

dérange chez les enfants et les malades indociles. Il nous est impossible d'attacher une valeur aussi grande à ce mode opératoire. *A priori*, il ne peut pas suffire dans les pleurésies putrides, dans les pleurésies à streptocoques, qui demandent souvent des lavages. Il faudrait, pour juger les résultats fournis par les auteurs que j'ai cités, analyser les observations une à une, et surtout avoir des données sur la nature même de l'agent infectant. Nous avons employé, Landouzy et moi, il y a dix ans, un mode d'évacuation semblable, mais après incision préalable, chez une jeune fille tuberculeuse avancée. Les liquides étaient évacués dans un vase contenant une solution antiseptique au moyen de deux longs tubes de caoutchouc, et j'ai constaté l'année suivante, à Lariboisière, que Constantin Paul traitait la pleurésie purulente dans son service de la même façon.

La méthode de Bülow présente, lorsqu'on emploie le trocart, cette particularité que l'opération peut se faire sans que la moindre quantité d'air pénètre dans la poitrine; à ce titre, elle devrait être appliquée dans les cas, par bonheur infiniment rares, où l'on se trouverait en présence d'un double épanchement purulent. Une pleurotomie simultanée des deux côtés du thorax entraînerait fatalement l'asphyxie si les poumons étaient libres d'adhérences.

La large incision des parois thoraciques ou de la plèvre, la pleurotomie restera toujours l'opération de choix dans le traitement de la pleurésie purulente. Son exécution est des plus faciles; elle ne présente aucun danger; elle remplit admirablement toutes les indications et procure des guérisons plus rapides que toutes les autres méthodes. Seule, un reste de crainte irraisonnée, une superstition vague, retient encore quelques médecins et les pousse à chercher des procédés plus bénins en apparence.

*Indications et contre-indications de la pleurotomie.* — Il est plus simple de commencer par les contre-indications; elles sont peu nombreuses. L'existence du pneumocoque, même à l'état d'isolement dans le liquide, ne saurait nous détourner de pratiquer la pleurotomie. Si les accidents ne sont pas menaçants, on peut essayer d'une ponction, la répéter même une seconde fois, mais il ne faut pas s'attarder davantage. L'incision de la plèvre procure dans les cas de ce genre des guérisons extraordinairement rapides. Debove et d'autres observateurs ont vu leurs malades guérir en trois semaines. En 1891 je pratiquai, le 24 janvier, la pleurotomie pour un énorme empyème chez une femme de quarante-quatre ans. Je retirais les tubes à drainage le 14 février. Au pansement suivant, 21 février, la plaie était fermée et cicatricée presque complètement. La possibilité de voir un empyème à pneumocoques se résorber spontanément, l'efficacité reconnue pour quelques rares cas de la ponction, et nous avons dit pourquoi cette efficacité était un peu plus appréciable chez les enfants, autorisent donc, toutes les fois qu'il n'existe point de symptômes menaçants, une expectation de quelques jours ou l'emploi d'une ou deux ponctions, mais rien au delà.

Les épanchements qui contiennent des bacilles tuberculeux, soit à l'état d'isolement, soit combinés avec les microbes de la suppuration, sont justiciables comme les autres de la pleurotomie. La tuberculose pleurale guérit parfois comme une tuberculose externe. Les malades sont plus exposés que les autres à voir persister des fistules, mais ils peuvent être guéris de ces fistules mêmes par des opérations bien conduites. La tuberculose ne devient une contre-indication que lorsqu'elle a envahi une portion notable du poumon et

qu'il existe par exemple des signes cavitaires nets et étendus. Dans ces conditions, l'opéré est trop exposé à succomber rapidement après l'opération. Mais je ne saurais trop le répéter, il faut des lésions reconnues et étendues pour justifier l'abstention. L'empyème tuberculeux, surtout lorsqu'il est resté latent plus ou moins longtemps, offre une plèvre épaissie et des parois rigides. Ces conditions anatomiques se retrouvent peut-être dans d'autres variétés d'empyème. Est-ce là une contre-indication à la pleurotomie? Non, à notre avis. D'abord l'épaississement de la plèvre est difficile à diagnostiquer à l'avance, puis l'altération de la plèvre pulmonaire n'est pas toujours proportionnelle à celle de la plèvre pariétale. J'ai constaté dans plusieurs autopsies que la première pouvait être peu épaissie, tandis que la seconde l'était beaucoup. On ne peut jamais savoir à l'avance dans quelle mesure le poumon se prêtera à la dilatation après la pleurotomie. Une contre-indication formelle ne saurait donc être posée sur cette base.

