solubles dans la plèvre, notamment du naphthol. Nous n'avons pas jusqu'ici obtenu de résultat satisfaisant.

Quant à l'antiseptie du péritoine, elle est absolument du ressort du chirurgien, et elle sera exposée dans la deuxième partie de cet ouvrage, ainsi que le traitement antiseptique des affections articulaires.

#### La pleurotomie antiseptique faite par le médecin.

Lorsque le professeur Dolbeau fut atteint d'une pleurésie purulente (ceci nous a été conté par un de nos chefs), l'opportunité de la pleurotomie fut discutée par les collègues qui le soignaient. Il paraît que Nélaton, son maître, n'avait jamais eu l'occasion de pratiquer cette opération sur le vivant et qu'il aurait même répondu: « C'est une opération qu'on ne propose pas à un chirurgien. » L'opération fut accidentée et émouvante, ce ne fut pas sans trouble que le plus habile chirurgien de l'époque vit battre à un certain moment, sous le tranchant de son bistouri, le cœur d'un collègue qui était aussi son élève et son ami.



Voilà une anecdote assez topique pour caractériser l'état de l'opinion des chirurgiens, il y a quelque quinze ans, sur les indications de la pleurotomie.

Au contraire la pleurotomie est considérée aujourd'hui par presque tous les contemporains comme le vrai traitement curatif de la pleurésie purulente. Il importe donc que la manière de la pratiquer et surtout de soigner ensuite l'opéré devienne familière à tous nos confrères. Si la pleurotomie ne devait être faite que par les chirurgiens, il y aurait impertinence de notre part à insister sur les détails du *Manuel opératoire et des pansements ultérieurs*. Mais nous ne croyons pas que la pleurotomie, sauf dans les cas spéciaux où il sera indiqué de faire une résection costale, doive être réservée aux chirurgiens. Les médecins ne sont pas tous aussi inhabiles de leurs mains que de mauvaises langues voudraient le faire croire, la propreté antiseptique ne leur est pas inconnue, et nous maintenons énergiquement pour eux le droit de guérir seuls dans bon nombre de cas une pleurésie purulente qu'ils ont diagnostiquée.

Je concède, si l'on veut, que la division du travail est une des formes du progrès et que le porteur de stéthoscope agira courtoisement, dans les grandes villes, en invitant le porteur de bistouri à pleurotomiser son client.

Mais il est des circonstances où le médecin n'a pas de chirurgien dans son voisinage ; il en est d'autres où les ressources pécuniaires du client imposent l'économie ; or, il importe qu'en de pareils cas le médecin, s'il a diagnostiqué une pleurésie purulente, ne se laisse pas détourner de pratiquer l'empyème aussitôt que possible par la crainte d'encourir une trop lourde responsabilité.

M. Dujardin-Beaumetz déclare (1) que l'empyème est une opération médicale comme la trachéotomie. D'autres auteurs ont écrit au contraire que, depuis que la pleurotomie était

(1) Leçons de clinique thérapeutique. T. I.

devenue une opération courante, elle était du ressort de la chirurgie. Pourquoi ?

Est-ce parce qu'elle doit être antiseptique ?... Est-il donc impossible au médecin d'être antiseptique, c'est-à-dire d'une propreté méticuleuse ? — Est-ce parce que l'empyème est devenu plus fréquent ?... Mais, s'il est plus fréquent, les médecins seront plus familiarisés avec lui.

J'aurais plutôt compris que le médecin reculât devant une intervention qui l'effrayait, alors que l'empyème était rarement pratiqué. Je comprendrais presque qu'il envoyât quérir aujourd'hui un maître chirurgien pour faire une saignée, tant on en fait rarement ; mais qu'aurait dit Broussais et Bouillaud d'un de leurs élèves qui n'aurait pas saigné lui-même ?

Supposer résolu le diagnostic d'un épanchement purulent dans la plèvre, c'est sous-entendre presque toujours qu'une ponction aspiratrice a été faite ; car, hormis le cas d'une ulcération de la peau, suivie de la formation d'une fistule pleuro-cutanée, le diagnostic de la pleurésie purulente ne peut guère être posé rigoureusement sans ponction exploratrice. Il n'est pas en effet de symptôme pathognomonique : l'œdème de la paroi thoracique, dans lequel on avait eu jadis confiance, n'en mérite qu'une assez restreinte. Notre collègue et ami Barbe, inspiré par M. Deulafoy, son maître, a montré que l'œdème simple de la paroi thoracique n'est pas pathognomonique de la pleurésie purulente (1), car il s'observe quelquefois dans les pleurésies séro-fibrineuses, où il paraît coïncider avec un épanchement abondant et indique l'urgence de la thoracentèse : l'œdème acuminé, avec tuméfaction fluctuante et réductible par la pression, indique seul la purulence de l'épanchement.

