

## 1. De la ponction dans les exsudats séreux de la plèvre.

Le trocart dont on se sert pour la ponction doit être préalablement désinfecté avec le plus grand soin, et dans ce but on se servira de préférence d'eau bouillante dans laquelle on laissera tremper longtemps l'instrument. J'ai la conviction que l'omission de cette règle, en rendant possible le transport d'agents de putréfaction dans la cavité thoracique, a nuï au moins aussi souvent et à un aussi haut degré que la négligence des mesures de précaution propres à empêcher la pénétration de l'air dans la cavité pleurale.

Dans les ponctions de la plèvre, de même que dans celles des articulations, faites ces derniers temps à la clinique de Göttingue, on n'a pas cherché d'une façon bien rigoureuse à empêcher l'entrée de l'air dans ces cavités séreuses. Par contre, dans ces opérations, les soins les plus minutieux ont été pris pour éviter l'introduction d'éléments septiques. Sur un très grand nombre d'opérations de ce genre, que nous avons pratiquées, nous n'avons pas eu une seule fois à déplorer ces conséquences fâcheuses, que l'on a coutume d'attribuer à l'entrée de l'air<sup>1</sup>.

On est généralement d'accord pour pratiquer l'opération du 4<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> espace intercostal, entre la ligne du mamelon et la ligne axillaire. Si les téguments sont épais, durs, s'ils offrent une grande résistance à l'instrument, et ne permettent pas de bien sentir l'espace intercostal, on fera avant la ponction une petite incision de la peau, que l'on aura préalablement un peu déplacée, afin qu'après la thoracocentèse, la plaie ne conduise pas directement dans la cavité pleurale. Une telle incision n'a naturellement de l'importance que lorsque, pour la ponction, on a choisi un gros trocart.

L'instrument doit être enfoncé rapidement et avec force, et il doit pénétrer au moins à un pouce de profondeur, car les fausses membranes sont parfois très épaisses, ou bien elles peuvent se décoller et fermer l'orifice interne de la canule. Si rien ne s'écoule, on répète la ponction en introduisant le poinçon dans la canule du trocart.

A l'aide d'un mécanisme quelconque adapté à la canule on empêche l'introduction de l'air dans la cavité pleurale. Cet accident n'est généralement pas à craindre au début de l'opération, car dans la règle la

1. Dans un cas publié par **SECRETAN** l'introduction accidentelle d'une grande quantité d'air dans la cavité pleurale lors de la thoracocentèse non seulement n'eut pas de conséquences fâcheuses, mais fut même suivie d'une prompte guérison. D'autre part, **POTAIN** eut recours avec succès chez un tuberculeux à la méthode consistant à remplacer le liquide évacué par la ponction, au fur et à mesure de son écoulement, par de l'air stérilisé introduit à l'aide d'un second trocart dans la cavité pleurale (*Revue médicale de la Suisse rom.*, n° 7, 1888). (Note du traducteur).

pression dans la cavité pleurale est d'abord supérieure à la pression atmosphérique, même au moment de l'inspiration, et laisse par conséquent le liquide sortir sans permettre à l'air de pénétrer; mais il arrive quelquefois que la pression intra-thoracique s'abaisse au même niveau que la pression atmosphérique, et même au-dessous de cette dernière, du moins pendant l'inspiration. Ces cas sont généralement faciles à reconnaître, car les espaces intercostaux ne sont pas partout larges et proéminents, mais sont en certains points, surtout en haut, étroits et un peu déprimés. Il faut admettre ici qu'une partie de l'épanchement s'est résorbée, et que le thorax a déjà trop perdu de son élasticité pour pouvoir subir un degré de rétraction correspondant à la diminution de l'exsudat.