Ces quelques réserves faites, on peut dire que l'indication de la pleurotomie est évidente dans toutes les pleurésies purulentes. Il ne faut surtout s'abstenir jamais à cause de la faiblesse apparente, de la débilité extrême, de l'état de marasme avancé du sujet. Les cas sont nombreux où l'on a vu se relever rapidement et guérir contre toute attente des malades qui semblaient sur le point de mourir et qu'on opérerait par acquit de conscience.

*Manuel opératoire de la pleurotomie.* — Le thorax étant lavé au savon et à la solution de sublimé, toutes les précautions nécessaires étant prises du côté des instruments, des éponges, des assistants et de l'opérateur lui-même, on incise l'espace intercostal dans le lieu qu'on a choisi. Le choix d'un espace n'est pas à la vérité toujours libre: lorsqu'il s'agit d'un épanchement limité à une portion seulement de la cavité pleurale, on est bien obligé de placer l'incision là où la percussion et la ponction aspiratrice faite pour assurer le diagnostic ont montré la présence du pus.

L'épanchement est-il étendu à toute la cavité de la plèvre, on peut choisir le lieu de l'incision. Lorsqu'on pratiquait des lavages quotidiens, ce dernier était presque indifférent. Il était sans doute utile qu'il occupât plutôt une position déclive, mais cette condition ne paraissait pas avoir l'importance qu'on lui attribue aujourd'hui. Étant donné que, dans le plus grand nombre des cas, la pleurotomie, comme nous le verrons plus loin, ne doit pas être suivie de lavages antiseptiques, il y a peut-être plus d'intérêt à ce que l'évacuation du pus soit aussi bien assurée que possible. On a donc recherché le lieu le plus favorable à cette évacuation. Les opinions ont un peu varié. Le 9<sup>e</sup>, le 10<sup>e</sup> et même le 11<sup>e</sup> espace intercostal ont été conseillés dans leur partie la plus postérieure. Wagner proposait d'opérer en arrière, dans le 6<sup>e</sup> ou le 5<sup>e</sup> espace intercostal. En relevant un peu le siège, ce point devient le plus déclive. Mon collègue Walther préconise une incision au niveau du 8<sup>e</sup> espace intercostal, commençant à quatre travers de doigt de l'épine rachidienne (Société anatomique, 9 mars 1888).

J'avoue que je ne crois pas encore à la nécessité de cette déclivité parfaite. Je ne pense pas d'ailleurs qu'elle soit plus complètement réalisée dans la pratique par telle incision que par telle autre. Les malades ne sont pas destinés à rester dans le décubitus dorsal; ils s'agitent, se dressent dans leur lit, et bientôt se lèvent. A ce moment, le point déclive n'est plus dans le lieu primitivement choisi.

Je recommanderai donc toujours d'opérer dans le 6<sup>e</sup> ou le 7<sup>e</sup> espace intercostal, en faisant partir l'incision de la ligne verticale tirée par le sommet de



l'aisselle et en la dirigeant en arrière. Cette incision ne sera pas dans une situation habituellement déclive; mais on peut compter sur les mouvements de la respiration et sur les efforts de la toux pour faciliter l'évacuation du pus. Pendant les premiers jours, on fera au besoin coucher de temps en temps les malades sur le côté opéré.

Cette incision a l'avantage de ne point porter sur des masses musculaires épaisses comme l'incision postérieure; elle ne risque pas, comme ces dernières, de nous faire tomber sur le poumon rétracté dans la gouttière vertébrale; elle est assez élevée pour que la lésion du diaphragme puisse être facilement évitée.

