

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^e au 6^e 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^e 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

près du bord supérieur de la côte située au-dessous de l'incision. Lorsque après la division des muscles intercostaux, on a mis la plèvre à nu sur toute l'étendue de l'incision, on plonge le bistouri dans la cavité pleurale, et soit avec le même instrument, soit avec le bistouri boutonné, on agrandit immédiatement l'ouverture de la plèvre jusqu'à ce qu'elle ait la longueur de l'incision des téguments. Pour éviter encore plus sûrement l'hémorragie, on dilatera l'ouverture plutôt par écartement qu'à l'aide du bistouri. Le moyen le plus simple consiste à introduire fermée une pince à pansements, que l'on ouvre ensuite en la retirant (ROSER).

Lorsque l'opération est faite avec résection d'une côte, on choisit dans la règle la 4^e, 5^e ou 6^e côte sur la ligne axillaire. On fait une incision de 3 à 6 centimètres que l'on peut prolonger au besoin; on divise d'un seul coup toutes les parties molles jusqu'au milieu de la côte et dans le sens de la longueur de l'os. Les parties molles sont aussitôt écartées de chaque côté à l'aide de deux crochets de VOLKMANN, et le périoste est partout incisé jusqu'à l'os. Puis on détache avec précaution le périoste à l'aide d'une rugine sur les faces antérieure et postérieure de la côte, sur une étendue d'environ 3 centimètres, opération qui habituellement réussit facilement. Ensuite on glisse de chaque côté un élévatoire entre la face postérieure de la côte et la périoste, afin d'obtenir un espace suffisant pour l'introduction de la branche mince recourbée de l'ostéotome. Pour la section de l'os l'instrument qui me paraît le plus commode, consiste en un costotome ressemblant aux ciseaux dont se servent les jardiniers sous le nom de ciseaux américains; ils ont une branche concave étroite mais forte, et une branche convexe courte et large. A l'aide de ces ciseaux on enlève un fragment de côte d'une longueur d'environ 2 centimètres. Cependant on peut aussi se servir d'une scie pointue dans le même but. Ce n'est qu'après avoir enlevé ce bout de côte qu'on incise la plèvre au milieu de l'espace ainsi obtenu, en évitant avant tout de se rapprocher du bord inférieur (art. intercostale). D'ailleurs, dans le cas où l'on blesserait l'artère intercostale, il serait facile de la lier une fois la résection terminée.

§ 47. — Que l'on ait fait ou non la résection d'une côte, le procédé à suivre ensuite reste le même. On introduit dans l'ouverture de la plèvre un drain de la grosseur du doigt d'environ 8 centimètres de longueur et même plus long selon que l'exige l'épaisseur des parois thoraciques; on laisse alors le pus s'écouler en ayant soin d'interrompre de temps en temps l'écoulement. Lorsqu'à la fin on s'aperçoit que le dernier reste de l'épanchement ne peut plus s'écouler dans le décubitus dorsal, on tourne le malade sur le côté et l'on soulève finalement les jambes et le bassin, de façon que l'ouverture de la plaie devienne la partie la plus déclive de la cavité pleurale (ROSER). Enfin il est toujours convenable de laver la cavité avec une solution tiède d'acide salicylique préparée au moment de s'en servir. **Des lavages avec des solutions désinfectantes plus**

actives ne sont nécessaires au moment de l'opération et dans la suite que lorsqu'on a affaire à un épanchement putride ou à un pus en voie de décomposition. Dans ce dernier cas on fera des irrigations prolongées avec une solution d'acide salicylique, puis lorsque le liquide ressort clair par la plaie, on fera un dernier lavage avec une solution de sublimé (1:1000) que l'on ne laissera séjourner que très peu de temps dans la cavité pleurale. On introduit ensuite le drain fortement saupoudré d'iodoforme. Enfin on applique un grand pansement de Lister, après avoir enfoncé perpendiculairement à travers le tube de drainage, près de son bout extérieur, deux grandes épingles de sûreté destinées à empêcher que le drain ne glisse dans la cavité pleurale. Le pansement consiste en une grande quantité de gaze chiffonnée, sur les bords de laquelle on met une bande de ouate salicyliquée, le tout recouvert par le pansement de Lister proprement dit. Ce dernier doit entourer le bras du côté correspondant, tout le thorax et la plus grande partie de l'abdomen. C'est le même pansement que celui que nous décrirons plus loin (§ 73) pour l'amputation du sein.

Depuis que nous pratiquons la désinfection avec la poudre d'iodoforme de la manière indiquée plus haut, nous avons pour habitude de ne changer le premier pansement que lorsqu'il est traversé par le pus ou que le malade a de la fièvre. C'est surtout lorsque le pus est de mauvaise odeur que l'on est obligé d'enlever le premier pansement déjà au bout de 24 heures, bien qu'en règle générale la fétidité disparaisse après une seule désinfection de la cavité pleurale pratiquée suivant la méthode que nous avons conseillée. Si la fièvre tombe d'une façon permanente, les pansements suivants peuvent être laissés en place pendant 4 à 8 jours; dans la suite ils peuvent même être changés encore plus rarement. Pendant le traitement, l'opéré appuyé sur des coussins, restera d'abord autant que possible couché sur le côté malade, et deux ou trois fois par jour on le soulèvera de la manière indiquée plus haut afin de permettre au pus de s'écouler dans le pansement. Généralement déjà au bout de trois ou quatre jours, dans les cas favorables, il ne sort plus qu'un peu de liquide rougeâtre et trouble et au bout de 2 à 6 semaines on peut enlever le drain. Lorsque tout va bien, on peut permettre au malade de se lever après la première semaine.

Si au renouvellement du pansement ou déjà au moment de l'opération, le pus présente des signes de putridité, on pansera le blessé chaque jour et même dans les cas graves deux fois par jour, jusqu'à ce que le pus n'offre plus aucune trace de décomposition putride. La cavité thoracique sera lavée chaque fois avec une solution d'acide salicylique, puis désinfectée avec une solution de sublimé. Dans les cas tout à fait graves nous avons pratiqué une seconde ouverture plus en arrière, près de la colonne vertébrale. On y parvient aisément si l'on a soin d'introduire par la première ouverture une grosse sonde (en cuivre avec manche en bois),