Le moyen le plus simple d'empêcher l'entrée de l'air pendant l'inspiration consiste à fixer à la canule, déjà avant la ponction, une feuille de baudruche d'environ 30 centim. de diamètre, et que l'on a rendue complètement aseptique en la laissant un certain temps dans un liquide désinfectant; dès que l'on a retiré le poinçon du trocart, la baudruche vient se placer sur l'orifice d'écoulement, où elle forme soupape et empêche l'entrée de l'air lorsque la pression intra-thoracique descend au-dessous de la pression atmosphérique. Le même résultat peut être obtenu à l'aide d'un long tube mou en gomme, dont un des bouts, une fois la ponction faite, est fixé sur la canule, tandis que l'autre bout plonge dans un récipient contenant un peu d'eau. Les autres appareils comme le trocart de **SCHUH**, et le procédé consistant à opérer le malade dans un bain, sont plus compliqués et ne donnent pas un meilleur résultat. A l'exemple de **BOWDITCH** on a, depuis quelques dix ans, souvent appliqué la méthode d'**aspiration** à l'évacuation des exsudats pleurétiques, et elle a été surtout fortement conseillée par les médecins (**FRAENTZEL** entre autres). On se sert dans ce but d'une seringue munie d'un double robinet, et mise en relation avec le trocart à l'aide d'un bout de tube rigide en caoutchouc. Les instruments les plus connus sont ceux de **DIEU-LAFOY** et de **POTAIN**; mais il existe un grand nombre d'autres appareils semblables qui ont, du moins quelques-uns, l'avantage d'être plus simples et d'un prix moins élevé. Il faut avouer qu'avec ces appareils l'évacuation de la cavité pleurale se fait un peu plus complètement que si l'on se contente de laisser le liquide s'écouler par un simple trocart de petit calibre. C'est surtout dans les cas rares où la pression intra-pleurale est faible, que le liquide ne peut sortir par le simple trocart que sous l'influence de la pression expiratoire, dans les efforts et les accès de toux du malade. Toutefois, dans la plupart des cas, il importe peu que l'évacuation soit tout à fait complète, car il est rare que la cavité pleurale reste vide immédiatement après la ponction. Presque toujours, avant la guérison, le liquide se reproduit d'abord en plus ou moins grande quantité. L'effet de la ponction consiste essentiellement à permettre au pou-

mon de se dilater, à modifier la pression intra-thoracique, et à mettre ainsi l'épanchement dans de meilleures conditions de résorption. On peut se demander, par conséquent, si, dans les exsudats séreux, il y a quelque utilité à se servir de l'aspiration et à faire sortir ainsi une plus grande quantité de liquide. En tous cas, si l'on sert de l'appareil à aspiration, on devra se garder d'enlever le liquide trop rapidement et en trop grande quantité (environ 1800 cent. cubes d'après FRANTZEL), afin d'éviter certains accidents qui doivent être attribués à la pression négative. Même dans le cas d'une simple ponction d'après l'ancienne méthode, il faut éviter l'évacuation rapide de l'épanchement.

Lorsqu'on laisse le liquide s'écouler rapidement, il se produit facilement un écoulement de sang, et même parfois une expectoration sanguinolente; il n'est pas rare de voir survenir une **syncope**, précédée ou non des symptômes que nous venons d'indiquer. L'hémorragie dans la cavité pleurale est due sans doute à l'abaissement de la pression intra-thoracique; le sang afflue dans les tissus, et une partie des jeunes vaisseaux de la surface de la plèvre se rompent par suite de l'augmentation de la pression sanguine dans leur intérieur. On peut expliquer de la même manière l'hémorragie dans le poumon et l'hémoptysie. L'irruption du sang dans l'artère pulmonaire s'accompagne d'une anémie passagère du cœur, et, par conséquent, d'une anémie du cerveau, cause de la syncope. C'est pourquoi BARTELS conseille d'opérer le malade dans la position horizontale. Généralement ces accidents, de même que les quintes de toux fatigantes, sont sans importance; cependant j'ai observé un cas d'hémorragie mortelle dans la plèvre par le mécanisme décrit plus haut.

