

jugement est conforme aux indications les plus exactes de l'anatomie pathologique. Tout pyothorax représente une cavité dont les parois ne s'affaissent pas tout à coup comme celles d'un abcès. La cage thoracique résiste, et les parties molles, poumon, médiastin, diaphragme, refoulées par le pus et maintenues par des adhérences et des indurations inflammatoires, ne reprennent pas immédiatement leur volume ni leur situation normale.

On ne peut, dans ces conditions, évacuer la totalité du pus qu'en le remplaçant par l'air extérieur, ou en essayant de faire le vide dans la poitrine par un moyen artificiel, ou enfin en substituant au pus un autre liquide.

L'examen de ces trois suppositions montre toute l'excellence du précepte hippocratique: 1^o l'introduction de l'air dans le foyer de l'épanchement amène l'altération et la fétidité des liquides, l'inflammation aiguë et la mortification des surfaces en rapport, et enfin des infections putrides promptement fatales; 2^o la prétention de faire le vide dans la cavité accidentelle intrathoracique semble contraire à tous les enseignements pathologiques. La simple application d'une ventouse sèche sur la peau rougit et tuméfié énormément cette membrane par l'appel instantané des liquides, et elle déterminerait la production de phlyctènes et de plaques gangréneuses, si elle était maintenue. Comment dès lors admettre qu'on puisse replacer les côtes et le poumon en contact par l'action de pompes aspirantes? On déchirera quelques adhérences, on obtiendra peut-être un rapprochement momentané et incomplet des surfaces du foyer, mais l'effet le plus certain sera d'y provoquer une pluie de sérosité et de sang, et d'amener la désorganisation, par hémorrhagies interstielles, des néoplasmes destinés à se convertir en tissu fibreux et à devenir la source d'adhérences curatives; 3^o quant à substituer un liquide à du pus de bonne nature, quel en serait l'avantage? Serait-ce d'en prévenir l'altération? Mais pourquoi combattre un accident qui n'existe pas? Ne sera-il pas temps de s'en occuper s'il survient malgré toutes les précautions?

M. Sédillot, en 1841, a formulé la règle suivante: laisser couler assez de pus pour permettre aux organes formant les parois du foyer de revenir graduellement à leur position normale, et éviter en même temps de faire le vide dans la cavité de l'épanchement. Cette règle donne la mesure de la quantité de pus à évacuer. L'appréciation en est facile. Dès que la ponction a été pratiquée, le liquide s'échappe avec force par un jet, d'abord égal, puis saccadé. Ensuite l'écoulement devient plus faible à chaque inspiration, et dès qu'il paraît sur le point de ne plus être continu, on ferme la plaie. C'est le moment où la masse du liquide cesse d'être en rap-

port avec le maximum de l'ampliation thoracique; si l'on en prolongeait l'écoulement, qui peut être encore très-fort dans l'expiration, et est encore augmenté par les accès de toux dont le malade est saisi, on verrait l'air entrer dans la poitrine pendant les mouvements inspiratoires ou de dilatation. Pour prévenir l'introduction de l'air, sans arrêter la sortie du pus, on a inventé une foule de canules à soupapes, d'un mécanisme très-ingénieux, dont les auteurs ou leurs partisans se disputent encore aujourd'hui la priorité. Malheureusement ces instruments sont d'une utilité contestable dans la plupart des cas où l'on y a recours, car ils font le vide, dont nous avons fait connaître les inconvénients et les dangers.

Nous repoussons par conséquent l'usage de la canule de Reybard, terminée par un sac de baudruche, dont l'extrémité plongée dans l'eau met à l'abri de l'entrée de l'air en s'affaisant sous la pression atmosphérique pendant les inspirations. Il faudrait, pour en pallier les inconvénients, la faire plus légère et y ajouter un robinet pour rendre l'écoulement du pus intermittent.

Le conseil de donner issue chaque jour à une certaine quantité de pus a été dicté par une expérience consommée, puisqu'il faut arriver à l'oblitération du foyer.

La principale indication est de faire disparaître le trop-plein de la collection.

D'une part il faut enlever la nouvelle portion du pus produit dans l'intervalle des pansements, et d'autre part faire également écouler la partie du liquide refoulé par les organes qui reprennent ou tendent à reprendre leur situation normale, sous l'influence d'une moindre pression. Il y aurait beaucoup d'avantages à offrir à ce trop-plein une issue permanente ou au moins souvent répétée; mais avec la précaution de ne jamais faire le vide dans la cavité pleurétique, on est à l'abri de ces retours subits d'épanchement, qui causent en quelques heures des suffocations mortelles. Le chirurgien, dans la prévision du danger, se tient prêt, en tous cas, à y remédier. Si le pyothorax est simple et circonscrit, des adhérences solides sont formées au dixième jour, et une canule ou un tube en caoutchouc à demeure et des injections modificatrices, renouvelées matin et soir, peuvent suffire à la guérison.

Complications opératoires. Parmi les plus imminentes on compte: l'entrée de l'air, l'altération des liquides, l'ulcération et l'irritabilité douloureuse de la plaie.

