

la pénétration de l'air et qu'on enlève pour laisser écouler graduellement le pus.

Ponction suivie de l'occlusion de la plaie. Nous n'en connaissons pas de succès. Le pus enlevé se reproduit. C'est un simple moyen palliatif. La suffocation diminue ou cesse momentanément pour reparaitre très-prompement. La guérison, si elle avait lieu, serait entièrement due à l'action des causes hygiéniques, constitutionnelles ou médicales.

Ponctions successives. Elles remplissent les indications de la ponction simple et n'ont pas plus de valeur au point de vue de la cure définitive.

Canules à soupapes. Nous en avons montré les inconvénients et le danger.

Canules simples et à robinet. Elles répondent à de nombreuses indications et servent : 1^o à évacuer graduellement le pus ; 2^o à pratiquer les injections ; 3^o à entretenir l'écoulement permanent des liquides, dans le cas où la cavité de l'épanchement est organisée, fibreuse, et tend à s'oblitérer spontanément.

Le grand inconvénient des canules est l'ulcération des tissus en contact. Le pus coule sur les côtes de l'instrument ; l'air pénètre dans le foyer et en détermine la putridité.

On évite en partie ces dangers en se servant d'une canule courte, très-légère et à ailes latérales, pour fixer des rubans autour de la poitrine et immobiliser l'instrument.

Trépanation d'une côte. Elle fut conseillée par Hippocrate, par Reybard etc. M. Sédillot a appliqué trois fois ce procédé, qui met à l'abri de l'ulcération et de la douleur.

L'occlusion de la plaie est très-exacte par l'emploi d'un simple foret ; les injections sont faciles et le tissu osseux résiste parfaitement. Un de ses malades, opéré le 4 janvier 1857, vécut plus d'une année, et s'était assez bien rétabli pour aller passer une saison à Amélie-les-Bains. Personne, en lui voyant faire de longues promenades, ne l'eût supposé atteint d'une affection aussi grave. La cavité entière de la plèvre avait été le siège de l'épanchement, dont le rétrécissement progressif ne fut pas complet. Le malade, qui était militaire, réformé et privé des soins nécessaires, finit par s'affaiblir et succomba.

On choisit la sixième côte, pour ne pas heurter la voussure du diaphragme, et la perforation se pratique avec une vrille ou un petit trépan.

Injections. Elles sont palliatives ou curatives. Les premières consistent en liquides de toutes sortes, employés pour enlever les grumeaux de sang et de pus ; chasser l'air et le remplacer (Réca-

mier) et faire disparaître toute trace de putridité. Les seringues à double courant et à irrigations continues, les solutions chlorées, celles d'iode, de perchlorure ferrique, d'eau de Pagliari, de permanganate de potasse etc. sont d'une grande utilité.

Les *injections curatives*, composées d'un mélange d'iodure potassique et de teinture d'iode, permettent d'espérer les résultats les plus favorables, puisque l'on voit des abcès profonds et des coxalgies suppurées guérir sous leur influence. Dans ce cas, le pus, mêlé à l'iode, forme magma, devient adhérent et se résorbe successivement, pendant que le foyer de l'épanchement, modifié dans sa texture, tend à se rétrécir et à s'oblitérer définitivement dans les cas les plus heureux.

Le docteur Baccelli (de Rome), qui ne reconnaît l'empyème que lorsque la plèvre est transformée en un kyste à parois épaissies, cautérise la cavité purulente à l'aide d'injections faites avec une solution de nitrate d'argent, qu'il a portée dans un cas à 30 grammes de sel pour 500 grammes de décoction de camomille. Les injections doivent séjourner dans la plèvre, et être changées plus ou moins fréquemment. Ce praticien ne redoute en aucune façon l'entrée de l'air dans la poitrine ; il opère avec le trocart, place une canule à demeure dans la plaie et plus tard un tube de caoutchouc. Sur 17 malades, opérés par M. Baccelli, 5 soumis aux injections de teinture d'iode n'ont pas guéri, 14 soumis aux injections de nitrate d'argent augmenté progressivement de 1,2 décigrammes pour la même quantité de liquide, à chaque injection nouvelle, ont été amenés à guérison. (*Congrès médical international de Paris, 1867*).

Hémithorax. Ces épanchements offrent deux variétés : tantôt le sang provient d'une hémorrhagie actuelle, et met la vie en danger par épuisement ou par asphyxie ; tantôt l'épanchement est circonscrit, et se complique d'inflammation, de purulence et de décomposition putride.

La première espèce d'hémithorax réclamerait, d'après Larrey, l'occlusion absolue de la poitrine. Nous ne partageons pas cet avis et nous conseillons, en cas d'asphyxie imminente, d'évacuer une partie du sang épanché, à l'exemple de J. L. Petit, soit par la plaie, cause de l'hémorrhagie, soit par une incision intercostale. Quand l'hémithorax date de dix à quinze jours, il est circonscrit, et on le traite comme le pyothorax enkysté, avec cette heureuse différence que la guérison en est beaucoup plus facile.