A défaut de signes pathognomoniques, il faut reconnaître

(1) De l'œdème de la paroi thoracique dans les pleurésies non purulentes. — G. Steinheil, éditeur, Paris, 1885.



que l'existence de certaines pleurésies purulentes s'impose par des signes qui frappent du premier coup l'œil du chirurgien lui-même. « Ce sont, dit M. de Saint-Germain, les frissons vespéraux, l'anorexie, les vomissements, l'hecticité. — De même, ajoute-t-il, que, quand je suis appelé pour un croup, je vois qu'il faut opérer quand je constate un tirage marqué ; quand je trouve les signes que je viens de nommer chez un enfant atteint de pleurésie, je fais sans hésiter l'empyème. » Mais si l'on attendait toujours, pour faire la pleurotomie, que l'hecticité fût confirmée, on ne s'éloignerait guère des habitudes anciennes. Le progrès consistant à faire la pleurotomie le plus tôt possible, le diagnostic repose en définitive sur la ponction, qui doit être faite soit dès qu'un épanchement pleural dépasse la quantité moyenne, suivant les préceptes posés par M. Dieulafoy, soit lorsque, avec les signes d'épanchement même médiocrement abondant, l'état général et les commémoratifs sont de nature à faire soupçonner la purulence de l'épanchement.

Bref, la ponction a révélé un épanchement purulent : il n'est pas indispensable de faire l'empyème *hic et nunc*, parce qu'on a vu des cas où, après l'évacuation d'un épanchement purulent, la plèvre avait spontanément cessé de sécréter du pus. Ces cas sont, il est vrai, exceptionnels ; aussi sera-t-il indiqué de faire la pleurotomie le plus tôt possible après qu'une première ponction aura été suivie de la réapparition des signes d'épanchement.

Quelques précautions sont à observer, quand on opère ailleurs qu'à l'hôpital, où un personnel exercé fait tous les préparatifs. Avoir soin de garnir le lit et les parties voisines du parquet d'alèzes et de toile cirée, comme de préparer des cuvettes en quantité suffisante, un seau au besoin ; car on est bien souvent surpris par la quantité inattendue, énorme de pus qui s'échappe d'une plèvre en inondant les alentours du malade. — Les instruments (bistouris, sonde cannulée

pincés hémostatiques, qu'il est indispensable d'avoir sous la main pour le cas exceptionnel d'hémorragie artérielle, ciseaux), les éponges (qui, si on en emploie, seront neuves, auront été passées à l'eau bouillante, et placées jusqu'au moment de l'opération dans une solution antiseptique). — L'aisselle aura été rasée, toute la partie correspondante du thorax savonnée, puis lavée avec la solution antiseptique, et l'opérateur se sera lavé les mains avec cette solution.

La pulvérisation antiseptique (spray) est employée, quand on le peut, pendant tout le cours de l'opération et des pansements, le pulvérisateur ne devant pas être à plus de deux pieds de distance de la plaie. Mais quand les circonstances obligent à s'en passer, il n'y a pas à le regretter trop, puisque certains auteurs le considèrent comme inutile.

Si le malade est très pusillanime, et que sa dyspnée ne soit pas excessive au point de faire craindre une syncope, on peut l'anesthésier : « On cesse de donner du chloroforme dès que la plèvre est découverte, de façon que le malade soit réveillé pour la fin de l'évacuation du pus » (Hache) (1). D'ailleurs, l'opération est si vite faite qu'on pourra le plus souvent se contenter de l'anesthésie locale par application d'un mélange réfrigérant ou la pulvérisation d'éther.

