

anciennes, presque toutes artificiellement découpées dans le but évident de dire toutes les causes de la pleurésie purulente, même les plus rares », préfère leur groupement et leur classification par espèce microbienne, ce qui est, à la fois, une simplification pour l'étude de leurs causes et une certitude pour la connaissance de leur évolution. Il décrit : 1° les formes *pures de l'empyème*, car celles dans lesquelles un seul microbe a été trouvé dans le liquide épanché, sans aucune espèce d'association, ont un autre micro-organisme; 2° les *empyèmes par infection secondaire* ou *par infection mixte*.

Le premier groupe comprend : la pleurésie purulente à *pneumocoques*, la pleurésie purulente à *streptocoques*, la pleurésie purulente *tuberculeuse*, et quelques variétés rares : 1° à *bacille incapsulé de Friedlander*; 2° à *staphylocoques*; 3° à *bacille d'Eberth*.

I. Pleurésie purulente à pneumocoques. Elle peut être consécutive à une pneumonie ou être primitive. Pendant longtemps on avait pensé qu'elle succédait toujours à une pneumonie, d'où le terme de métapneumonique sous lequel, en 1881, la décrit Gerhardt de Wurzburg. Netter, en 1887, fit une communication à la Société anatomique sur la pleurésie purulente à pneumocoques sans pneumonie. Je ne puis indiquer ici l'ensemble des travaux qui ont suivi et que l'on trouvera dans la thèse de Courtois-Suffit.

Plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, puisqu'on l'a observée 57,2 p. 100 chez le premier, 17,3 p. 100 chez le second, la pleurésie purulente à pneumocoques constitue à peu près le quart des pleurésies purulentes observées, soit 25 p. 100.

D'après une statistique de M. Netter, portant sur trente-deux cas :

Elle est primitive.....	20
Consécutive à une pneumonie.....	10
— bronchopneumonie.....	1
— otite.....	1

Le pus des suppurations à pneumocoques est épais, verdâtre, crémeux, sans odeur; abandonné à lui-même, il ne se sépare pas facilement en plasma et en sérum. Des fausses membranes jaunâtres, fibrino-purulentes, tapissent les deux feuillets de la plèvre. Elles sont molles, se détachent facilement, mais peuvent s'organiser et cloisonner l'épanchement.

Le passage à l'état chronique est très rare. Le poumon est peu malade, il ne s'y fait que bien rarement des néo-formations conjonctives, aussi revient-il rapidement en contact avec la paroi après l'évacuation du pus. La quantité de pus épanché est généralement considérable. Dans un cas on retira près de 6 litres de liquide. Quand la pleurésie succède à une pneumonie, le liquide est d'ordinaire peu abondant, très souvent inférieur à 1 litre, rarement supérieur à 2.

Abandonnées à elles-mêmes, ces collections peuvent parfois se résor-

ber, comme Netter, Israël, en ont rapporté des exemples. Si elles sont peu abondantes, elles ont une grande tendance à « s'enkyster, à se limiter à un espace interlobaire, au sommet de la poitrine, au sinus diaphragmatique, et à se vider sous forme de vomiques. L'ouverture spontanée à l'extérieur ne se ferait, d'après Netter, que dans 5 p. 100 des cas environ.

Cette variété de pleurésies purulentes guérit en général. Sur les quatorze cas de Courtois-Suffit il n'y a que deux morts. La moyenne du temps nécessaire pour obtenir la guérison a été de trente-cinq à quarante-cinq jours.

II. Pleurésie à streptocoques. — La première observation purulente à streptocoques examinée de près est celle de Widal. En 1890, Reymond et Courtois-Suffit étudient d'une façon complète un cas du même genre. Les thèses et mémoires de Netter, de Viganlou, Ponchon, complètent son histoire.

La pleurésie purulente à streptocoques peut être consécutive à toutes les maladies dont le streptocoque est l'agent spécifique : érysipèle, fièvre puerpérale, pneumonie, bronchopneumonie à streptocoques, phlegmon du cou, angine, etc., ou survenir à la suite de certaines maladies infectieuses, le streptocoque étant alors l'agent de suppuration pleurale.

