

présentant une extrémité boutonnée qui sert de guide pour l'incision.

En présence des procédés de désinfection que nous possédons actuellement, nous devons rejeter les lavages tels qu'ils étaient pratiqués avant la période antiseptique. Grâce à la méthode que nous venons d'indiquer, même les cas les plus graves d'épanchement putride peuvent être transformés en épanchements simplement purulents, et la guérison peut être ainsi obtenue bien qu'elle exige naturellement plus de temps. J'ai vu dans des cas d'empyème non putride le poumon malade reprendre ses fonctions déjà au bout de 8 jours; quant à la scoliose qui existait déjà avant l'opération, elle avait complètement disparu au bout de six semaines. D'autre part nous sommes d'avis que le procédé conseillé par BAETZ, et consistant à ponctionner la plèvre et à faire ensuite des lavages désinfectants, ne mérite pas d'être pris en considération, alors que nous possédons dans l'incision faite avec les précautions antiseptiques un excellent moyen de guérison. En tout cas le procédé de BAETZ ne devra pas être tenté une seconde fois si le premier essai a été suivi d'une récurrence¹.

§ 48. — Le procédé à suivre dans les cas d'empyème déjà perforé ne diffère nullement de celui que nous venons de décrire. Le plus souvent la fistule spontanée de l'empyème débouche à l'extérieur non pas directement, mais par des voies détournées, et elle ne donne pas au pus un écoulement suffisant. Si l'on se contente alors, ainsi qu'il arrive souvent, de dilater la fistule et d'y introduire un petit tube à drainage, il est rare que l'on voie sortir un peu de pus, d'autant plus qu'en général les côtes se sont rapprochées au point de comprimer le drain et de l'oblitérer. Ici également nous conseillons, une fois la présence du pus constatée, de pratiquer une incision dans la ligne axillaire; la résection d'un fragment de côte est tout particulièrement indiquée dans ces cas, et l'on s'adressera de préférence à une côte élevée (4^e côte), car la cavité thoracique a déjà diminué, les côtes se sont rapprochées et le diaphragme est remonté. Dans les empyèmes anciens n'ayant aucune tendance à la guérison, il est même assez souvent indiqué d'établir plusieurs ouvertures de drainage et de pratiquer dans ce but la résection de plusieurs fragments de côtes. C'est à ce procédé que l'on aura recours également dans les cas où la fistule obtenue par simple incision, se rétrécit au point que le drain ne peut plus être introduit, ou s'aplatit par compression (ROSER). La trépanation de la côte (NÉLATON, V. LANGENBECK) ne présente aucun avantage sur la résection.

1. Il convient d'autant plus d'être réservé dans l'emploi des irrigations désinfectantes de la plèvre qu'elles sont loin d'être complètement dépourvues de danger. Ainsi BOUVERET dans son excellent *Traité de l'empyème*, a réuni un certain nombre d'observations de mort subite survenue au moment où l'on pratiquait le lavage de la cavité pleurale chez des individus opérés de l'empyème.

(Note du traducteur).

