

dans la cavité pleurale. Glissant ensuite un bistouri boutoné dans la cannelure de la sonde, on pratique dans l'espace intercostal un débridement de 2 centimètres 1/2 environ de largeur. Alors le doigt indicateur introduit dans la plaie peut, au moyen d'une certaine divulsion, l'élargir assez pour que le flot de pus s'échappe. Cette *divulsion manuelle ou digitale* chasse toute crainte de blessure artérielle ou viscérale : elle n'est pas praticable, il est vrai, quand les diamètres du doigt et de l'espace sont disproportionnés.

Le pus s'écoule d'abord en bavant ou en jet, d'une façon régulière ; mais il faut être prévenu que, au bout de peu d'instant, le malade va tousser et, à la première secousse, le pus est brusquement projeté avec une telle force que l'opérateur est inévitablement inondé de pus, s'il ne s'efface pas rapidement ; s'il s'efface ainsi, il démasque en général un de ses aides sans défiance, qui est sali à sa place ; le mieux est donc de faire écran devant la plaie, aussitôt que le pus sort, avec une grosse éponge.

Il importe d'ailleurs que l'évacuation de la plèvre soit complète, « et il faut le faciliter quand l'écoulement commence à se ralentir, tant en dilatant la plaie qu'en imprimant au malade des mouvements variés. Quand c'est possible, Wagner conseille d'introduire le doigt dans la cavité pleurale pour se rendre compte de l'état de souplesse ou de rigidité de ses parois et de la présence ou de l'absence de fausses membranes » (Hache).

L'opération pratiquée, se pose la question de la conduite à tenir pour tarir au plus tôt la sécrétion de la plèvre et hâter la cicatrisation. Fera-t-on comme autrefois des lavages antiseptiques aussi fréquents que possible, quotidiens ou biquotidiens ? Ne fera-t-on que de rares lavages ? N'en fera-t-on qu'un seul ou même s'en abstiendra-t-on complètement ? Il s'agit de décider quelle est, parmi ces méthodes, celle qui offre le plus d'avantages.

Les lavages réitérés sont passibles des objections suivantes :

« D'une part, les injections, en distendant la cavité pleurale, déchirent incessamment les adhérences qui tendent à se former par accolement des deux feuillets, de sorte que chaque injection nouvelle détruit le travail réparateur qui s'était produit depuis la précédente.

« D'autre part, les injections irritent de plus en plus la plèvre qui suppure davantage, s'épaissit chaque jour et par conséquent éprouve beaucoup plus de difficultés pour revenir à son état normal. » (Le Couedic) (1).

Enfin, les injections réitérées, telles qu'on les pratiquait jusqu'à ces dernières années, ont à leur passif des accidents graves et même mortels.

« Chaque jour, dit M. Aubouin (2), on fait dans la cavité pleurale une ou plusieurs injections ; le malade supporte ces lavages sans inconvénient. Un mois, six semaines se passent, quelquefois davantage, et c'est même le cas le plus ordinaire. Tout à coup, sans que rien puisse faire prévoir le développement de pareils accidents, le malade qui est assis sur son lit et auquel on fait son lavage accoutumé, tombe à la renverse. Le visage est d'une pâleur mortelle, puis surviennent des *convulsions*, contractures, *véritable épilepsie pleurétique* à laquelle succède quelquefois *l'hémiplégie*..... Dans certains cas, très graves, le malade peut ne pas reprendre connaissance ; à un accès en succède un autre, les contractures persistent et l'on a pu voir l'opisthotonos. La respiration devient pressée, haletante, le pouls petit, fréquent ; au bout d'un temps qui varie de dix à quinze heures la mort vient terminer la scène. »

Il résulte des observations publiées par MM. Lépine (3)

(1) Thèse sur la pleurotomie. 1885.

(2) *De l'épilepsie et de l'hémiplégie pleurétiques* ; 1878.

(3) Lépine. Société médicale des hôpitaux. 1875.