Le pus peu épais, jaunâtre, liquide, sans odeur, renferme assez souvent des lambeaux de fausses membranes, et, contrairement à la pleurésie purulente à pneumocoque, a peu de tendance à s'enkyster. Le liquide épanché est rarement supérieur à 3 litres et inférieur à 500 grammes; il se produit souvent brusquement, rendant parfois nécessaire une ponction presque d'urgence; mais, une fois la plèvre vidée, il se reproduit presque toujours après la ponction. La mortalité dans cette forme n'est jamais inférieure à 25 p. 100.

Les pleurésies purulentes à *staphylocoques* et à *bacilles d'Eberth* sont rares. Il existe un cas de pleurésie à bacilles typhiques guéri rapidement par la ponction faite par Valentini.

III. Pleurésie purulente tuberculeuse. — Elle a donné lieu à de nombreux travaux, parmi lesquels nous citerons le mémoire de M. Moutard-Martin (1882), les recherches de Kelsch et Vaillant, de Netter, de Gilbert et Lion, et les thèses récentes de Courtois-Suffit, de Péron, d'après laquelle nous décrivons l'anatomie pathologique de cette lésion.

Le pus est bien plus souvent un liquide puriforme, toujours peu épais, fluide, jaunâtre, opaque, sans odeur et presque sans flocons fibrineux. Parfois, il subit la transformation grasseuse donnant lieu à la variété des emphysemes gras. Il est rare de rencontrer le bacille de Koch dans le pus. Netter l'a trouvé seulement trois fois sur douze pleurésies tuberculeuses, mais l'inoculation aux animaux a toujours fourni des résultats positifs.

En général, la plèvre fortement épaissie forme une coque fibreuse, épaisse parfois de plus d'un centimètre, enkystant l'épanchement. Par sa face externe, elle adhère intimement à la paroi thoracique, au point qu'il est parfois difficile de l'en détacher. A sa face interne, se trouve une couche de tissu ayant tous les caractères du tissu caséux. La néo-membrane sous-jacente est très riche en tissu fibreux, au milieu duquel on distingue des vaisseaux peu abondants, quelques amas leucocytiques, et des amas caséux qui se continuent directement avec le tissu caséux de la surface de l'exsudat, dont ils ne sont que le prolongement. Quand ces amas caséux se ramollissent et tombent, la surface pleurale est tomenteuse, irrégulière, creusée d'ulcères plus ou moins profonds, véritables petites cavernes qui minent la néo-membrane.

Le poumon est souvent refoulé, réduit à des dimensions minimes par une plèvre presque rigide. Il existe souvent des scléroses pulmonaires considérables. L'ensemble des alvéoles est parfois converti en un bloc de pneumonie chronique interstitielle et intra-alvéolaire au milieu duquel se détachent, entourés de larges manchons fibreux, les pédicules pulmonaires et acineux ainsi que les veines pulmonaires (Péron).

Le pronostic est très grave. Les malades peuvent vivre longtemps avec leur abcès froid pleural mais la mort paraît fatale à longue échéance. L'intervention, en effet, est souvent inefficace, et la tuberculisation du poumon toujours à craindre (Courtois-Suffit).

IV. Pleurésies purulentes à infections combinées. — Courtois-Suffit les divise en deux groupes : infections *mixtes* ou infections *secondaires*, suivant que la pénétration des germes s'est faite successivement ou simultanément. Mais, comme le fait remarquer M. Peyrot, cette division importe peu au point de vue clinique.

Le pneumocoque peut être associé, soit immédiatement, soit secondairement à d'autres micro-organismes : *staphylocoques*, *streptocoques*, *bacilles d'Eberth*. Il vit dans cet épanchement de la même manière qu'ailleurs sans y exalter ses propriétés virulentes. Il n'en est pas de même du *streptocoque*, qui est virulent, vit longtemps, et est difficile à faire disparaître, d'où cette conclusion importante de Courtois-Suffit : « Dans une pleurésie mixte, dont le pus contient à la fois le pneumocoque et le streptocoque, ne pas compter sur la bénignité du pneumocoque, et agir hâtivement comme s'il s'agissait d'un emphysème à streptocoques. » Des cavernes tuberculeuses infectées secondairement peuvent s'ouvrir dans la plèvre et y déterminer, ainsi, une pleurésie à streptocoques ou à staphylocoques. Dans un cas de Netter, il y avait à la fois dans l'épanchement, les bacilles de Koch, le bacille encapsulé de Friedlander, des streptocoques et des staphylocoques. Ces formes sont très graves, puisque les cinq cas réunis par Courtois-Suffit ont tous été suivis de mort.