Lorsque la résection est pratiquée sur cette indication, ROSER conseille d'enlever toujours une portion assez grande de la côte, c'est-à-dire de 3 à 6 cent., sinon on court le risque de voir le rétrécissement reparaitre et d'être obligé de faire une nouvelle opération. Abstraction faite du rétrécissement provenant de la prolifération osseuse du périoste conservé, les extrémités de la côte réséquée fuient habituellement en dedans, tandis que les côtes voisines se rapprochent l'une de l'autre. On peut utiliser le rapprochement des côtes pour le traitement d'anciennes fistules d'empyème. Si, en effet, le rapprochement qui s'est déjà produit reste stationnaire, et n'est pas suffisant pour amener la guérison de la fistule, on fera bien de réséquer de nouvelles portions de la même côte ou des côtes situées plus haut ou plus bas, afin d'obtenir une rétraction plus grande du thorax. Dans plusieurs cas on est parvenu à guérir ainsi la fistule de l'empyème (ROSER, LÉTIÉVANT); cependant chez beaucoup de malades la guérison n'a pu être obtenue. Dans le cours des dernières années on a tenté de différents côtés, par des opérations plus hardies, la guérison de ces anciens abcès de la cavité thoracique, lorsque le poumon n'est plus susceptible d'expansion et que les côtes ne peuvent se rapprocher davantage. C'est SCHEDE qui a cherché à obtenir ce résultat de la façon la plus radicale (communication orale). Son procédé consiste à enlever autant que possible toute la partie de la paroi thoracique correspondant à l'abcès, en ne conservant que la peau, qui, après l'ablation de la partie osseuse, vient se souder directement aux parois de la cavité largement ouverte. SCHEDE taille d'abord un lambeau cutané à base supérieure, et, après l'avoir disséqué, il résèque les côtes par la méthode sous-périostée, et finalement fait l'excision des parties molles à l'aide de ciseaux; la ligature des artères (intercostales) n'offre aucune difficulté. Autant que possible la limite de la partie réséquée doit correspondre aux points où la plèvre costale se continue avec la plèvre pulmonaire. Le lambeau cutané est maintenu fixé contre les parois de l'abcès par de la gaze chiffonnée. On comprend qu'après une telle opération les conditions de guérison soient notablement meilleures.

D'après HOMÉN (*Archives de Langenbeck*, vol. 26, p. 151) ESTLANDER a cherché aussi plusieurs fois dans ces dernières années à obtenir la guérison de ces fistules par des résections multiples de côtes. Autant que possible toutes les côtes qui limitent la cavité de l'abcès sont réséquées sur la même ligne, et de chacune d'elles on enlève, suivant l'étendue de l'abcès, une longueur de 3 à 6 cent. et même davantage. Pour chaque série de deux côtes à réséquer on fait une incision dans l'espace intercostal. Avant de se décider à entreprendre une pareille opération, laquelle a été également pratiquée plusieurs fois en France dernièrement (P. BERGER), il importe d'avoir des motifs sérieux d'admettre que la cause de la persistance de la fistule est vraiment due au défaut d'expansibilité du poumon et à l'impossibilité où se trouve le thorax de se rétracter davantage. D'a-

près mon expérience personnelle ces cas sont extrêmement rares, et, en règle générale, l'absence de guérison est due à d'autres causes, telles que l'évacuation défectueuse d'un petit foyer situé derrière une côte, des nécroses des côtes, des affections circonscrites du poumon. Ces cas doivent être aussi traités par une résection locale de côtes dans le but de donner au pus un libre écoulement, d'enlever un séquestre, de mettre à découvert un foyer pulmonaire, mais ils ne sont pas justiciables de l'opération d'ESTLANDER. BERGER, a rassemblé 26 cas de **thoracoplastie** — un mot qui nous rappelle le *lucus a non lucendo* — sur lesquels il a trouvé 10 guérisons et 5 améliorations notables. Nous doutons fort que ces opérations fussent toutes nécessaires.

Quant au pronostic de l'opération typique de l'empyème faite avec les précautions antiseptiques, on comprend qu'il ne soit guère possible de le baser sur des chiffres sûrs lorsqu'on connaît les diverses conditions pathogéniques de la pleurésie. Nous devons distinguer d'abord les cas aigus et ceux qui surviennent dans la tuberculose du poumon, puis dans les formes aiguës nous devons établir une distinction entre les empyèmes simplement purulents et les empyèmes septiques graves qui accompagnent les processus de nécrose et de gangrène du poumon. SCHÆDLA a rassemblé, il y a quelques années, 28 cas d'empyème aigu observé à ma clinique. Sur les 28 malades 4 ont succombé sans que la mort pût être mise sur le compte de l'opération (gangrène du poumon, pyémie et embolie). Sur les 24 malades restants 18 ont guéri rapidement, 3 étaient en traitement et ont guéri ultérieurement, 2 n'ont pu être guéris et 1 a succombé à une intoxication aiguë par l'acide phénique. Voilà vraiment un résultat du traitement antiseptique digne d'être compté parmi les plus beaux succès de la chirurgie actuelle, si l'on se rappelle le sort malheureux qui était réservé autrefois aux malades affectés d'empyème.

