

M. Sédillot l'a fait et conseillé dans la chloroformisation. L'épiglotte est relevée et une sonde creuse garnie d'une éponge est introduite dans le larynx. M. Green (de Berlin) se borne à abaisser fortement la langue, et cautérise le larynx et la trachée avec une petite éponge soutenue par une tige en baleine.

Tubage du larynx. M. le docteur Bouchut a donné ce nom à une opération qui consiste à porter dans le larynx et à placer à demeure, entre les cordes vocales, un anneau métallique destiné à en produire la dilatation dans les cas de croup suffocant. Un fil de soie soutient l'anneau et en prévient la chute dans la trachée. Ce moyen paraît, au premier abord, extrêmement violent, et on a de la peine à admettre qu'un corps étranger dur et inflexible soit supporté sans graves inconvénients par un organe d'une extrême irritabilité. On a cité des succès, auxquels le tubage ne paraît pas néanmoins avoir survécu.

Moucheturés des replis œdémateux de la glotte.

Lisfranc pratiquait des mouchetures sur le bourrelet œdémateux de l'orifice du larynx dans l'œdème de la glotte. Cette opération s'exécute aisément chez les personnes dont la base de la langue est déprimée et laisse apercevoir l'épiglotte et le larynx. Autrement il faut porter les doigts index et médium de la main gauche sur le rebord laryngé supérieur, et glisser sur le premier la pointe d'un bistouri étroit et allongé, avec lequel on pratique quelques scarifications. Sans repousser entièrement ce procédé, nous croyons la trachéotomie plus fréquemment indiquée et applicable. L'œdème est quelquefois fortement induré et ne s'affaisse pas à la suite des mouchetures, qui deviennent, dans ce cas, au moins inutiles.

EMPYÈME.

Le nom d'*empyème* a longtemps servi à désigner les épanchements thoraciques, quelle qu'en fût la nature, et les opérations par lesquelles on leur donnait issue. De là des méprises sans nombre et des obscurités dont nous ne sommes pas encore délivrés.

Concourant, en 1841, pour la chaire de médecine opératoire de Richerand, M. Sédillot mettait pour épigraphe à sa thèse : DE L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME, un des passages de son travail : *L'opération de l'empyème est mal connue, mal faite et mal appréciée.* La longue discussion soulevée en 1865 à l'Académie de

médecine sur la même question permettrait peut-être de ne pas changer beaucoup les termes de ce jugement, car, si excellentes qu'aient été les considérations présentées par Velpeau et M. Gosselin, les objections qui leur ont été faites ont suffisamment montré le désordre des esprits à ce sujet. Pour nous, nous nous rallions complètement aux doctrines hippocratiques.

Définition. Grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, on ne confond plus entre eux, théoriquement du moins, les divers épanchements pleurétiques, et on les distingue de ceux du péricarde et d'une vomique pulmonaire. Le mot *empyème* (ἐν, πύον; pus dedans) a été restreint aux épanchements de pus dans la plèvre, quoiqu'on entende encore parler d'empyèmes de sérosité et de sang. Les mots d'*hydrothorax* et de *pneumothorax* étaient déjà adoptés par l'usage; M. Sédillot y a ajouté ceux d'*hémithorax* et de *pyothorax*, et nous désignons ainsi les quatre grandes classes d'épanchements, selon qu'ils sont produits : 1° par du pus, 2° du sang, 3° de l'air, 4° ou de la sérosité. Ces épanchements présentent trop de différences pour être confondus, et il est indispensable de les étudier séparément.

Pyothorax. Empyème. Doctrine générale. L'épanchement de pus, très-fréquent et très-dangereux, est celui dont l'histoire éclaire le mieux celle des autres épanchements; c'est pourquoi nous le plaçons au premier rang.

Causes. Les pleurésies négligées ou mal traitées sont la cause la plus habituelle du pyothorax.

Diagnostic. Les principaux caractères de cet épanchement sont : la matité et l'ampliation du thorax; la persistance de la fièvre; la gêne et la fréquence de la respiration; le décubitus sur le côté affecté. Hippocrate avait déjà indiqué la persistance de la fièvre au quatorzième jour d'une pleurésie, comme signe d'empyème; c'est en se fondant particulièrement sur ce symptôme, corroboré par la matité et l'ampliation du thorax, que M. Sédillot affirma la présence d'une collection purulente dont il donna la preuve en ponctionnant le thorax, malgré l'opposition ou au moins les hésitations et les doutes d'un médecin des plus habiles.

Sans élever de revendications de priorité, puisqu'il n'a pas publié ses recherches, M. Sédillot croit avoir été des premiers à constater une des principales causes des erreurs commises dans la mensuration du thorax.

Des expériences, poursuivies il y a déjà quelques années, avec M. le docteur Paul Aronssohn, actuellement professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg, lui donnèrent la preuve qu'un épanchement

thoracique unilatéral était en grande partie masqué par l'ampliation simultanée du côté sain de la poitrine. Il avait déjà noté dans sa thèse sur l'empyème la suffocation produite par le déplacement du médiastin et la compression exercée par le liquide épanché sur le poumon du côté opposé, mais il constata, au moyen d'injections aqueuses faites au travers d'une côte perforée, que l'ampliation thoracique, d'abord unilatérale, s'étendait vite à l'autre cavité. De là le précepte de ne pas se borner à comparer les diamètres des deux côtés de la poitrine, mais de mesurer encore toute la circonférence du thorax et d'en constater les augmentations ou les diminutions journalières.