Les pleurésies *gangreneuses* et *putrides* reconnaissent pour cause

immédiate l'irruption dans la cavité pleurale des microbes de la putréfaction.

Le pus, dans la *pleurésie gangreneuse*, est un liquide fluide, séropurulent, quelquefois sanguinolent, mêlé de gaz et d'odeur infecte. La cavité pleurale est rarement envahie dans son entier, la pleurésie est partielle, enkystée au voisinage du foyer gangreneux du poumon.

Le pronostic est très grave, aussi bien pour l'empyème simplement putride que pour l'empyème gangreneux. Il n'y a de chances de guérison que dans une intervention rapide.

Quelle que soit la forme à laquelle on ait affaire, la pleurésie tuberculeuse mise à part, on trouve au début une plèvre injectée vascularisée, qui, peu à peu, se recouvre de fausses membranes. Des adhérences anciennes ou récentes peuvent limiter l'infection et donner lieu à des pleurésies purulentes enkystées. Les plus fréquentes sont les pleurésies interlobaires enkystées, siégeant le plus souvent à droite qu'à gauche et entre les lobes supérieurs et moyens, diaphragmatiques, médiastines, costopulmonaires, du sommet, multiloculaires. Récemment, Arnstein a signalé un cas de pleurésie biloculaire, l'une des poches renfermait du pus, l'autre de la sérosité.

Le pus contenu dans la plèvre a une tendance naturelle à se faire jour à l'extérieur, soit à travers les bronches sous forme de vomique, soit à travers la paroi thoracique. L'ouverture de l'abcès à travers le poumon siège, en général, sur les lobes moyen et supérieur, elle peut être fort large et établir une communication constante entre l'empyème et les voies aériennes ou bien être sinueuse, étroite. MM. Chomel et Oulmont ont signalé des faits où l'air bronchique ne peut pénétrer dans la plèvre, bien que le pus passe facilement de la plèvre dans les bronches. Le processus qui aboutit à la perforation du poumon, est semblable à celui qui préside à l'ouverture d'un abcès chaud quelconque à travers les aponévroses et la peau. Cruveilhier pensait que la perforation du poumon est précédée d'un petit abcès sous-pleural dont la rupture établit la communication entre l'empyème et les bronches. Cette fistule pleuro-bronchique peut survenir dans le cours du premier mois, Trousseau l'a vue paraître du quinzième au vingtième jour. Cette évacuation du pus par vomique entraîne rarement la guérison d'après Damaschino; celle-ci est tout à fait exceptionnelle chez l'adulte, un peu plus fréquente chez l'enfant et dans le cas d'empyème enkysté.

Les grands empyèmes ont plus de tendance à s'ouvrir par la paroi thoracique que par les bronches (Bouveret), et cette perforation de l'espace est toujours plus tardive que celle du poumon. Dans la grande majorité des cas, la perforation de l'espace n'est pas directe, le pus, après avoir ulcéré la plèvre pariétale, s'insinue au milieu des parties molles, en suivant la direction de l'espace intercostal, arrive dans le tissu cellulaire, soulève la peau qui bientôt s'ulcère, puis

s'écoule au dehors chassé par les quintes de toux. Dans cette variété d'*empyème aigu*, le pus arrive au milieu des parties molles, y développe une véritable inflammation phlegmoneuse, caractérisée par l'empâtement de la région, de l'œdème, de la chaleur, de la douleur, de la rougeur de la peau. Dans le cas d'*empyème subaigu*, la marche est moins rapide, les phénomènes locaux bien moins marqués; il y a peu d'œdème, peu de douleur et de rougeur de la peau. La tumeur formée par le pus peut être réductible, s'accroître sous l'influence de l'effort pendant l'expiration, ou être animée de battements isochrones à ceux du cœur; à cette dernière variété on a donné le nom d'*empyème pulsatile*. Cette évacuation du pus à travers l'espace intercostal est désignée sous le nom d'*empyème de nécessité*.

