

Parfois une seule ponction suffit pour amener la guérison définitive; d'autres fois plusieurs ponctions sont nécessaires, d'autant que l'on ne doit jamais retirer d'emblée tout le liquide, s'il est quelque peu abondant.

On ne s'est pas borné à évacuer le pus; on a, dans certains cas, lavé la poche purulente avec un liquide antiseptique. Les résultats n'ont pas été assez satisfaisants pour faire préférer ce procédé à la pleurotomie.

B. — Pleurotomie.

La pleurotomie doit être rigoureusement *aseptique*; nous verrons dans un instant que l'opération peut réaliser cette condition, sans que l'on soit obligé de pratiquer le lavage de la plèvre. D'autre part, la pleurotomie doit être *précoce*. Quand elle est faite tardivement, le poumon est sclérosé et ratatiné, et ne peut plus combler le vide pleural; l'opération ne réussit qu'incomplètement, car il persiste une fistule qui plus tard nécessite une intervention.

La pleurotomie doit être pratiquée, dès que le diagnostic est établi et que l'examen bactériologique du liquide est fait; aussi la *ponction exploratrice* est-elle de rigueur, dès que l'on soupçonne une pleurésie purulente. On la fait avec une seringue de Pravaz à laquelle on adapte de préférence une aiguille en platine iridié, qui peut être portée au rouge et par suite stérilisée complètement et instantanément.

Les *instruments* nécessaires sont: un bistouri droit, un bistouri boutonné, des écarteurs, des pinces hémostatiques.

Il faut en outre une certaine quantité de bourdonnets de coton hydrophile aseptique, de la gaze stérilisée, de la ouate de bois, des éponges, deux gros tubes à drainage de 7 à 8 millimètres de diamètre et d'une longueur de 15 centimètres; plusieurs litres d'une solution boricuée à 4 pour 100 tiède ou de chlorure de zinc à 1 pour 100, d'eau oxygénée à 1 pour 10 ou pour 20, ou simplement d'eau salée. Les instruments seront stérilisés à l'autoclave.

Le *lavage du champ opératoire* doit être pratiqué avec le plus grand soin, d'autant plus que la peau présente souvent encore des traces et résidus de vésicatoires, de petits foyers de suppuration consécutifs à l'application de topiques, etc.; aussi est-il indispensable de laver avec une solution de sublimé tiède, du savon et une brosse, puis à l'alcool.

Il va sans dire que l'opérateur se désinfectera les mains.

L'*anesthésie* est contre-indiquée d'une façon générale, car elle peut être dangereuse chez les malades dont le cœur est déplacé, dont le champ respiratoire est diminué; d'ailleurs la douleur due à l'incision ne dure que quelques instants. Quant à l'injection de cocaïne (de 2 ou 5 centigrammes) faite à chaque extrémité de la ligne d'incision, elle peut être utile, mais on ne doit pas oublier que la cocaïne n'est pas non plus inoffensive; aussi bien vaut-il mieux s'abstenir de toute anesthésie générale ou locale.

Le *choix de l'espace intercostal* est subordonné à la variété anatomique de la pleurésie; tantôt on est maître du choix de l'espace intercostal à inciser, tantôt on pratique une incision de nécessité.

Dans le premier cas, c'est le huitième espace qu'il faut choisir, en faisant partir l'incision de la ligne axillaire postérieure, à peu près sur le bord anté-

rieur du muscle grand dorsal; chez les enfants, en raison de la moindre étendue du diamètre vertical du thorax, on peut faire la pleurotomie au niveau du septième ou même du sixième espace.

Lorsqu'il existe un abcès extérieur, il faut ouvrir largement la tumeur fluctuante, à moins que celle-ci ne soit située en avant et en haut, dans une situation peu favorable à l'écoulement du pus; auquel cas il faut pratiquer l'incision hors de la tumeur fluctuante, au lieu d'élection.

On peut d'ailleurs être amené à inciser cette tumeur lorsqu'elle est sur le point de s'abcéder et que l'on est certain qu'elle ne pourra disparaître spontanément, et d'autre part à pratiquer une incision au point indiqué.

Enfin, dans les cas de pleurésies partielles enkystées, l'incision est encore subordonnée au siège de l'épanchement.

Le *manuel opératoire* est des plus simples: il suffit d'inciser rapidement les diverses couches de l'espace intercostal, depuis la peau jusqu'à la plèvre, en suivant exactement le niveau du bord supérieur de la côte situé en dessous, l'index gauche ne quittant pas l'incision et devant aller à la recherche de la plèvre: dès que celle-ci est reconnue, on la ponctionne avec la pointe du bistouri, puis on agrandit l'incision dans le sens transversal, sur une étendue de 8 à 10 centimètres; le bistouri boutonné est utile, pour ce dernier temps de l'opération, s'il s'agit d'une pleurésie gauche et que l'on craigne de blesser le cœur.

Le pus s'écoule avec violence, par saccades; afin d'éviter sa projection sur l'opérateur et les aides, une grosse éponge sera appliquée sur la plaie. Un lavage fait avec de l'eau bouillie, saturée d'acide borique, et contenue dans un récipient en verre que l'on élève au-dessus de l'ouverture de la plèvre, permet d'entraîner le pus qui ne s'était pas écoulé. Facultatif quand le pus est inodore, le lavage est obligatoire lorsque le pus est fétide, il faut auparavant laver et nettoyer avec soin les lèvres de la plaie avec les tampons de ouate trempés dans la solution de sublimé; on renouvelle ce nettoyage, une fois le lavage de la plèvre terminé. Enfin on introduit les deux drains à 6 ou 7 centimètres de profondeur, munis à leur extrémité inférieure d'une épingle de sûreté, à laquelle deux fils sont attachés, afin d'éviter leur chute dans la cavité pleurale. Un drain suffit, si l'on ne doit pas pratiquer le lavage.

Le *pansement* se fait avec la gaze stérilisée, par-dessus laquelle on applique une couche épaisse de coton hydrophile.

Le malade se couche sur le côté opéré, afin de faciliter l'écoulement du liquide.

Les *lavages de la plèvre*, après pleurotomie, ne sont indiqués que si la fièvre s'allume et s'élève, quand la sécrétion pleurale a une odeur fétide. Ce cas excepté, on doit s'en abstenir, car l'injection de liquide entrave la cicatrisation en empêchant la soudure des deux feuillets de la plèvre; de plus elle favorise l'auto-infection en rompant les capillaires de nouvelle formation qui constituent une voie d'absorption pour les produits infectieux; enfin elle expose aux accidents d'intoxication par les substances antiseptiques (sublimé), aux attaques syncopeales ou éclamptiques, etc.

On a renoncé, en raison des dangers d'intoxication, à faire des lavages antiseptiques; on se borne à employer l'eau salée stérilisée, que l'on injecte dans la plèvre à la température de 38 degrés.