

trième, en comptant de bas en haut). A. Guérin (1) fait remarquer que « lorsque l'air dilate le poumon, les fluides épanchés dans la cavité thoracique sortent moins sous l'influence de la pesanteur qu'en raison de l'expansion pulmonaire qui les chasse vers l'ouverture par laquelle ils doivent se faire jour à l'extérieur », et, en conséquence, il veut qu'on agisse sur le cinquième ou le sixième espace intercostal. Peyrot (2), dans son excellente thèse, estime que les préceptes donnés à l'égard du lieu d'élection de l'opération n'ont rien d'absolu, qu'un chirurgien prudent peut faire porter son incision là où il veut, et que la guérison dépend bien moins de la situation déclive de l'incision que du traitement consécutif; néanmoins, il adopte d'une façon générale le huitième espace intercostal, celui-ci étant facile à atteindre et commode pour les pansements, et il désapprouve le choix du neuvième, et plus encore du dixième, à cause de la facilité avec laquelle on peut blesser le diaphragme en agissant aussi bas. Ces réflexions nous semblent parfaitement justes. Nous ne pensons pas que l'objection faite par A. Guérin au choix de l'un des espaces intercostaux inférieurs doive faire renoncer le chirurgien aux avantages qui résultent de la déclivité de l'incision, et nous préférons faire l'incision dans le septième ou le huitième espace; quant aux deux avant-derniers espaces intercostaux, nous sommes d'avis qu'il faut en général s'abstenir d'y porter le bistouri.

Le malade étant couché sur le côté sain, le haut du corps légèrement soulevé par des oreillers, et le bras du côté à opérer relevé sur la tête, le chirurgien attaque la paroi thoracique dans le tiers moyen de l'espace intercostal choisi, à peu près au niveau du bord supérieur de la côte qui limite en bas cet espace, et parallèlement à cet os. L'incision des téguments doit avoir, d'après Malgaigne et Guérin, de 3 à 4 centimètres de long; mais nous pensons qu'il y a avantage à lui donner des dimensions un peu plus considérables, tant pour assurer une plus large issue aux liquides accumulés dans la poitrine que pour mieux voir où l'on va. On incise ensuite couche par couche les divers plans de parties molles qui se présentent sous le bistouri, en explorant à chaque coup la plaie avec l'indicateur gauche, jusqu'à ce que l'on soit arrivé au plan des muscles intercostaux. On entame alors ceux-ci à petits coups, se tenant à peu près à égale distance des deux côtes, mais plutôt plus près de l'inférieure que de la supérieure. Lorsqu'on est parvenu au niveau de la plèvre, ce que l'on reconnaît soit par la vue, soit par la sensation d'élasticité que perçoit le doigt introduit au fond de la plaie, on perce la séreuse avec la pointe du bistouri, et l'on agrandit l'incision profonde avec le même instrument, ou mieux avec le bistouri boutoné, ou même la sonde cannelée, dans une étendue un peu moindre que celle de la plaie exté-

(1) *Chirurgie opératoire*, 3^e édit., p. 500.

(2) *Études expérimentales et cliniques sur le thorax des pleurétiques et sur la pleurotomie*. Thèse de Paris, 1876.

rieure. L'incision pleurale de 1 centimètre seulement, conseillée encore par plusieurs auteurs, nous paraît absolument insuffisante pour la majorité des cas dans lesquels on fait maintenant l'empyème. Enfin, on place à demeure dans la plaie une sonde molle de fort calibre ou une anse de gros tube à drainage, plongeant jusqu'au fond du cul-de-sac costo-diaphragmatique, afin d'assurer un écoulement constant aux liquides pleuraux et de pouvoir faire facilement des lavages antiseptiques ou des injections modificatrices. Il est très-important de fixer solidement cette sonde ou ce drain au dehors, dans la crainte qu'ils ne tombent et ne disparaissent dans la poitrine, accident fâcheux dont nous avons eu occasion de parler dans l'un des articles précédents (voy. plus haut: CORPS ÉTRANGERS DE LA PLÈVRE).