Le siège de la fistule pleuro-cutanée se trouve, en général, sur la paroi antéro-latérale au-devant de la ligne axillaire, au niveau des espaces intercostaux moyens, et particulièrement dans le cinquième. Cependant, on a observé des fistules pleuro-cutanées sur d'autres points. Ainsi, Cruveilhier en a vu dans le troisième espace, Navarre dans la région axillaire, d'autres au-dessous de la clavicule, au-dessus même (Voisin), sur la paroi postérieure et dans les derniers espaces intercostaux. Mais cette évacuation du pus n'entraîne que très rarement la guérison, et, le plus souvent, l'empyème spontanément ouvert et non traité devient un *empyème chronique*.

A côté des migrations que nous venons de signaler le pus peut suivre bien d'autres voies, Gailliard (Bulletin méd. 1895), les a étudiées récemment. Signalons les migrations sus-hépatiques, les migrations phréno-translombaires. M. Tuffier a opéré une femme, soignée par Fernet pour une pleurésie métapneumonique et atteinte secondairement, d'abcès périnéphrétique du même côté communiquant avec la cavité pleurale.

Traitement des pleurésies purulentes aiguës. — Il est bien difficile de séparer l'une de l'autre les différentes formes de pleurésies aiguës dont nous venons de montrer la division bactériologique. Cependant l'âge du sujet, l'absence des grandes oscillations thermiques, les accès intermittents vespéraux, précédés de frissons caractéristiques des empyèmes à streptocoques, feront penser à une pleurésie purulente à pneumocoques. Mais, presque toujours, tant que l'examen bactériologique n'aura pas été fait, nous resterons dans l'incertitude.

Bien que l'on ait signalé des cas de pleurésies purulentes guéries sans intervention, sous l'influence du seul traitement médical, celui-ci doit être radicalement abandonné et céder le pas au traitement chirurgical, car, comme le fait remarquer Bouveret, le vieux précepte: *ubi pus, ibi evacua*, n'est pas moins applicable aux abcès de la plèvre qu'aux abcès des autres régions.

Hippocrate, Galien et les chirurgiens qui suivaient la doctrine hippocratique, incisaient la paroi et la plèvre, soit au bistouri, soit

au fer rouge. Galien, quoique pratiquant la pleurotomie, se servait aussi d'un instrument qu'il nomme pylure, sorte de seringue aspirante munie d'une longue canule destinée à pénétrer dans la plèvre. Tour à tour employée et rejetée par les chirurgiens, la *pleurotomie* comptait de fervents adeptes, ainsi Fabrice d'Aquapendente la recommandait et les chirurgiens du temps d'Ambroise Paré la pratiquaient, soit à l'aide du bistouri soit à l'aide du cauter.

Vers le XVII^e siècle, la peur de la pénétration de l'air dans la plèvre fit rejeter la pleurotomie. Alors on vit paraître toute une série de canules et de pompes. En 1694, Drouin substitua le trocart au bistouri et aux canules simples.

Laënnec admettait la ponction, lorsque l'affaiblissement extrême du malade faisait craindre qu'une évacuation trop brusque fut suivie d'une syncope mortelle, ou lorsqu'on ne peut espérer la guérison, par exemple dans les empyèmes tuberculeux; dans tous les autres cas il préconisait la pleurotomie.

Avec Boinet et Aran (1853) apparaît la méthode des injections iodées. Chassagnac (1859), dans son traité des suppurations, enseignait le traitement des collections purulentes par le drainage, et proposait d'appliquer ce procédé au traitement de l'empyème.

Avec l'apparition des appareils aspirateurs des professeurs Potain et Dieulafoy, la ponction aspiratrice l'emporte sur la pleurotomie. Toutefois, dès 1872, M. Moutard Martin mettait en pleine lumière la supériorité de l'opération par incision, et, en 1876, paraît la remarquable thèse de M. Peyrot.

A l'heure actuelle, on peut avec Bouveret classer les différents procédés connus en quatre méthodes: 1^o La méthode des *ponctions simples* sans *injections dans la plèvre*; 2^o La méthode des *ponctions avec injections*, mais sans *canules ni tubes à demeure*; 3^o La méthode des *canules ou tubes à demeure, avec injection et lavage*; 4^o La *méthode de l'incision large de l'espace intercostal, avec ou sans lavage de la plèvre*.

La méthode des *ponctions* peut amener la guérison, soit à la suite d'une seule ponction, soit à la suite de ponctions répétées. Dans presque tous les cas où l'on a obtenu des succès, l'on avait affaire à des pleurésies à *pneumocoques*.