On peut entrer dans la plèvre en sectionnant simplement l'espace intercostal; la seule précaution à prendre dans ce cas, c'est de raser avec le bistouri le bord supérieur de la côte, de façon à éviter la section de l'artère qui est logée sous le bord inférieur de la côte supérieure. Il est prudent, après avoir divisé les muscles intercostaux, de ponctionner seulement la plèvre avec le bistouri pointu et d'achever l'incision avec le bistouri boutonné. On se mettra mieux, de la sorte, à l'abri de la lésion du diaphragme. Au lieu de passer par l'espace intercostal, je préfère actuellement, dans presque tous les cas, la pratique qui consiste à réséquer un fragment de côte. L'opération est tout aussi simple. On incise hardiment toutes les parties molles jusqu'à la côte qui a été choisie. Celle-ci est dépouillée de son périoste au moyen de la rugine, d'abord sur sa face externe, puis sur ses bords supérieur et inférieur. On arrive enfin à mettre à nu sans trop de peine la face profonde elle-même. Deux coups de costotome enlèvent 3 à 4 centimètres de côte. Les bords de l'incision étant écartés, on a devant soi la plèvre revêtue du périoste; on l'incise tout à son aise dans le point correspondant au milieu de la côte. Cette incision, outre le mérite de la netteté, a cet avantage que les lèvres de la plaie cutanée et celles de la section pleurale sont dans un parallélisme parfait. On ne réalise pas toujours cette condition lorsqu'on incise seulement l'espace intercostal. Il arrive alors souvent que le tube à drainage introduit dans la plaie décrit un trajet plus ou moins oblique sous la peau et se coude ensuite sur une côte.

Dans les pleurésies anciennes, qui s'accompagnent de rétraction du thorax, l'espace intercostal est souvent si resserré que la résection d'un fragment costal devient absolument nécessaire.

Après l'incision, le contenu de la plèvre sera soigneusement évacué, puis, selon les cas, on pratiquera ou non des lavages antiseptiques.

Théoriquement on ne devrait s'abstenir de lavages que dans les empyèmes à pneumocoques; en fait, on pourra toujours essayer de s'en passer, sauf pourtant dans le cas d'empyèmes gangreneux ou putrides. Ces derniers déterminent en effet une intoxication violente qu'on doit faire cesser au plus vite.

Le pus étant donc évacué, on introduit dans la plaie un et, de préférence, deux bouts de tubes en caoutchouc de 12 à 15 millimètres de diamètre, munis dans leur partie profonde d'une ou deux ouvertures latérales. Ces tubes seront retenus au dehors par des épingles de sûreté, ou fixés à la peau par un crin de Florence. Un large pansement très absorbant, pour lequel on peut recommander particulièrement la ouate de charpie de bois au sublimé ou la tourbe stérilisée, doit envelopper toute la poitrine, depuis la ceinture jusqu'aux épaules.

A partir de ce moment la conduite du chirurgien est réglée par deux indications : l'état du pansement et la température du malade.

Le pansement doit être refait dès qu'il commence à être traversé. Dans les meilleures conditions il faut presque toujours le renouveler au bout des premières vingt-quatre heures. Le second pansement peut être conservé souvent quarante-huit heures. Les suivants seront de plus en plus espacés.

Nous avons vu qu'on pouvait quelquefois supprimer les tubes à drainage au bout de quinze jours. Le plus souvent il faut attendre davantage, six, huit, dix semaines. On ne prend ce parti que lorsque la suppuration est tarie et le poumon revenu au contact de la paroi thoracique, ainsi qu'on peut s'en assurer par la percussion et surtout par l'auscultation de la poitrine.

Les lavages sont nécessaires dès le premier moment, dans le cas d'empyèmes putrides ou gangreneux. Il sera prudent d'en faire au moins un immédiatement après l'opération, et de le faire large, copieux, très antiseptique, lorsque le malade présentera au moment de l'opération une fièvre vive, avec grande exacerbation vespérale. On se comportera pour la suite d'après les indications thermométriques. Toute élévation de la température rectale un peu au-dessus de 38°,5 sera l'indication d'un nouveau lavage. Dans les cas pressants, il ne faut pas craindre de renouveler ce nettoyage de la plèvre, deux, trois fois par jour et même davantage.