Quoique l'introduction de l'air dans la poitrine soit acceptée comme un accident nécessaire du procédé dont nous parlons, on a essayé, dans ces dernières années, de créer à travers la paroi thoracique une voie pour l'écoulement constant des liquides et pour la pratique des lavages pleuraux, tout en s'opposant à l'entrée de l'air dans la séreuse, et l'on est parvenu à réunir, dans un procédé mixte, intermédiaire à la thoracentèse et à l'empyème, les avantages de chacune de ces opérations: d'une part, ouverture de la poitrine à l'abri de l'air, et, d'autre part, évacuation continue avec possibilité de faire des injections. Nous croyons devoir consacrer quelques lignes à la description des moyens ingénieux par lesquels Potain (1) est arrivé à ce double résultat. On pratique la thoracentèse avec un trocart ordinaire; puis, dès qu'on a retiré le poinçon, on lui substitue une sonde en gomme molle d'un calibre tel qu'elle puisse passer à frottement doux dans la canule du trocart. On a fait préalablement sur cette sonde un petit trait indiquant jusqu'où il faut l'enfoncer dans le tube, pour qu'elle plonge suffisamment dans la cavité pleurale, et dans la crainte que l'air ne s'introduise dans le thorax par le canal dont elle est percée, on a rempli ce canal avec de l'eau et l'on a bouché son extrémité libre. On retire alors la canule en maintenant la sonde en place, et on la fixe à la paroi thoracique. Pour cela on la fait passer dans un petit trou percé au centre d'une lame de caoutchouc et assez étroite pour qu'elle ne le traverse qu'à frottement; on amène cette lame de caoutchouc au contact de la paroi, et on l'y assujettit avec des bandelettes de gaze collodionnée. L'extrémité de la sonde est alors abouchée, à l'aide d'un petit tube de verre, avec l'une des branches d'un tube de caoutchouc en forme d'Y, dont les deux autres branches se rendent, la supérieure dans un vase situé à une certaine hauteur au-dessus du lit du malade et contenant le liquide des injections, l'inférieure dans un autre vase situé au-dessous du plan du lit et contenant un peu d'eau dans laquelle plonge son bout libre. Chacune de ces bran-

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1869, t. LXXVII, 2^e livraison, p. 69. Voyez aussi Bénard, Thèse de Paris, 1871.

ches est fermée par une pince à pression continue que l'on peut enlever à volonté; la première, qui remplit par rapport au liquide du vase supérieur le rôle d'un siphon, a été préalablement amorcée. Les choses étant ainsi disposées, il suffit d'enlever la pince qui oblitère la branche inférieure pour que l'écoulement du liquide pleural s'établisse; l'eau dans laquelle trempe l'extrémité inférieure du tube d'évacuation s'oppose à ce que l'air s'introduise dans son intérieur et de là dans la poitrine, sous l'influence des mouvements d'inspiration. Au contraire, la colonne liquide contenue dans ce tube exerce sur l'épanchement une aspiration d'autant plus énergique que la différence de niveau entre le contenu de la plèvre et l'eau du récipient est plus considérable; cette aspiration peut, par conséquent, être réglée à volonté. Lorsqu'on veut faire une injection, on ferme le tube d'évacuation, on enlève la pince du tube supérieur, et le siphon constitué par ce tube entrant en activité, le liquide du vase supérieur afflue dans la plèvre. On exécute une manœuvre inverse pour faire sortir l'injection. Les malades peuvent eux-mêmes, à l'aide de cet appareil, évacuer et laver leur plèvre aussi souvent que cela est nécessaire; dans les intervalles, le tube en Y est détaché de la sonde, et celle-ci, bien fermée à l'aide d'un fausset, est maintenue le long du thorax par un bandage de corps.

Quelques mots maintenant sur les difficultés que peut présenter l'opération de l'empyème et sur les accidents qui peuvent la compliquer.

Il arrive parfois, lorsqu'on opère sur un thorax rétracté par le fait d'une pleurésie déjà ancienne, que l'on trouve les espaces intercostaux rétrécis au point de ne permettre que difficilement le passage du bistouri, et de ne pas offrir une étendue suffisante pour le placement des tubes d'évacuation et de lavage. On a conseillé alors de réséquer une portion de côte; Peyrot cite, dans sa thèse, plusieurs cas dans lesquels cette opération a été faite avec succès.

Dans d'autres circonstances, au lieu de tomber dans la collection purulente pleurale, l'incision arrive dans l'épaisseur d'une fausse membrane, et le chirurgien hésite à porter le bistouri plus profondément, dans la crainte de blesser le poumon ou le diaphragme. Malgaigne conseille en pareil cas de continuer à inciser avec les plus grands ménagements; si l'on arrivait sur le tissu du poumon, bien reconnaissable pour tout anatomiste, sans avoir rencontré de liquide, il faudrait explorer la plaie dans tous les sens avec le doigt indicateur pour reconnaître la fluctuation quelque part, et, cet indice obtenu, diriger là son incision. Si, au contraire, nulle fluctuation ne se fait sentir, il faudrait refermer la plaie et en faire une nouvelle en un autre point où l'existence du foyer serait plus évidente.