Landouzy (1), E. Weill (2), que « l'irration pleurale déterminée par les lavages antiseptiques, retentissant sur la moëlle et se réfléchissant sur les membres du même côté, peut produire d'abord de la parésie du membre supérieur, de l'atrophie, puis des phénomènes choréiformes, et, du côté du membre inférieur, des désordres qui se rapprochent davantage de l'ataxie ». Malgré la rareté de ces faits, il est bon d'être prévenu de leur existence.

La méthode radicalement contraire à celle des injections fréquentes, l'abstention absolue de tout lavage (*pleurotomie antiseptique sans lavage*), qui a été proposée en dernier lieu (Goschel, Koning), compte déjà quelques succès. (Caussidon, (3) Moizard (4).

Dans les cas simples où le contenu de la plèvre est du pus absolument fluide, sans odeur putride, sans fausses membranes flottantes, ni débris fibrineux, on pourrait donc, sans trop d'inquiétude, ne faire aucune injection et procéder immédiatement au pansement.

Cependant, « comme un seul lavage ne peut avoir aucun inconvénient et qu'il agit au contraire en complétant l'évacuation de la plèvre, il vaut mieux le pratiquer en n'employant alors, puisque leur action doit être toute mécanique, que des solutions antiseptiques à un titre juste suffisant pour qu'elles ne contiennent pas de germes infectieux (*pleurotomie antiseptique à un seul lavage*).

Mais, si le pus est putride, la plèvre anfractueuse, hérissée de dépôts fibrineux ou pseudo-membraneux, il faut faire une injection modificatrice avec une solution antiseptique forte, et le lavage doit être continué jusqu'à ce que le liquide ressorte absolument clair. — Les solutions doivent toujours

(1) Landouzy. *Paralysies dans les maladies aiguës*. (Th. d'agrég., 1880.)

(2) E. Weill. *Hémichorée pleurétique*. (*Rev. de méd.*, 1884.)

(3) *Alger médical*, 1884.

(4) *Société clinique*, 1885.

être tièdes. — On a employé l'eau bouillie pure et salée, les solutions d'acide borique à 4 p. 100, d'acide salicylique, d'acétate d'alumine à 5 p. 100, de chlorure de zinc de 1 à 5 et même 8 p. 100, de résorcine, d'acide phénique. Chez les enfants surtout, mais même aussi chez les adultes, il faut absolument renoncer aux solutions phéniquées qui ont donné lieu à des accidents d'intoxication mortels.

Le lavage terminé, on introduit dans la plaie, soit un drain long de 5 centimètres et gros comme le petit doigt, soit deux drains ou deux sondes molles en caoutchouc rouge assez grosses. Pour les empêcher de tomber dans la cavité pleurale ou de ressortir, on doit les fixer, soit en les traversant avec une longue aiguille fixée de chaque côté avec un fil de soie qui traverse la peau et dont les extrémités sont garnies d'ouate salicylée, soit plutôt en les traversant avec un fil long et résistant dont les deux chefs sont noués solidement autour du cou sur l'épaule opposée. — D'ailleurs, lorsqu'un drain s'est égaré dans la plèvre, il ne faut pas se hâter, comme on l'a fait quelquefois, de pratiquer une contre-ouverture pour aller à sa recherche; pour l'obliger à ressortir, il suffira le plus souvent de faire une injection assez copieuse dans la plèvre et d'engager le malade à tousser fortement le drain se montrera bientôt près de la plaie et il sera facile de le saisir avec une pince.