On doit employer à cet usage des solutions très actives. L'acide phénique est généralement rejeté à cause de ses propriétés toxiques. Il aurait causé plusieurs fois la mort des malades. L'acide borique ne semble pas suffisant. Le chlorure de zinc, si souvent recommandé en Allemagne, et employé en solution de 1 à 5 pour 100, nous paraît singulièrement caustique. Il détermine aisément le sphacèle superficiel de la plèvre, ou la gangrène du tissu cellulaire de la paroi. Les solutions de sublimé sont excellentes, mais il faut les faire suivre d'un lavage à l'eau bouillie, afin qu'il n'en reste pas dans la plèvre. Les solutions de naphтол, de chloral et surtout l'eau alcoolisée au dixième et iodée me paraissent préférables à tout le reste.

Des lavages réguliers sont toujours nécessaires lorsqu'on se trouve en présence de ces pleurésies à marche traînante qui ne tendent pas franchement vers la guérison naturelle. Lorsque, par exemple, au bout de deux ou trois mois persiste une cavité contenant 200 à 300 grammes et même davantage, la toilette antiseptique de cette cavité doit être faite régulièrement deux fois par jour. C'est le meilleur moyen de prévenir les accidents viscéraux des suppurations prolongées, et, quoi qu'on en ait dit, de hâter l'oblitération de la cavité pleurale.

*Accidents de la pleurotomie.* — Je rappellerai seulement qu'il est possible de léser l'artère intercostale dans l'incision. Cette faute est toujours imputable à la maladresse de l'opérateur. On y remédiera en laissant une pince à demeure sur l'orifice du vaisseau pendant vingt-quatre heures.

Le diaphragme peut être atteint dans les incisions inférieures, lorsqu'on opère à main levée et qu'on a affaire à des épanchements peu abondants, anciens, évacués en partie par des vomiques ou des ouvertures à la peau. A la suite de ces pleurésies le cul-de-sac costo-diaphragmatique peut être comblé plus ou moins complètement par des adhérences pleurales. Il y a donc intérêt, en pareil cas, à reporter les incisions dans un point assez élevé et à opérer, par exemple, dans le 5<sup>e</sup> espace intercostal<sup>(1)</sup>. On évitera d'ailleurs cet accident en pratiquant

<sup>(1)</sup> LAGRANGE, *De la blessure du diaphragme dans l'opération de l'empyème*. Arch. gén. de méd., septembre 1886.



toujours avant la pleurotomie une ponction aspiratrice avec une aiguille fine, dans le point où l'on doit faire porter l'incision.

Des *accidents nerveux* redoutables, convulsions épileptiformes, paralysies diverses, mort subite, ont été observés assez souvent au moment où l'on injectait des liquides dans la plèvre. Raynaud, qui les a signalés le premier chez nous en 1875, à la Société médicale des hôpitaux, les attribuait à l'excitation du nerf phrénique. Roser, au même moment, conseillait de faire les injections avec prudence parce qu'il les avait vues entraîner des syncopes et même, dans un cas, une hémiplegie subite avec aphasie ayant duré plusieurs jours. Il pensait que l'augmentation brusque de la pression intra-thoracique amenait un arrêt de la circulation veineuse, qui provoquait elle-même à distance des troubles dans la circulation de l'encéphale.

Walcher, en 1876, rapportait, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, un fait très intéressant, et rattachait ces accidents à des embolies cérébrales capillaires dont le point de départ serait dans les veines pulmonaires voisines du foyer purulent. De nombreuses observations, des mémoires et des thèses importantes ont été publiés sur ce sujet.

La pathogénie de ces accidents n'a pas été encore complètement éclaircie. Ils deviennent moins communs aujourd'hui que les lavages de la plèvre sont plus rarement employés<sup>(1)</sup>.