Il s'en faut qu'il soit aussi facile que l'admet Malgaigne de reconnaître le poumon au fond d'une plaie profonde, surtout quand cet organe est recouvert de fausses membranes; il en est de même de la

fluctuation. J'ai l'habitude, pour éviter sûrement ces difficultés, de faire précéder toute opération d'empyème d'une ponction exploratrice avec un appareil aspirateur, ponction pratiquée au point même que j'ai choisi pour faire l'incision; de cette façon, lorsque l'aiguille aspiratrice a donné passage à du pus, on a la certitude, en incisant au même endroit et en suivant la canule laissée en place, d'arriver nécessairement dans la collection pleurale.

La lésion de l'artère intercostale pendant l'opération de l'empyème est un accident rare, cependant la thèse de Dulac nous en fournit deux exemples. On devra donc, pour éviter une aussi grave complication, redoubler de précaution pendant les derniers temps de l'incision de la paroi, et se tenir aussi près que possible de la côte inférieure en sectionnant les muscles intercostaux et la plèvre. Quant aux soins à donner dans le cas de blessure du vaisseau en question, ils ont été indiqués plus haut (voy. PLAIES DES VAISSEAUX INTERCOSTAUX).

Le diaphragme a été également intéressé quelquefois dans l'opération qui nous occupe; rarement cette lésion a donné lieu à l'effusion du liquide pleural dans la cavité péritonéale, grâce aux adhérences que contracte le muscle avec les organes sous-jacents (foie, rate.....) lorsque la plèvre suppure; dans quelques cas cependant, l'irruption du pus dans le péritoine a eu lieu et a promptement déterminé la mort.

Les soins consécutifs à l'empyème sont de la plus haute importance et c'est d'eux presque exclusivement que dépend le succès de l'opération. Ils consistent en lavages très-fréquents et très-complets de la plèvre. Au point de vue de leur fréquence, on ne peut poser de règle générale; suivant le conseil donné par Peyrot, on doit se guider à cet égard sur l'état général du malade: tant qu'il y a de la fièvre, de la diarrhée, une suppuration fétide, on peut être sûr que les lavages sont faits en nombre insuffisant.

Il faut en outre, dans les premiers temps surtout, alors que le travail adhésif qui conduira à la guérison n'est pas encore commencé, il faut, disons-nous, avoir soin, après chaque injection, de faire subir au malade quelques changements de position, qui mettent bien le liquide injecté en contact avec toutes les anfractuosités de la séreuse enflammée, anfractuosités dans lesquelles le pus peut stagner et s'altérer. Ces injections sont pratiquées dans la sonde ou dans les drains laissés à demeure, soit à l'aide d'un irrigateur, soit de préférence à l'aide du siphon de Potain, qui permet au malade lui-même de les répéter aussi souvent qu'on le juge à propos. Dans les intervalles, la plaie sera pansée avec un linge glyceriné recouvert d'un épais gâteau de charpie, sèche ou imbibée de liquides antiseptiques, et le tout sera maintenu avec un bandage de corps; cet appareil sera renouvelé plus ou moins souvent selon l'abondance de la suppuration.

Les liquides auxquels on a le plus habituellement recours pour les injections pleurales sont l'eau alcoolisée ou l'eau additionnée d'une

faible proportion de teinture d'iode; on peut également se servir de solutions faibles d'acide phénique, de permanganate de potasse, etc. Lorsque le pus devient séreux, mal lié, il est nécessaire de réveiller la vitalité des parois de la poche plus énergiquement que ne le font les lavages ordinaires; il suffit pour cela d'augmenter la proportion d'alcool ou de teinture d'iode dans l'eau employée, de façon à rendre l'injection légèrement irritante.

Les lavages de la plèvre doivent être continués jusqu'à ce que la suppuration soit complètement tarie. Peu à peu les parois de la cavité suppurante reviennent au contact, se recollent, et la quantité de liquide qu'admet la plèvre à chaque injection diminue de jour en jour. Quand cette quantité de liquide nécessaire pour remplir le foyer est devenue très-minime, ce qui indique qu'il n'y a pour ainsi dire plus qu'un trajet dans lequel est logée la sonde évacuatrice, on peut remplacer celle-ci par une autre moins volumineuse, que l'on enfonce de moins en moins profondément au fur et à mesure que les parties profondes du trajet se réunissent. Il ne faut point trop se hâter dans ce dernier temps du traitement; on n'enlèvera définitivement la sonde que quand le trajet sera réduit à un cul-de-sac qui ne dépasse plus l'épaisseur de la paroi.