La méthode des *ponctions* suivies de *lavages* a été pratiquée depuis Aran, qui injectait dans la plaie, après évacuation du pus, une solution composée de 100 grammes d'eau, 30 grammes de teinture d'iode et 2 grammes d'iode de potassium. C'était en somme le même traitement que celui qui est encore appliqué à l'hydrocèle. Ce procédé donna un certain nombre de succès dont Bouveret rapporte les observations dans son mémoire. Un grand nombre de liquides servirent à pratiquer ces lavages. Baëlz inventa un appareil qui permet de faire le lavage de la plèvre sans craindre la pénétration de l'air.

Le liquide se reproduisant après les lavages et les ponctions simples, l'on fut amené à pratiquer le drainage de la plèvre, tout en mettant l'abcès pleural à l'abri de toute pénétration de l'air. Le plus ancien de ces procédés est dû à Sédillot, qui conseillait de perforer une côte pour placer à demeure une canule métallique. Playfair se sert d'un appareil très simple. Le thorax est ponctionné avec un trocart et, dès que le pus s'écoule par la canule du trocart, un tube en caoutchouc est poussé à travers celle-ci dans la plèvre, puis la canule est retirée et le tube se trouve désormais fixé dans l'espace intercostal par la rétraction des parties molles. L'extrémité inférieure du tube plonge dans un verre rempli d'eau. Ce procédé, connu en Allemagne sous le nom de méthode de Bülow, compte de nombreux partisans. Ainsi, au Congrès de médecine interne de Vienne, Curschmann dit qu'il a fait tomber la mortalité à 11 p. 100, et Immermann qu'il a vu celle-ci descendre à 5 p. 100. Je me contenterai de signaler les deux appareils de M. le Professeur Potain, destinés à l'évacuation et au lavage de la cavité pleurale à l'abri de l'air extérieur. L'un d'eux, d'ailleurs, est en tout semblable à l'appareil de Bætz, et fut exposé pour la première fois en 1869 dans le *Bulletin de thérapeutique*, tandis que l'appareil de l'auteur allemand date de 1880. Des procédés plus simples furent aussi mis en usage. Hippocrate se contentait de drainer avec une canule en étain. Trousseau conseillait de faire une étroite incision des parties molles et de la plèvre, de placer dans cette incision une canule d'argent à demeure, et d'injecter par celle-ci une solution iodée dans la cavité suppurante. Ce faisant il pratiquait, somme toute, une pleurotomie timide. Chassaignac faisait pénétrer par deux orifices, pratiqués à la paroi thoracique, une anse de tube à drainage dans la cavité pleurale. A côté des procédés que je viens de rapporter, il en est d'autres nombreux, ce qui prouve bien qu'il n'en est aucun de parfait, et qu'il fallait trouver mieux. Or, ce mieux datait d'Hippocrate, c'est la *pleurotomie*, qui, pratiquée avec succès pendant de longs siècles était tombée dans un tel discrédit, au XVIII^e siècle et au commencement de celui-ci, que, Dupuytren, atteint de pleurésie purulente, refusa la pleurotomie : « préférant, dit-il, mourir de la main de Dieu que de la main du chirurgien ». C'était l'époque néfaste où la moindre intervention entraînait la mort, l'époque où régnaient le cérat et la charpie.

De nos jours, toutes les méthodes doivent céder le pas à la pleurotomie. En effet, les ponctions, les canules à drainer, les drainages, les lavages, sont insuffisants pour vider complètement la plèvre, pour la débarrasser des fausses membranes qu'elle contient. Peut-être faudrait-il faire une exception en faveur de la ponction simple dans le cas de pleurésie à pneumocoques. Mais la pleurotomie est une opération si peu grave, les résultats en sont tellement supérieurs à ceux de la ponction, que je pense que celle-ci doit être abandonnée et que, sur-

tout, l'on ne doit pas se livrer à des ponctions répétées, qui énervent et affaiblissent le malade sans résultat. Dans toutes les autres variétés de pleurésies aiguës, nombre de médecins conseillent, d'ailleurs, la pleurotomie comme opération de choix.