*Marche et terminaison de l'empyème après la pleurotomie.* — La pleurésie purulente guérit, dans le plus grand nombre des cas, d'une façon parfaite après la pleurotomie, et comme elle n'est pas liée à la tuberculose d'une façon habituelle, on a pu dire qu'il valait mieux être atteint d'un empyème que d'une pleurésie séreuse. Cette assertion pourra paraître paradoxale à quelques-uns. Je ne suis pas éloigné de la croire conforme à la réalité.

Beaucoup de guérisons sont obtenues dans un temps qui varie de trois semaines à deux mois, et il semble bien que l'emploi de la méthode antiseptique sans injection ait notablement diminué la durée de la maladie.

Pour un certain nombre de malades les choses ne vont pas aussi vite. Ce sont ceux chez lesquels il s'agit d'une pleurésie développée lentement, d'une pleurésie qui, primitivement séreuse, est devenue peu à peu purulente, d'une pleurésie généralement liée à la présence du bacille tuberculeux dans la plèvre. Chez ces malades le poumon, longtemps comprimé, recouvert d'une plèvre plus ou moins épaisse, sclérosé dans ses parties superficielles, se dilate difficilement. Si par surcroît il s'agit d'un adulte, dont la paroi costale est rigide, toutes les chances se trouvent réunies pour que la cavité suppurante persiste, sinon indéfiniment, du moins pendant un temps fort long.

Il ne faut pas désespérer trop vite de la guérison, même dans des cas semblables. Chez des malades très affaiblis au moment de l'opération, on voit, après une amélioration notable obtenue pendant les premières semaines, la cavité pleurale persister avec des dimensions nouvelles jusqu'au moment où l'état général se relève, où le patient marche, fait des efforts, imprime une activité plus grande à son thorax et à ses poumons. Souvent on constate tout d'un coup à la mensuration une amélioration inespérée. Il m'est arrivé d'envoyer à la campagne un malade opéré depuis plus d'un an et conservant encore une

(1) JEANSELME, *Des accidents nerveux consécutifs à la thoracentèse et à l'empyème*. Revue de méd., 1892.

cavité de plus de 200 grammes. Je la trouvai, à ma grande surprise, réduite à 80 grammes au bout de deux mois et demi. En général, la cavité pleurale diminue peu à peu; progressivement la respiration s'entend de plus en plus au voisinage de l'ouverture, et même dans ces cas défavorables la guérison s'obtient après huit, douze mois et même davantage.

*Intervention dans les empyèmes chroniques.* — Letiévant (de Lyon), en 1875, réséquait des portions de la 7<sup>e</sup> et de la 8<sup>e</sup> côte pour remédier à une hémorragie; il faisait remarquer qu'il pourrait être utile de mobiliser le thorax pour obtenir la guérison de l'empyème; mais ce fut Estlander (d'Helsingfors) qui, le premier, en 1877, pratiqua cette opération dans un but thoracoplastique et s'efforça de la faire passer dans la pratique en précisant ses indications. Elle fut mise en usage un certain nombre de fois en Allemagne avant que Bouilly, Berger et d'autres la pratiquassent en France (Société de chirurgie de Paris, 1885). A Paris, elle a fait dans ces dernières années le sujet de plusieurs thèses inaugurales. Elle a été l'objet d'une discussion intéressante au Congrès de chirurgie de Paris en 1888.

On peut avec Cestan<sup>(1)</sup> diviser les opérations auxquelles peut recourir le chirurgien dans le cas d'empyème chronique en : 1<sup>o</sup> *Résections thoraciques* proprement dites; et 2<sup>o</sup> *Thoracoplasties*.

1<sup>o</sup> *Les résections thoraciques* proprement dites comprennent différents procédés dus à Letiévant-Estlander, — à Schede, — à Tillmanns.

a. *Opération d'Estlander.* — L'opération d'Estlander consiste dans la résection sous-périostée d'une portion plus ou moins considérable de plusieurs côtes.