Le pansement doit être surtout l'objet des soins les plus minutieux. Ce ne doit pas être seulement un pansement de Lister classique. « Nous insisterons, dit Guinard, sur ce fait qu'il faut, avant de placer les huit feuilles de gaze et le macintosh, garnir l'extrémité des drains avec de la gaze roulée en forme d'anneau et recouvrir toute la plaie avec beaucoup de gaze chiffonnée. Lorsque le macintosh est bien fixé par-dessus cette masse avec des bandes de gaze, depuis l'aisselle jusqu'au bas du tronc, on recouvre le tout avec de larges plaques d'ouate salicylée (ou de jute carbolique, Hache) qu'on

applique le long du tronc avec de la gutta-percha laminée. Nous ne saurions trop recommander l'usage de la gutta-percha laminée, qui rend de grands services pour ces pansements, elle se moule très exactement sur les parties et donne une occlusion absolument parfaite et sûre. »

Les pansements ultérieurs devront tous être exécutés avec les mêmes précautions (c'est là une des conditions les plus indispensables à la réussite) et sous le spray, s'il est possible. Chaque fois, les drains seront retirés, lavés avec soin et raccourcis d'un coup de ciseaux, si la cicatrisation de la plèvre le nécessite.

Quant à la *fréquence des pansements*, les avis diffèrent un peu. « En règle générale, dit Hache, ils doivent être renouvelés dès qu'ils sont traversés ; mais le premier ne doit jamais rester plus de vingt-quatre heures, et le second plus de quarante-huit heures, même s'ils ne présentent pas la moindre tache, pour qu'on puisse s'assurer du fonctionnement régulier du drain qu'il n'est pas rare à cette période de voir obstrué par un flocon fibrineux ; au bout de huit jours, ils peuvent rester quatre à dix jours suivant l'abondance de la sécrétion. » — C'est aussi la règle admise par Guinard.

M. Dumontpallier, qui, dans un cas, ne leva le premier pansement que le septième jour, croit que la rareté des pansements est la condition la plus favorable à la guérison.

Le Couedic, au contraire, pense « qu'on doit renouveler le pansement tous les jours, pendant les huit premiers jours, et tous les deux jours au moins par la suite. »

Si la sécrétion reste encore purulente huit jours après la pleurotomie (Wagner), à plus forte raison si à un moment quelconque le pus se montre putride, il faut faire une nouvelle injection intra-pleurale modificatrice.

Le thermomètre est le meilleur indice des complications qui peuvent survenir, rétention ou altération du pus ; si tout va bien, le malade doit demeurer apyrétique.

Le terme le plus court pour la guérison est de quinze à vingt jours, il n'en est guère ainsi que chez l'enfant. Chez l'adulte, la cicatrisation n'est ordinairement complète qu'entre quatre et six semaines.

La guérison sera d'autant plus prompte que l'appétit sera revenu plus tôt ; si les digestions se font bien, il est indiqué de suralimenter le malade (avec de la poudre de viande, des jaunes d'œufs battus dans du lait).

Une des conditions indispensables à la guérison rapide après l'empyème est la possibilité pour la paroi thoracique de revenir au-devant du poumon, de se rétracter par l'affaissement des côtes sous l'action continue de la pression atmosphérique. Il faut, pour que cet affaissement s'opère, *que les côtes soient encore flexibles, élastiques* ; aussi l'empyème guérit-il d'autant plus vite que les sujets sont plus jeunes. Si d'autre part, malgré que les côtes aient encore conservé quelque élasticité, un obstacle intra-thoracique s'oppose à leur retrait, la guérison est lente aussi ; un *gros foie* réalise cet obstacle.

Si par conséquent la pleurotomie antiseptique précoce et à un seul lavage est une opération dont on ne saurait dire trop de bien, il faut s'attendre à la voir échouer dans certains cas. M. Dujardin-Beaumetz dit à ce propos :

« Lorsqu'on se reporte aux statistiques, on voit, par exemple dans celle fournie par Mlle Kraft, que sur 19 cas de pleurotomie chez l'adulte, dans 12 cas où la pleurotomie a été suivie de lavages répétés, il y a eu 2 morts ; dans les 7 cas traités par un seul lavage, il y a eu 7 guérisons. Aussi cette dame prétend-elle que l'opération de l'empyème par la pleurotomie précoce, complètement antiseptique et à un seul lavage, est une opération si peu grave qu'on peut avoir la prétention de guérir l'empyème presque toujours.