Il est à peine besoin d'ajouter qu'il faut seconder l'action de ce traitement externe par l'emploi de toutes les ressources que nous fournissent l'hygiène et la thérapeutique, pour soutenir le malade et lui permettre de faire les frais de la guérison définitive.

INDICATIONS DE LA THORACENTÈSE ET DE L'EMPYÈME. — Lorsque nous avons indiqué le traitement applicable aux divers épanchements traumatiques de la plèvre, nous avons eu occasion de discuter assez longuement la question d'opportunité de l'évacuation de la poitrine, et le choix du procédé par lequel cette évacuation devait être réalisée dans telle ou telle circonstance. Nous ne pouvons, par conséquent, reprendre ici, sous peine de redites inutiles, les indications de la thoracentèse et de l'empyème dans ces diverses affections, envisagées successivement. D'autre part, si nous voulions traiter ce sujet d'une façon complète, nous serions obligés d'aborder un chapitre assez long et assez controversé de thérapeutique médicale, ce qui nous entraînerait tout à fait en dehors du cadre de cet ouvrage.

Nous nous bornerons donc à rappeler sommairement ici ce que l'on peut attendre de chacune des opérations qui nous occupent, et à résumer ainsi en termes généraux les indications discutées précédemment pour les cas particuliers.

La thoracentèse ne conduisant qu'à une évacuation transitoire de la plèvre, son résultat est complètement subordonné à la nature de la maladie contre laquelle elle est dirigée : tantôt, en effet, l'épanchement ne se reproduit pas, tantôt il reparait plus ou moins promptement, et l'opération n'a été que palliative des accidents produits par la compression du poumon. On peut, à la rigueur, faire une injection par la canule

du trocart qui a servi à la ponction, mais les injections ainsi pratiquées ne peuvent être suffisamment renouvelées pour devenir efficaces, lorsque le liquide contenu dans la poitrine a subi une altération putride. La première condition pour que la thoracentèse ait chance de réussir, c'est que le liquide pleural ne présente pas cette altération. Dans ces dernières circonstances, quand, par exemple, il s'agit d'un hémopneumothorax ou d'un pneumothorax avec accidents d'intoxication septique, tenter la thoracentèse, c'est perdre un temps précieux, car il est urgent d'ouvrir au plus tôt une voie large et permanente pour l'écoulement des liquides infectieux et pour la pratique des lavages de la plèvre. Au contraire, tant que l'épanchement n'a point de caractères qui rendent dangereux son séjour dans la séreuse malade, tant qu'il n'agit que mécaniquement, c'est à la thoracentèse qu'il faut recourir, et cela, au besoin, plusieurs fois de suite, à des intervalles plus ou moins rapprochés. La ponction est évidemment la seule intervention chirurgicale à laquelle on puisse penser dans les épanchements séreux; quant aux épanchements purulents, les cas dans lesquels ils ont été traités avec succès par les ponctions répétées sont trop nombreux maintenant pour qu'on soit autorisé à ne pas mettre une certaine insistance dans l'emploi de ce procédé, avant de se décider à en arriver à l'empyème.

Il faut, en outre, pour que la thoracentèse réussisse, que le contenu de la plèvre ne soit pas mélangé de caillots sanguins ou de paquets pseudo-membraneux. Aussi est-il absolument inutile de tenter la thoracentèse dans l'hémothorax récent. Dans les autres cas, comme il est impossible de prévoir à l'avance si le liquide tient ou non en suspension des particules solides capables d'entraver son écoulement par la canule du trocart, la ponction doit être essayée tout d'abord, sauf à en venir plus tard à l'incision, si les difficultés de l'évacuation par ce procédé sont insurmontables.

Enfin, il y a lieu de tenir compte, au point de vue de la décision à prendre, de la présence ou de l'absence d'air dans la cavité pleurale. Quand on est en face d'un épanchement sanguin compliqué de pneumothorax persistant, l'altération de cet épanchement se fait avec une rapidité extrême et amène promptement les accidents généraux les plus graves; dans ce cas, s'attarder à la thoracentèse serait une faute, d'autant mieux que cette opération aurait alors contre elle d'autres chances d'insuccès déjà signalées plus haut. Lorsqu'il s'agit seulement d'un hydropneumothorax ou d'un pyopneumothorax sans retentissement inquiétant sur l'état général du malade, on peut recourir d'abord à la ponction pour combattre les symptômes d'asphyxie résultant de l'affaissement du poumon du côté malade; mais si le liquide se reproduit avec une grande rapidité sans que l'air cesse d'affluer dans la cavité pleurale, si surtout il se manifeste des phénomènes d'intoxication septique, il faut sans hésitation et sans retard pratiquer la paracentèse par incision.