On arrive sur les arcs costaux par plusieurs procédés : Estlander fait des incisions linéaires multiples parallèles aux côtes qu'on veut attaquer. Avec une incision cutanée, il est facile de faire deux incisions profondes et de réséquer ainsi deux côtes. Cette manière d'opérer me paraît préférable aux incisions qui détachent des lambeaux cutanés en U (Bouilly), en H, en T, etc. Les côtes, dépouillées de leur périoste sans beaucoup de précaution, sont sectionnées avec les pinces coupantes spécialement construites à cet usage. On les détache sur une longueur proportionnelle à l'étendue de la cavité qu'il s'agit de combler. Toutes les côtes, même la première, ont pu être abordées et réséquées dans une grande étendue. Après la résection, les plaies sont réunies, la fistule pleurale est drainée soigneusement, et une compression énergique est exercée sur la partie du thorax qui a subi le désossement.

Cette opération, il faut l'avouer, n'a pas rempli toutes les espérances qu'elle avait d'abord fait concevoir. Elle est exempte de danger toutes les fois qu'il s'agit d'une simple fistule pleurale ou d'une fistule aboutissant à une cavité plate d'une contenance médiocre. Encore, dans ces cas relativement simples, n'est-elle pas toujours efficace, si on ne lui adjoint la large ouverture de la cavité suppurante, le grattage de ses parois, la résection plus ou moins étendue de la plèvre épaisse et rigide, le tamponnement avec la gaze iodoformée, etc. Mais enfin, avec ou sans ces moyens adjuvants, il est certain que, dans les cas de ce genre, elle rend de très grands services.

Il n'en est malheureusement pas de même lorsqu'on se trouve en présence de ces opérés, heureusement plus rares, qui conservent une énorme cavité suppurante et dont le poumon, comme les autopsies le montrent, est réduit à un

(1) CESTAN, *Arch. gén. de méd.*, 1897.



moignon relégué le long de la colonne vertébrale ou à une masse inégale, saillante ici, rentrante là, par suite de la rétraction irrégulière des lobes pulmonaires. Ici la paroi thoracique devrait faire un chemin énorme pour aller rejoindre la surface pulmonaire; il faudrait qu'elle pût se plisser pour s'adapter aux irrégularités de cette surface. Or, l'opération d'Estlander est loin de lui fournir une mobilité suffisante. Derrière les côtes enlevées, la plèvre pariétale subsiste toujours, quelquefois si rigide et si solide que, malgré un pansement énergique, on peut à peine la déprimer de quelques centimètres. Ce progrès ne peut guère s'accroître avec le temps. Bientôt le périoste laissé en place reproduit de nouveaux os qui fixent la paroi thoracique dans cette situation trop peu différente de la première.

Pour obtenir le maximum de mobilité, on a réséqué souvent sur une très grande longueur cinq, six, huit côtes; mais, dans ces conditions, l'opération devient très grave sans gagner beaucoup en efficacité. Bouveret a relevé 8 morts rapides sur 78 opérations, et, récemment encore, des malheurs semblables se sont produits, à ma connaissance, entre les mains de chirurgiens habiles et consciencieux.

En face d'une cavité très étendue, il est plus rationnel de procéder par *opérations successives*, comme l'a fait Championnière, qui, dans un cas, a opéré trois fois le même malade, et comme je l'ai fait moi-même chez un homme à Lariboisière. On peut de la sorte arriver sans danger à diminuer d'une manière notable les plus grandes cavités pleurales. N'est-il pas désolant de poser en principe que la vraie contre-indication à l'opération d'Estlander, c'est la grande étendue de la cavité pleurale, et de mettre en dehors de l'intervention les malades qui, précisément, en auraient le plus besoin!

L'opération d'Estlander a été pratiquée trop souvent jusqu'ici avec une véritable précipitation. Dire qu'elle est indiquée toutes les fois qu'un opéré n'est pas guéri trois ou quatre mois après l'incision de la plèvre, c'est poser une indication beaucoup trop absolue, et combien de fois l'a-t-on faite, après deux mois ou deux mois et demi chez des jeunes gens qui réunissaient toutes les conditions d'une guérison spontanée! Quelques opérateurs signalent, après la cicatrisation complète, une ampliation du thorax chez leurs malades. Le poumon pouvait donc se dilater; il l'aurait fait probablement, et la cavité pleurale se serait refermée d'elle-même, si l'on n'avait pas opéré trop hâtivement.