DE LA PLEUROTOMIE. — Existe-t-il des contre-indications à la pleurotomie? Avec Bouveret et M. Peyrot, je crois que, toutes les fois qu'il y a du pus dans la plèvre, il faut intervenir par la pleurotomie; celle-ci, en effet, n'est ni difficile ni dangereuse; elle n'aggrave pas la situation du malade et le plus grand inconvénient qu'elle puisse présenter est d'être insuffisante. Même dans les cas les plus graves il faut intervenir, car, en effet, lorsque l'empyème est récent, l'extrême gravité de la situation est imputable, soit aux troubles de la respiration et de la circulation, soit à la septicémie pleurale. Les observations sont assez nombreuses de gens tellement atteints, que des médecins concluaient à l'abstention et qui furent guéris par une pleurotomie, qui, seule, assure l'évacuation complète et permanente du pus et fait cesser, en même temps, la compression du cœur et du poumon. La présence d'albumine dans les urines, la coexistence de maladie du cœur ne doivent pas empêcher l'intervention.

Dans le cas de pleurésies tuberculeuses, faut-il, à l'exemple de Fraëntzel, se contenter, lorsque l'épanchement devient trop abondant, d'y pratiquer de simples ponctions évacuatrices et considérer la pleurotomie comme contre-indiquée. D'abord, le diagnostic de ces formes est souvent difficile et ne peut être admis que si, dans le pus, on a retrouvé le bacille de Koch. En effet, comme le fait remarquer Bouveret, qui s'appuie sur les faits rapportés par M. Moutard-Martin, l'état général, le facies, le caractère hectique, et même les résultats de l'auscultation et de la percussion, peuvent induire en erreur et faire croire à une tuberculose qui n'existe pas. D'ailleurs, même dans les formes graves de tuberculose avec lésions étendues du poumon opposé, que risque-t-on? simplement de débarrasser l'organisme d'un foyer purulent, le plus souvent à bacillose mixte. L'ancienneté de la pleurésie tuberculeuse, ne constitue pas, non plus, une contre-indication, bien que, souvent alors la plèvre épaissie, rigide, s'oppose à la dilatation du poumon, car l'incision du foyer purulent permettant d'examiner la plèvre ne sera que le premier temps d'une intervention plus sérieuse.

Bouveret conseille de s'abstenir si la pleurésie purulente n'est qu'un épiphénomène au milieu des symptômes généraux extrêmement graves ou des localisations multiples d'une maladie infectieuse, comme la variole, la septicémie puerpérale, la pyohémie. Il vaut mieux à mon sens, intervenir largement, quel que soit le cas; n'ouvrirait-on pas, en effet, un abcès des membres dans les mêmes conditions? certainement oui; alors, pourquoi se conduire autrement dans l'abcès pleural?

On voit donc que la pleurotomie ne comporte pas de contre-indications. Cependant, l'existence d'un empyème double peut faire hésiter, de crainte de voir l'affaissement des deux poumons supprimer la respiration. Cependant, Brauser guérit par la pleurotomie un enfant atteint d'un double empyème consécutif à la scarlatine. Sangster obtint aussi un beau résultat dans les mêmes conditions. En présence de cas de ce genre, il est donc indiqué de pratiquer la pleurotomie double, mais en laissant un intervalle de quelques jours entre les deux opérations (Sutherland).

Manuel opératoire. — Comme le conseille Moutard-Martin, l'incision doit être large pour permettre d'évacuer facilement le pus et les fausses membranes. Avant de faire l'ouverture de la cavité pleurale, il faut toujours, comme le conseillent MM. Debove et Courtois-Suffit, s'assurer par une ponction exploratrice qu'il y a bien du pus dans la plèvre. Cette ponction exploratrice est sans danger, et peut, parfois, éviter de faire une simple pleurotomie exploratrice.

Tous les thoracotomes inventés pour inciser l'espace intercostal et ouvrir la plèvre sont abandonnés; un bistouri, quelques pinces à forcipresse, constituent tout l'arsenal opératoire.

Le lieu de l'élection de l'incision est variable suivant les cas. Les empyèmes partiels, en effet, commandent parfois des incisions de nécessité; on incise où il y a du pus. Dans la pleurésie totale, il faut autant que possible choisir le point le plus déclive. Les auteurs indiquent des espaces intercostaux différents. Ainsi Walther préconise la thoracotomie postérieure; une incision faite à quatre travers de doigt de l'épine rachidienne ouvre la cavité pleurale dans le huitième espace. D'autres donnent la préférence au dixième et même onzième espace. M. Terrier conseille le septième ou le huitième espace, quelquefois le neuvième du côté gauche.