M. Dujardin-Beaumetz, dans une conférence de thérapeutique faite à l'hôpital Cochin (2), considère que ces procédés d'anesthésie locale ont l'inconvénient de déterminer des douleurs vives au moment de la réaction et de provoquer des hémorragies en nappe, quelquefois fort difficiles à arrêter. Il propose d'utiliser désormais la *cocaïne*, comme il l'a fait dans un cas où l'incision a été par ce moyen absolument indolore. « Avec une solution au cinquantième de chlorhydrate de cocaïne, je fais deux injections dans l'espace intercostal que je vais inciser et sur la ligne tracée au crayon dermo-

(1) *Revue de Chirurgie*, 1884.

(2) *Sur la médication pleurale antiseptique*. (*Bulletin de thérap.*, 15 juin 1885.)



graphique, ligne que doit suivre mon bistouri, je fais une injection d'une seringue entière aux deux points extrêmes de cette ligne et j'ai soin d'étendre avec le doigt le liquide ainsi injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané. J'attends cinq à six minutes, puis je procède à l'incision des tissus. »

M. Beaumetz rappelle à ce propos qu'en pratiquant une injection de morphine, lorsque l'incision de la plèvre est terminée et que le malade commence à tousser, on peut modérer les quintes si pénibles et si fatigantes qui suivent l'évacuation rapide de l'épanchement.

Si l'on est conduit à pratiquer l'empyème de nécessité au point où le pus vient faire saillie sous la peau amincie, on est dispensé de discuter le *choix de l'espace intercostal*, mais non de pratiquer une contre-ouverture en un point déclive de la plèvre.

Quand on pourra choisir le point où on fera porter son incision, on se rappellera que les auteurs ont proposé successivement tous les espaces, du cinquième au onzième : cinquième ou sixième (J. Guérin), le septième ou le huitième en arrière de la ligne axillaire (Moutard-Martin, Peyrot, Homolle, Robert), huitième ou neuvième (Malgaigne).

« Le point théoriquement le meilleur, dit Wagner, est celui qui répond à la partie la plus déclive du thorax, tant dans la position assise que dans la position couchée. C'est le onzième espace tout près de la colonne vertébrale ; mais, en opérant à ce niveau, on est exposé à pénétrer dans la cavité abdominale, comme cela est même arrivé en opérant dans le septième espace, et le diaphragme peut, par ses mouvements, déranger ou comprimer le drain. »... Wagner, en faisant des recherches sur le cadavre, a trouvé qu'en soulevant de quelques pouces le siège du sujet, le point le plus déclive se trouvait, non plus au niveau du onzième espace, mais au niveau du *sixième* ou du *cinquième*, tout contre le bord du *grand dorsal*. C'est donc en ce point qu'il conseille de faire

l'incision en tenant le malade, aussitôt après l'opération et pendant quelques jours, le siège élevé.

W. Von Muralt croit l'incision latérale plus commode tant au point de vue de l'opération que du pansement consécutif, à la condition que le malade reste constamment couché sur le côté.

« On est généralement d'accord pour conseiller d'attaquer le tiers moyen des espaces intercostaux, parce que, dans cette région, les vaisseaux sont abrités par la gouttière costale... L'opinion qui laisserait le chirurgien libre de choisir son espace, suivant son meilleur jugement, opinion à laquelle je me rattache entièrement, tend maintenant, et fort heureusement à prévaloir » (de Saint-Germain).

« L'espace intercostal une fois choisi, après avoir fait au point où l'on va inciser une nouvelle ponction exploratrice, on incise couche par couche dans la partie inférieure de l'espace ou sur la côte inférieure même, en relevant ensuite la lèvre supérieure de l'incision pour raser le bord supérieur de l'os (Peyrot) ; cette incision doit avoir une longueur de 6 à 7 centimètres ; la plèvre, une fois découverte et reconnue, on la ponctionne, puis on achève de l'ouvrir avec un bistouri boutonné autant que possible, dans une étendue un peu moins considérable que la peau, en ayant soin de précéder et de guider le bistouri avec un doigt introduit dans la plaie, ce qui permet d'éviter toute surprise et toute blessure des organes intrathoraciques plus ou moins déplacés par l'épanchement. L'ouverture de la plèvre doit être un peu plus élevée que celle de la peau, pour éviter l'infiltration du pus » (Hache).

Lorsque l'orifice résultant d'une ponction antérieure n'est pas encore entièrement obturé et laisse suinter quelques gouttes de sérosité purulente qui semblent inviter à pénétrer par ce point, on peut, à l'exemple de M. de Saint-Germain, introduire une sonde cannelée par cet orifice jusque