β. *Opération de Max Schede*. — L'opération d'Estlander ne fournissant que des résultats trop imparfaits, Max Schede a conseillé et mis en usage la résection de toute la paroi thoracique, sauf les parties superficielles. On enlève avec les côtes et les muscles intercostaux toute la plèvre. La face cruentée du lambeau doit venir se mettre en contact avec le poumon; après la guérison, le thorax doit forcément avoir beaucoup perdu de sa solidité.

Le procédé de Tillmanns ne diffère du précédent que dans ce fait que le poumon reste en partie découvert pour être accessible au traitement local.

2° Les *thoracoplasties* peuvent se faire grâce à plusieurs procédés :

α. *Procédé de Quénu*. — Pour obtenir la mobilisation de la paroi sans avoir recours à de grandes résections costales, Quénu<sup>(1)</sup> a proposé et pratiqué une opération qui consiste dans la résection de 5 à 6 côtes sur une faible étendue, 2 centimètres, une première fois en avant, et une seconde fois en arrière, suivant

(1) QUÉNU, Académie de méd., séance du 5 mars 1891.

deux lignes verticales. Il résulte de cette intervention un volet mobile qui, dans le cas observé par Quénu, s'affaissa bien. Il est douteux qu'avec une plèvre très épaisse on obtienne bien cet affaissement.

β. *Procédés de Jaboulay et de Boiffin*. — Ces deux procédés ont beaucoup de points semblables, mais tandis que Jaboulay propose la *désternalisation costale*, Boiffin pratique la *dévertébralisation*. Par ces deux procédés, on diminue forcément la cage thoracique, mais moins qu'on ne serait tenté de le croire tout d'abord, ainsi que l'ont montré une série de recherches entreprises par M. Cestan sur le cadavre et consignées dans un travail inédit qu'il a bien voulu nous communiquer.

## CHAPITRE V

### ABCÈS DU MÉDIASTIN

Le tissu cellulaire lâche du médiastin peut être le siège d'inflammations fort diverses : 1° *péri-adénites* autour des ganglions du médiastin ou des ganglions qui occupent les bords du sternum à côté de l'artère mammaire interne; 2° *infections directes* par suite de traumatismes, tels que fractures du sternum, plaies compliquées de corps étrangers, ulcérations œsophagiennes avec pénétration de parcelles alimentaires, etc.; 3° *abcès propagés*, à la suite de phlegmons du cou, d'abcès rétro-pharyngiens, ouvertures de pleurésie purulente et d'abcès du poumon; 4° abcès symptomatiques d'ostéite, nécrose, carie du sternum; 5° abcès métastatiques. Daudé (de Montpellier) en a rapporté plusieurs observations en 1871.

La médiastinite aiguë, spontanée, débute, selon Duplay, par des symptômes généraux intenses : fièvre, frissons, céphalalgie, vertiges, oppression, toux, gêne de la respiration, palpitations.

L'abcès du médiastin consécutif à un traumatisme est plus insidieux. On trouve une douleur profonde, rétro-sternale, fixe, lancinante, s'exagérant par la pression et les mouvements.

Dans le cas d'abcès secondaire ou symptomatique, le début est plus insidieux encore, l'affection plus indolente.

Lorsqu'un abcès du médiastin antérieur est constitué, la douleur rétro-sternale manque rarement; elle s'accompagne de pesanteur épigastrique; lorsque le malade est debout, les troubles respiratoires sont plus marqués; il se produit quelquefois de la cyanose par gêne de la circulation cardiaque.

La collection purulente peut venir apparaître au cou, à l'épigastre; le plus souvent elle se montre sur les bords du sternum et particulièrement le long du bord gauche entre les 2° et 3° cartilages costaux. La perforation spontanée du sternum a été notée; mais elle est rare. Dans ce cas, d'ailleurs, c'est par le sternum que l'affection a débuté. Rare aussi, heureusement, l'ouverture dans la cavité pleurale ou le péricarde.

Pendant que la collection est intra-thoracique, le diagnostic se pose pour les cas insidieux entre l'abcès et un anévrisme de l'aorte ou un néoplasme du