§ 49. — Les **exsudats péricardiques** graves peuvent aussi bien que les empyèmes de la cavité thoracique, exiger une intervention chirurgicale. Ils sont heureusement, si on les compare à ces derniers, relativement rares; en outre, la majorité des cas survenant comme complication d'affections aiguës et autres (rhumatisme articulaire aigu, fièvre typhoïde, tuberculose, etc.), ont moins d'importance par elles-mêmes que comme symptôme d'une maladie concomitante du cœur. Cependant même dans ces cas d'épanchement séreux du péricarde, le médecin peut se trouver dans l'obligation de pratiquer une ponction, avec ou sans aspiration selon les circonstances. Une antisepsie sévère est de rigueur dans ces opérations. Dans un cas de BURDER la guérison s'opéra après l'évacuation de 40 grammes de liquide. L'endroit où doit être pratiquée la ponction varie avec le choc de la pointe, mais si l'on a la liberté du choix, on ponctionnera dans le 5^e espace intercostal, sur la ligne parasternale ou en dehors de celle-ci. Lorsque l'épanchement accompagne une tuberculose du péricarde, la ponction est naturellement de peu d'utilité.

Les indications opératoires se posent bien plus sûrement lorsqu'on a affaire à des **exsudats purulents du péricarde**, dont le diagnostic, il est vrai, exige toujours une ponction exploratrice; ces cas, en effet, sont justiciables de l'incision, du drainage et du traitement antiseptique. On possède déjà plusieurs observations sûres de guérisons obtenues de cette manière (ROSENSTEIN, incision antiseptique dans le 4^e espace intercostal; WEST, incision non antiseptique dans le 5^e espace intercostal d'un empyème du péricarde devenu septique à la suite de la ponction); d'ailleurs l'analyse des cas d'empyème et des autres suppurations aiguës parle en faveur de l'incision antiseptique comme du seul mode de traitement capable de sauver le malade affecté d'un épanchement purulent du péricarde. Quant à la méthode opératoire, nous n'avons guère à ajouter à notre description de l'opération de l'empyème. L'incision sera pratiquée couche par couche dans le 4^e ou 5^e espace intercostal après que l'on se sera assuré de la présence du pus par une ponction exploratrice.

WEST a réuni 79 observations d'épanchements traités par la paracentèse du péricarde. Une seule fois l'opération aurait été la cause de la mort, le trocart ayant pénétré dans le ventricule droit; 6 malades succombèrent dans les 24 heures qui suivirent la ponction; dans les autres cas la paracentèse eut un bon effet immédiat. La guérison complète aurait été obtenue dans un assez grand nombre de cas.

Appendice. — Échinocoques de la plèvre.

§ 50. — D'après la statistique de NEISSER les kystes à échinocoques de la plèvre sont rares. Ils se développent tantôt dans la cavité pleurale, tantôt entre la plèvre et la paroi thoracique. Ils peuvent aussi provenir soit du poumon, soit du foie à travers le diaphragme.

Les kystes à échinocoques de la plèvre ne possèdent généralement pas de vésicules filles, mais ils peuvent atteindre de grandes dimensions (jusqu'au volume d'une tête d'enfant ou même davantage). Ils s'accroissent de préférence du côté du poumon qu'ils refoulent, ainsi que les organes voisins, le cœur, le foie. Quelquefois cependant ils se développent vers l'extérieur, déterminent l'usure des parois thoraciques et apparaissent sous la forme de tumeurs fluctuantes situées sous la peau. Mais même dans les cas où le kyste n'apparaît pas au dehors, il fait bomber localement la cage thoracique.

Le diagnostic est, en général, difficile. Les signes qui permettent de soupçonner l'existence d'une tumeur à échinocoques, sont la douleur qui se manifeste dans le décubitus du côté malade, la dyspnée progressive et l'absence de fièvre. En général les symptômes apparaissent par poussées successives. Les veines sous-cutanées sont d'ordinaire fortement dessinées du côté malade, et la paroi thoracique fait saillie localement; les espaces intercostaux sont assez souvent élargis, proéminents et fluctuants.