C'est là, je le crains bien, une exagération ; l'unique lavage, qui joue le rôle le plus important dans la pleurotomie,

amène un résultat qui ne dépend nullement de la méthode employée, il résulte des circonstances inhérentes au malade et toutes les fois que le pus devient odorant, tous les partisans de la pleurotomie antiseptique recommandent de revenir aux lavages répétés de la plèvre avec des liquides antiseptiques, comme nous les pratiquions autrefois. Tout en reconnaissant que la pleurotomie précoce et antiseptique doit être toujours appliquée au début pour s'efforcer d'obtenir la réunion par première intention de l'abcès pleural, ce qui est un immense avantage, il faut bien admettre que, dans un grand nombre de cas, cette réunion ne pourra être obtenue, et qu'il nous faudra en venir aux lavages répétés de la plèvre. »

Un inconvénient dont il faut être prévenu est la possibilité d'une cicatrisation rapide de la plaie et des parties voisines de la plèvre, alors qu'un *clapier* reste formé à une certaine profondeur, dans un espace compris entre des aréoles néomembraneuses. On est tout surpris de voir le malade repris de fièvre vespérale avec quelques frissons, bien que la plaie cutanée soit sur le point d'être envahie par les bourgeons charnus exubérants, et qu'il soit impossible de faire désormais pénétrer le drain. Si dans ce cas on explore dans diverses directions avec un stylet ou mieux une très fine bougie, on arrivera souvent à se faire jour jusqu'au clapier; un peu de pus ou de sang s'écoule, et, si on laisse encore une sonde en communication avec la profondeur de ce diverticule, la fièvre ne reparait plus.

A propos du manuel opératoire, nous n'avons pas cité le procédé de Konig, qui conseille de commencer par faire la *résection sous périostée* d'une côte sur une longueur de 2 centimètres environ et d'entrer dans le thorax à travers le périoste et la plèvre : « La résection immédiate d'une ou deux côtes est très facile, n'ajoute rien au traumatisme et paraît jouer un rôle important dans la guérison », dit M. Lucas-Championnière, qui, sans faire de lavages, a pu, grâce à

cette résection, guérir en moins de six semaines une pleurésie purulente.

La résection sous périostée primaire a été conseillée encore par Kramer, Wagner, Arburthurt-Lane, particulièrement chez les enfants, à cause de la brièveté de l'espace intercostal chez eux; mais il nous semble, comme à M. Le Couedic, que la résection n'a pas, dans les circonstances ordinaires, sa raison d'être immédiatement; il sera temps d'y recourir, si, dans la suite, on s'aperçoit que des fausses membranes, des débris d'hydatides ou même des lambeaux sphacelés du poumon, comme cela s'est vu, viennent obstruer les drains et s'opposer à l'écoulement du pus.

D'ailleurs il s'agit là, cette fois, d'une vraie opération chirurgicale, et nous n'avons pas à en parler, puisque nous n'avons eu en vue que la description de l'empyème médical, de la pleurotomie telle que le médecin peut toujours la faire, seul, en toute sécurité de conscience.

Méningites.

Dirons-nous que les antiseptiques ont pu être appliqués au traitement des méningites ?

Pour ce qui est de la méningite tuberculeuse, dans les rarissimes cas de guérison qui ont été publiés, on avait employé soit le calomel à l'intérieur, soit les frictions mercurielles et l'iodure de potassium. Aussi a-t-on pu se demander à bon droit si ces cas n'étaient pas des exemples d'encéphalopathies syphilitiques.

Tout récemment MM. Warfwinge, Wilsson, Holt, Loden ont rapporté des faits dans lesquels des onctions pratiquées deux fois par jour sur le cuir chevelu préalablement rasé avec une pommade contenant 10 à 25 pour 100 d'iodoforme, ont été suivies de guérison chez des enfants qui paraissaient atteints de méningite tuberculeuse.