Après l'évacuation du liquide l'orifice de la ponction est fermé par du diachylon. Sauf l'emploi des toniques, aucun traitement n'est nécessaire. Si la cavité pleurale se remplit de nouveau, l'opération pourra être répétée.

2. De l'incision de la plèvre dans les épanchements purulents et putrides et des opérations nécessaires pour assurer l'écoulement du pus et la guérison définitive de la fistule de l'empyème.

§ 46. — Nous renonçons à décrire le procédé qui consiste à établir par simple ponction une fistule thoracique, car si nous voulons faire communiquer librement la cavité pleurale avec l'extérieur, nous ne pouvons y parvenir qu'à l'aide d'une large incision, qui donne au pus un libre écoulement, et permette de faire les manipulations nécessaires pour le traitement consécutif.

Dans « l'empyème perforant » le point qui doit être choisi pour l'incision est celui où se développe le phlegmon; dans les suppurations enkystées de la plèvre on ouvre le thorax à l'endroit où l'on constate la

présence du foyer purulent. En dehors de ces cas l'incision sera faite à peu près dans la même région que la ponction, c'est-à-dire du 4<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> espace intercostal, sur la ligne axillaire. On a ainsi une ouverture qui, dans le décubitus dorsal, donne au pus un bon écoulement. En parlant des empyèmes traumatiques, dans lesquels la mauvaise position de la fistule oblige le chirurgien à en établir une seconde, nous avons dit que, dans certains cas, l'incision au niveau du 4<sup>e</sup> espace intercostal peut être déjà trop basse à cause de l'élévation du diaphragme et du foie dans la cavité thoracique. Dans l'**empyème avec tension** cet inconvénient n'existe pas, et l'on peut ici faire l'incision plus bas; cependant, même dans ces cas, l'élévation ultérieure du diaphragme et des organes sous-jacents dans la cavité pleurale sont un motif suffisant pour ne **pas inciser au-dessous du sixième espace intercostal**. Si en effet le diaphragme s'élève après l'évacuation de l'épanchement, il pourra facilement boucher l'orifice interne de la fistule et empêcher le libre écoulement du pus. Il en sera de même à plus forte raison si l'incision a été faite à un niveau encore plus inférieur.

Les recherches sur le cadavre nous ont montré, il est vrai, que l'incision de l'empyème faite tout à fait en arrière, c'est-à-dire à peu près au niveau du bord externe des extenseurs du dos, est celle qui assure le mieux l'écoulement du pus, lorsque le malade est couché horizontalement sur le dos. Cependant cette incision présente plusieurs inconvénients, par exemple ceux qui résultent de l'épaisseur des parties molles chez les individus gras, du voisinage de l'omoplate, etc. C'est pourquoi nous sommes revenu à l'incision au-dessous de l'aisselle, près du bord du muscle grand dorsal, d'autant plus que, ainsi que nous le verrons, on peut, en donnant au malade certaine position, remédier aux inconvénients de l'incision latérale.

L'incision de l'empyème ne doit jamais être faite sans les précautions antiseptiques. Avant l'opération le champ opératoire est lavé et désinfecté de la manière que nous avons déjà fait connaître. Le malade étant chloroformé, on ouvre la cavité thoracique soit par une simple incision des parties molles au niveau d'un espace intercostal, soit par une incision faite sur une côte, que l'on résèque sur une longueur d'environ 2 centimètres. Depuis quelque temps nous avons l'habitude de faire la résection de la côte avant d'ouvrir la plèvre, parce que nous avons de plus en plus la conviction que c'est ainsi seulement que l'on parvient à établir une fistule permettant l'introduction facile et le libre fonctionnement d'un tube à drainage; d'autre part, nous avons pu nous convaincre que l'opération est facile et absolument dépourvue de dangers. Si l'on ne veut pas réséquer une partie de la côte, on fait une incision longue de 4 à 7 centimètres dans un espace intercostal.

Les parties profondes sont séparées entre deux pinces ou à l'aide de la sonde cannelée, et pour éviter de blesser l'artère intercostale, on se tient