L'irritabilité et les ulcérations douloureuses de la plaie apparaissent presque fatalement au bout de dix à quinze jours de l'emploi des canules et des tamponnements. L'introduction de l'air et l'altération du pus en sont la conséquence inévitable. Il faut abso-

lument prévenir et combattre la fétidité et évacuer le liquide décomposé. Les injections iodées, laissées à demeure dans la poitrine et fréquemment renouvelées, sont d'une remarquable efficacité, mais on ne saurait se dissimuler l'extrême gravité du pronostic à ce degré de la maladie.

Action de l'air sur le foyer de l'épanchement. L'air agit physiquement en s'interposant entre les parties dont la réunion est empêchée, et chimiquement comme cause de putridité. Si la plaie est largement ouverte et que l'air y pénètre et en soit rejeté à chaque mouvement respiratoire, l'effet varie selon le degré d'organisation du sac pseudo-pleural. Lorsque le tissu fibreux ou inodulaire est en voie de formation avancée, l'air détermine seulement une dessiccation peu favorable aux progrès de la cicatrisation; mais si la membrane pyogénique est encore molle et peu résistante, on la voit disparaître ou se mortifier, le foyer pleural s'ulcère, la suppuration devient sereuse, sanguinolente, bientôt fétide, et des accidents généraux d'inflammation et d'infection ne tardent pas à se déclarer.

Des différents modes de la guérison après l'opération de l'emphyème. Le pyothorax peut guérir assez vite, comme nous l'avons dit, par adhérences, s'il est peu étendu et sans complications; mais dans le cas où il est ancien et occupe toute une plèvre, la durée de la cure dépasse souvent une année. Les parois thoraciques s'affaissent, les côtes s'incurvent et se tordent, en se rapprochant de la colonne vertébrale, qui se dévie également. Chez quelques malades, le foyer se remplit de dépôts crayeux ou de masses adipocireuses, et la plaie, restée fistuleuse, ne se ferme pas ou se rouvre à diverses reprises, provoquant des accidents de résorption chaque fois qu'il y a rétention de pus.

Exposé et appréciation des méthodes et procédés opératoires. Les principes généraux que nous venons de rappeler nous permettront de juger les méthodes et les procédés opératoires.

Incision. On la pratique dans deux conditions différentes: tantôt le pus, ayant traversé les parois costales, soulève la peau, et l'incision qui lui donne issue prend le nom d'*emphyème de nécessité*; tantôt la collection n'offre aucune tendance à se porter au dehors, et il faut l'ouvrir dans la région supposée et reconnue la plus favorable; on pratique alors l'*emphyème au lieu d'élection*. Ces distinctions ont beaucoup perdu de leur valeur, et il est clair qu'un pyothorax partiel, c'est-à-dire enkysté, exigerait un *emphyème de nécessité*. On a généralement suivi le conseil hippocratique de découvrir la troisième côte, en comptant de bas en haut, et on a dit qu'il faut pratiquer l'incision entre la troisième et la quatrième

fausse côte à gauche, et entre la quatrième et la cinquième à droite, où le diaphragme est soulevé par le foie.

On pourrait ouvrir la poitrine plus bas, mais l'exemple de Richerand, qui traversa le diaphragme et pénétra dans la cavité abdominale, est une invitation à la prudence.

On s'est beaucoup occupé des moyens de reconnaître les intervalles costaux, en cas de tuméfaction, d'œdème et de toute autre cause masquant la saillie des côtes.

Le troisième espace intercostal se trouve assez exactement à quatre travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, l'avant-bras étant fléchi et appliqué contre la poitrine, et la main étendue à plat sur l'extrémité inférieure du sternum. On peut compter aussi quatre travers de doigt au-dessus du rebord cartilagineux de la circonférence inférieure du thorax à gauche, et cinq travers de doigt à droite. Ces lieux d'élection ne sont pas d'une importance absolue, et beaucoup de chirurgiens les ont variés. Il est toutefois avantageux de s'y conformer, parce qu'ils répondent à une région déclive et permettent aux malades de garder la position demi-assise et en décubitus dorsal, qui leur est la plus commode.

Faut-il éviter le parallélisme de la plaie? Henri Bass conseilla le premier, au rapport de Sprengel, de tirer fortement la peau en haut, afin qu'elle retombât ensuite sur la plaie. Ce procédé a été attribué, plus tard, à B. Bell, et aujourd'hui on le nomme *procédé de Trousseau*. Il ne pourrait être recommandé que dans le cas où la plaie devrait être immédiatement fermée. Autrement, la ponction simple serait préférable, puisque toute interposition d'un opercule tégumentaire deviendrait une cause de gêne et de douleur, si la plaie était destinée à rester ouverte.

L'intervalle des côtes est ordinairement élargi par la présence de l'épanchement, et l'incision doit être plutôt rapprochée de la côte inférieure que de la supérieure, celle-ci étant, comme on le sait, parcourue le long de son bord inférieur par la principale branche de l'artère intercostale, logée dans une sorte de sillon d'autant moins profond qu'il est situé plus antérieurement. On ponctionne la plèvre après l'avoir mise à nu; l'on recommencerait cette opération sur un autre point si l'on rencontrait des adhérences. Celles-ci, limitant l'épanchement, le circonscrivent, en empêchent l'extension et méritent d'être ménagées.

Cautérisation actuelle. Cette méthode est aujourd'hui abandonnée.

Ponction. On la pratique en plongeant le trocart ordinaire soit au lieu d'élection, soit au lieu de nécessité. La canule du trocart est laissée en place et fermée avec un bouchon, qui sert à empêcher