Hydrothorax. L'épanchement d'une sérosité claire, limpide, sans flocons fibrineux et sans causes directes inflammatoires, est

le véritable type de l'hydrothorax dit *essentiel*. On l'observe dans les maladies du foie, du cœur, des gros vaisseaux, dans l'albuminurie etc., et il est à la plèvre ce que l'ascite est au péritoine. On pratique des ponctions évacuatrices et palliatives, comme on fait la paracentèse abdominale, et l'on pourrait essayer quelques injections iodées.

On a beaucoup vanté dans ces dernières années la thoracentèse pour remédier aux épanchements aigus, développés dans la pleurésie, et quelques médecins tendent à faire de cette opération une méthode générale de traitement. Un des élèves de M. Barthez, le docteur Verliac, se montre partisan de la thoracentèse chez les jeunes enfants (*Thèse de Paris*, 1865); et M. Guinier (de Montpellier) la conseille chez les enfants à la mamelle atteints d'épanchements pleuraux datant de quatre ou cinq jours (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, nos 3^e et 4, 1868). M. Blachez (*Union médicale*, 3^e série, t. VI, p. 634, année 1868), se fondant sur sept observations, considère que lorsque l'on ne prend pas une pleurésie tout à fait au début, et qu'il existe un épanchement un peu considérable, la thoracentèse constitue un moyen thérapeutique rapide et dont le résultat immédiat est le même que celui auquel on arrive lentement par les révulsifs et les évacuants. Ce médecin pratique l'opération, après anesthésie locale préalable, avec un trocart capillaire, qui, tout en vidant parfaitement la poitrine, ne laisse écouler le liquide que lentement et prévient ainsi les quintes de toux qui apparaissent vers la fin de l'écoulement par les trocarts ordinaires. Les ponctions capillaires avec anesthésie locale, pouvant être répétées, lui paraissent pouvoir être avantageusement substituées, comme méthode générale, aux vésicatoires multiples.

La discussion est restée très-vive à ce sujet. Il est possible que dans les pleurésies mal traitées le malade soit réellement menacé de mourir asphyxié par l'abondance d'un épanchement séreux. Dans ce cas, excessivement rare, un coup de trocart prévient la suffocation et entraîne peu de danger, mais on peut soutenir que la nécessité d'une telle ressource révèle presque toujours un traitement mal dirigé.

Quant aux épanchements de sérosité purulente, leurs indications sont les mêmes que celles du pyothorax. Le pronostic est d'autant plus favorable que la purulence est moins avancée.

Pneumothorax. Les épanchements d'air sont la suite d'une blessure ou d'une lésion chronique du poumon. Dans le premier cas, il peut être nécessaire d'évacuer l'air pour prévenir l'asphyxie,

mais en général ce fluide se résorbe avec tant de rapidité que la suffocation ne tarde pas à diminuer et à disparaître. Si le danger s'accroissait, on pratiquerait une ponction, qu'il serait facile de renouveler. Le poumon est-il ulcéré et une perforation bronchique amène-t-elle de l'air dans un épanchement séreux ou purulent: on pourrait essayer des injections iodées et coagulantes; mais l'état du malade, presque constamment atteint de phthisie au dernier degré, contre-indique en général toute intervention opératoire.

PARACENTÈSE DU PÉRICARDE.

Le point le plus sûr pour la ponction du péricarde serait le cinquième espace intercostal à 0^m,03 du sternum au-dessus du sixième cartilage. On évite ainsi l'artère mammaire interne, qui reste plus rapprochée du sternum, mais on traverse la plèvre avant d'arriver au péricarde. Riolan avait proposé de trépaner la moitié gauche de cet os, au-dessus de l'appendice xiphoïde. C'est le procédé de Skielderap.

Desault pratiqua une incision entre la sixième et la septième côte gauche, vis-à-vis de la pointe du cœur; porta le doigt dans la poitrine, sentit de la fluctuation, fit une ponction, et crut être dans le péricarde. Il n'avait atteint qu'un kyste.

Larrey conseille de porter le bistouri dans l'intervalle qui sépare le bord gauche de l'appendice xiphoïde du cartilage de la dernière vraie côte. On évite la plèvre, le péritoine et le diaphragme.

Pigeaux, Vernay, Aran ont pratiqué des ponctions capillaires.

Trousseau incisa, au travers du cinquième espace intercostal, le péricarde et la plèvre, dans le but de laisser le liquide s'écouler dans la poitrine. L'on ne sait si ce procédé dangereux fut ou ne fut pas pratiqué, les témoins oculaires de l'opération et de l'autopsie n'ayant pu tomber d'accord à ce sujet.

M. Abeille proposait, en 1852, la méthode sous-cutanée (*Traité des hydropisies et des kystes*, p. 370).

Enfin, M. Baizeau veut que l'on fasse à l'extrémité antérieure du cinquième espace intercostal, au-dessus du sixième cartilage, une incision transversale de 0^m,015, empiétant un peu sur le sternum pour en mettre le bord à découvert, et comprenant la peau et le tissu conjonctif sous-jacent. On introduit ensuite le long du bord du sternum, à travers la couche musculaire, un trocart capillaire. Dès que l'instrument est arrivé dans le médiastin, on en