Variétés de siège du pyothorax. L'empyème peut être partiel ou occuper la totalité de la plèvre; exister à droite ou à gauche: le danger est en proportion des dimensions de l'épanchement. L'on s'explique ainsi pourquoi les terminaisons heureuses sont plus fréquentes à gauche, où le cœur, les vaisseaux et le péricarde occupent un assez grand espace et diminuent d'autant l'ampleur de la plèvre.

Modes de guérison du pyothorax. Le pus épanché peut: 1° se résorber par transformation graisseuse; 2° s'échapper par les voies respiratoires; ou 3° au travers des parois thoraciques.

Dans ce dernier cas, lorsque le pus apparaît sous les téguments, on donne le nom d'empyème de nécessité à l'opération qui lui ouvre une issue, tandis qu'on donne le nom d'empyème d'élection à l'ouverture faite au thorax sur un point choisi par le chirurgien. La guérison de l'épanchement a lieu tantôt par la dilatation du poumon, tantôt par l'affaissement de la paroi thoracique, la torsion des côtes et celle du rachis. On trouve parfois dans un ancien foyer purulent une sorte de dépôt adipocireux qui a contribué à le combler.

La conduite de l'homme de l'art semble dictée par l'étude et l'observation de ces modes spontanés de guérison. La résolution de l'épanchement est le premier but à poursuivre, et si l'on n'y parvient pas, il faut, comme dernière ressource, ouvrir la poitrine, faire écouler le pus et en oblitérer le foyer.

Anatomie pathologique et pronostic. Le pyothorax n'est en réalité qu'un abcès plus ou moins vaste, dont la rigidité des parois et la persistance consécutive du foyer font le danger.

Supposez la collection purulente d'un petit volume, superficielle, parfaitement circonscrite, sans altérations concomitantes du poumon, développée sur un jeune sujet dont la paroi thoracique est souple et la constitution bonne: il suffira d'un coup de bistouri pour amener la guérison. Mais les conditions sont-elles contraires? L'é-

panchement occupe-t-il la totalité de la plèvre; siège-t-il à droite, sur un homme âgé de quarante à cinquante ans; le poumon refoulé est-il aplati contre la colonne vertébrale; maintenu par des néoplasmes épais, résistants, en voie de transformation fibreuse: quoi que vous fassiez, l'art sera impuissant et le malade succombera.

Indications et contre-indications opératoires. D'après ces considérations, le jeune âge, la limitation de l'épanchement, l'intégrité et l'expansibilité du poumon, l'acuité et le peu d'ancienneté de la maladie, sont des indications favorables. L'âge avancé, la diffusion de l'épanchement dans toute la cavité de la plèvre, surtout à droite, le refoulement du poumon, l'épaisseur et la résistance des fausses membranes, la disparition du bruit respiratoire total ou partiel, l'abondance du liquide, l'augmentation considérable du diamètre de la poitrine, des lésions concomitantes (tubercules, pneumonie chronique, ancienneté de l'affection, affaiblissement), sont des circonstances assez fâcheuses pour constituer souvent de véritables contre-indications.

Règles de l'opération de l'empyème. Les préceptes hippocratiques nous paraissent encore les meilleurs, et nous les prendrons pour guides.

En voici les principaux: on ouvre la poitrine en bas et un peu en arrière plutôt qu'en avant, afin d'offrir au pus une issue plus facile. La peau est divisée dans l'intervalle des côtes, et la plèvre est ouverte par ponction avec la pointe du bistouri. Lorsqu'on a jugé suffisante la quantité de pus écoulee, on ferme la plaie avec un tampon de lin, auquel on a attaché un fil qu'on laisse pendre au dehors, et chaque jour on donne une nouvelle issue au pus. Le dixième jour, après avoir fait sortir la totalité du liquide, on introduit un tube dans la poitrine, où l'on injecte un mélange tiède de vin et d'huile. On fait écouler le soir le liquide injecté le matin, et le matin celui du soir. Dès que le pus n'est pas plus épais que de l'eau et qu'il est doux et onctueux au contact du doigt, on place dans la plaie une canule d'étain, que l'on diminue peu à peu lorsque l'ulcère se resserre, et qu'on finit par retirer entièrement.

Si le poumon tombe sur la plaie et fait obstacle à l'issue du pus, on introduit une petite vessie, on l'insuffle et l'on engage profondément la canule. L'évacuation complète et en une seule fois du liquide épanché entraîne la mort.

Tous ces préceptes se justifient parfaitement dans l'état actuel de nos connaissances, et sont, comme nous allons le démontrer, très-supérieurs à ceux qui semblent le plus en vogue aujourd'hui.

Hippocrate déclarait mortelle l'évacuation complète du pus. Ce