M. Peyrot ne pense pas que la recherche de la déclivité absolue « ait une importance aussi grande. Les malades, en effet, ne sont pas destinés à rester dans le décubitus dorsal, ils bougent, se lèvent, et, à ce moment, le point déclive n'est plus dans le lieu primitivement choisi ». Il conseille d'opérer toujours dans le sixième et le septième espace, en faisant partir l'incision de la ligne verticale tirée du sommet de l'aisselle et en la dirigeant en arrière. Sans doute elle ne sera pas absolument déclive, mais les efforts, la toux aideront à chasser le pus à l'extérieur. De plus, comme le fait remarquer M. Peyrot, on évite ainsi de faire porter l'incision sur des masses musculaires épaisses, comme dans l'incision postérieure: elle ne risque pas, comme cette dernière, de nous faire tomber sur le poumon rétracté dans la gouttière vertébrale; elle est assez élevée pour que la blessure du diaphragme puisse être facilement évitée ».

Le lieu de l'incision choisi, il faut tout d'abord nettoyer soigneusement la région thoracique et la rendre aseptique. Il est inutile et par-

fois même dangereux, d'endormir le malade, aussi vaut-il mieux pratiquer l'anesthésie locale, en injectant le contenu d'une ou deux seringues de Pravaz de solution de cocaïne à 1/100. Pour que l'anesthésie soit parfaite, il faut que l'injection soit faite successivement dans les différents plans qui constituent l'espace intercostal.

Autant que possible l'opération doit être courte. Certains, après s'être assurés du contenu de la plèvre par une ponction, incisent, d'un seul coup, toutes les parties molles; c'est la *pleurotomie* en un temps. Mais la plupart sectionnent les tissus plan par plan. La peau est d'abord incisée sur une étendue de 5 à 8 centimètres, soit au niveau du bord supérieur de la côte inférieure, soit sur la face externe de cette côte qui fournit un point d'appui solide. En laissant rétracter les deux lèvres de la plaie cutanée, l'on découvre le bord inférieur de l'espace. L'aponévrose, les muscles sont sectionnés successivement le long du bord supérieur de cette côte, de façon à éviter l'artère intercostale. Il vaudrait mieux, cependant, inciser les parties molles un peu au-dessus du bord supérieur de la côte inférieure, étant donné que ce bord loge toujours un rameau artériel parfois assez volumineux. Arrivé sur la plèvre, il est prudent d'opérer en deux temps son incision. Avec la pointe du bistouri on ponctionne le feuillet pariétal, l'écoulement d'un filet de pus indique l'ouverture de la cavité; l'extrémité du doigt introduit par l'orifice ainsi créé, permet d'explorer les organes avoisinants. C'est ainsi que Nélaton opérant Dolbeau, put reconnaître la présence du cœur et éviter d'en blesser la pointe. Ceci fait, l'ouverture pleurale est agrandie, soit avec un bistouri ordinaire, soit avec un bistouri boutonné. MM. Moutard-Martin et Terrier recommandent de faire l'incision de la plèvre moins large que l'incision superficielle, espérant par là éviter l'infiltration de l'air (1).

L'incision terminée, le pus s'écoule au dehors en jet sous l'influence des quintes de toux.

La pleurotomie est-elle suffisante, et ne vaut-il pas mieux la faire suivre d'une *résection costale*? La rétraction des parois, ou le peu d'étendue de l'espace intercostal constituent une indication formelle de résection d'une partie d'une ou des deux côtes qui le limitent. Il serait, en effet, dans ces cas, difficile d'introduire un drain permettant un drainage suffisant de la cavité pleurale. Certains chirurgiens regardent comme une nécessité absolue de réséquer dans tout épanchement purulent, un fragment d'une des côtes. Ainsi M. Gerhardt et Baginski, cités par Bouveret, conseillent cette résection dans le cas d'empyème chez les enfants, et Kœnig la recommande dans tous les empyèmes, même chez les adultes. Au lieu de passer par l'espace intercostal, M. Peyrot préfère réséquer dans tous ces cas un fragment de côte. Ce procédé me semble rem-

(1) TERRIER. *Progrès médical*, 12 sept. 1896.