

Le pansement doit être renouvelé quotidiennement pendant les premiers jours, ensuite espacé. Le renouvellement des pansements sera indiqué par l'abondance de la suppuration, l'état du malade. Le pansement peut rester en place quatre à huit jours si la suppuration est minime et ne fait que le traverser légèrement. Le drain est diminué progressivement de longueur, au fur et à mesure que la cavité pleurale se rétrécit.

Parmi les *accidents* qui peuvent survenir au cours de l'opération, citons la blessure du diaphragme, lorsqu'il s'est produit au niveau des espaces intercostaux des adhérences ayant effacé le sinus costo-diaphragmatique; quant à l'ouverture de l'artère intercostale, elle est exceptionnelle, puisque l'on ne pratique jamais la pleurotomie dans les points où elle peut être atteinte, c'est-à-dire dans les parties antérieures et postérieures de l'espace, d'où elle abandonne l'abri que lui offre la gouttière costale.

Ces deux accidents ne sont pas inhérents à la nature de l'opération; on peut les éviter à coup sûr en se conformant aux règles opératoires énoncées plus haut, c'est-à-dire en pratiquant toujours une ponction exploratrice préalable (pour s'assurer que l'on est bien dans la plèvre) et en faisant porter l'incision sur le milieu de l'espace intercostal. La même observation s'applique aux accidents consécutifs tels que l'érysipèle, la suppuration des lèvres de la plaie, la pyohémie, qui ne doivent pas s'observer si l'asepsie a été rigoureuse.

Quant aux accidents très rares qui ont été signalés, tels que les embolies cérébrales (cas de Laveran, Vallin, Potain, etc.), ils paraissent le résultat de la compression totale du poumon, par un grand épanchement qui occasionne de graves désordres circulatoires; il dépendra du médecin de les éviter, en faisant la pleurotomie sans retard, ou en pratiquant la thoracentèse d'urgence.

Certaines complications sont particulières aux pleurésies purulentes qui ont été traitées par le lavage: telles les attaques syncopales et les attaques éclamptiques (éclampsie pleurétique), suivies habituellement de paralysies passagères, quelquefois terminées par la mort. Encore n'est-ce pas le lavage lui-même qui doit être incriminé, mais les conditions dans lesquelles il a été fait. On a constaté, en effet, que ces accidents sont toujours survenus à l'occasion de lavages faits sans ménagements, avec une trop forte pression du liquide.

Ce qui vient d'être dit jusqu'à présent s'applique exclusivement au traitement des empyèmes aigus; celui que nécessitent les pleurésies purulentes chroniques, étant exclusivement du ressort chirurgical, ne peut nous arrêter. Bornons-nous à rappeler que pour permettre le rapprochement des deux feuillets de la plèvre, après la pleurotomie, dans les cas où la coque pleurale rigide ne peut revenir sur elle-même, on pratique une opération destinée à mobiliser une plus ou moins grande partie de la paroi thoracique: c'est l'opération d'Estlander (1879).

D'ailleurs, cette opération, acceptée avec empressement par les chirurgiens lorsqu'elle fut proposée il y a quelques années, est aujourd'hui moins en faveur. L'expérience a montré que ce n'est pas une opération bénigne et qu'elle n'a chance de succès que chez les sujets jeunes.

### C. — Indications thérapeutiques particulières.

Tel est le manuel opératoire de la pleurotomie envisagée d'une façon générale. Il nous faut maintenant revenir sur les indications particulières fournies par la nature bactériologique du liquide et par les localisations de l'épanchement.

On sait que les pleurésies purulentes peuvent être dues à divers microbes isolés ou associés diversement suivant les cas.

Les pleurésies purulentes simples (Netter) sont produites par un microbe d'une seule espèce: pneumocoque, streptocoque, staphylocoque, bacille de Koch, pneumo-bacille de Friedländer, bacille typhique, proteus vulgaris, etc.

Les pleurésies à microbes associés sont dues à l'association des mêmes microbes ou bien aux suivants: tétragène, colibacille, leptothrix, etc., à des microbes anaérobies (Barth et Bist, etc.), que l'on trouve particulièrement dans les pleurésies putrides et gangreneuses.

Nous envisagerons successivement les pleurésies aiguës et les pleurésies chroniques.

Parmi les « variétés bactériologiques » d'épanchements purulents, il en est une qui mérite particulièrement de nous arrêter, en raison des considérations thérapeutiques qui s'y appliquent, c'est la pleurésie à pneumocoques, primitive ou consécutive à une pneumonie. Ces pleurésies livrées à elles-mêmes se terminent quelquefois par résorption, plus souvent s'enkystent et se terminent par vomique (26 fois sur 100 d'après Netter). Doit-on, en raison de cette tendance à la guérison spontanée, abandonner à elle-même une pleurésie qu'on a reconnue comme étant déterminée par le pneumocoque? On peut répondre non sans hésitation. En effet, la vomique ne survient que dans un quart des cas, exposant d'ailleurs le malade à des accidents graves, comme le pneumo-thorax, la suppuration prolongée.

Il faut donc intervenir. Dans un certain nombre de cas, la thoracentèse peut amener la guérison, avec une seule ou plusieurs ponctions, surtout chez les enfants. Mais la thoracentèse échoue souvent, quelle que soit la virulence du pneumocoque (sur 54 cas recueillis par Netter, l'empyème a été nécessaire 22 fois); en tout cas, lorsqu'on est obligé de répéter les ponctions, la durée de la maladie se trouve notablement prolongée. D'ailleurs, les ponctions ne mettent pas à l'abri de la vomique (Brunon). Pour ces raisons, la pleurotomie précoce est-elle aujourd'hui pratiquée par la plupart des chirurgiens.

Dans les cas d'empyèmes à pneumocoques, le succès de la pleurotomie est complet et, comme le disent MM. Debove et Courtois-Suffit, « la pleurésie purulente à pneumocoques est le triomphe de l'opération de l'empyème antiseptique ». Nombre de malades ont complètement guéri, après l'incision, sans lavages ultérieurs, au bout d'un temps très court, variant de trois semaines à un mois. Dans les cas traités par la pleurotomie, la mortalité est abaissée à 2, 5 pour 100 (Netter).

En résumé, la ponction pourra être pratiquée en premier lieu dans le cas de pleurésie à pneumocoques; mais, si le liquide se reproduit, et si l'inoculation