Montrer quand la thoracentèse devient insuffisante, c'est montrer

quand l'empyème devient nécessaire ; aussi ce qui précède nous dispensera-t-il d'entrer dans de longs détails sur les cas qui réclament l'emploi de ce dernier mode d'évacuation. En pratiquant l'empyème, on ouvre aux produits morbides accumulés dans la plèvre une issue large et permanente, par laquelle on pourra faire dans la séreuse des lavages réitérés, mais par laquelle aussi l'air extérieur va s'introduire librement. Or l'introduction libre de l'air dans la plèvre est éminemment propre à déterminer ou à entretenir la suppuration de cette membrane, et bien qu'on puisse conjurer par les lavages les dangers résultant de cette suppuration, il ne faut se résoudre à les risquer qu'autant qu'ils seront largement compensés par les avantages de l'empyème. Il est donc évident tout d'abord qu'il n'y aura pas à penser à cette opération tant que l'on sera en face d'épanchements séreux. Restent les épanchements sanguins et les épanchements purulents, auxquels on sera obligé dans un certain nombre de cas d'opposer le mode de traitement qui nous occupe. Mais ici la considération de l'entrée de l'air dans le thorax après l'incision doit encore entrer en ligne de compte dans la décision que prendra le chirurgien. Dans les épanchements sanguins avec pneumothorax, l'altération très-rapide du sang au contact de l'air peut faire naître très-promptement des accidents généraux graves qui réclament impérieusement et à bref délai l'évacuation et l'assainissement du foyer ; dans ce cas, l'empyème doit être pratiquée d'emblée, sans différer, sans tenter d'abord la thoracentèse qui resterait impuissante à conjurer le péril. Mais il n'en est plus de même lorsque l'épanchement sanguin n'est pas accompagné d'un épanchement gazeux. Alors, de deux choses l'une : ou bien le sang ne se résorbe pas et la suppuration pleurale survient, ou bien on est amené, peu de temps après l'accident qui a causé l'hémorragie pleurale, à remédier aux accidents d'asphyxie résultant de la compression du poumon. Dans la première hypothèse, la conduite à suivre sera la même que pour les épanchements purulents, dont nous allons nous occuper tout à l'heure ; dans la seconde, il ne faudra recourir à l'empyème qu'à la dernière extrémité, tant à cause du danger de voir l'hémorragie continuer, qu'à cause de la difficulté qu'apporte à l'évacuation du sang l'état de coagulation de ce liquide pendant les premiers moments de son séjour dans la plèvre (voy. HÉMOTHORAX).

Dans les épanchements purulents sans complication de pneumothorax, tant qu'il n'y aura à lutter que contre des phénomènes d'asphyxie, c'est à la thoracentèse qu'il faudra recourir tout d'abord ; on n'en viendra à l'empyème que si la reproduction rapide de l'épanchement et l'apparition de symptômes d'hecticité démontrent l'insuffisance de la première opération, ou bien encore si le liquide contient des particules solides assez volumineuses pour entraver absolument son évacuation par la canule d'un trocart. L'empyème sera alors institué comme une dernière ressource, indiquée le plus souvent par l'état général du malade. On sera autorisé à moins temporiser lorsqu'il s'agira d'épanchements purulents

avec pneumothorax persistant. Dans ces conditions, en effet, on n'a plus les mêmes raisons de redouter l'incision, puisque la cavité pleurale est déjà en communication avec l'atmosphère.

Quant à l'installation du siphon de Potain, l'emploi de ce procédé mixte peut être rendu impossible par les mêmes causes matérielles qui empêchent l'évacuation du thorax par la ponction simple, c'est-à-dire par la présence de flocons pseudo-membraneux assez volumineux dans le liquide de l'épanchement. Mais en l'absence de cette condition défavorable, il nous paraît applicable surtout aux cas de pleurésie purulente, non compliquée de pneumothorax, dans lesquels le pus se reproduit très-rapidement sans qu'il y ait de phénomènes généraux très-accentués. Dans ces conditions, nous pensons qu'il y a tout avantage à le mettre en œuvre de préférence à l'empyème, sauf, en cas d'insuccès, à en revenir plus tard à cette dernière opération.

2° Paracentèse du péricarde.

La paracentèse du péricarde fut proposée, en 1649, par Riolan ; mais, pendant longtemps, les chirurgiens ont été arrêtés par la difficulté d'établir avec certitude les indications de cette opération et par la crainte de blesser le cœur. D'après Merat (1), c'est à Romero (de Barcelone) que revient le mérite d'avoir pratiqué le premier la paracentèse du péricarde, qui fournit deux succès entre ses mains. Toutefois, ce n'est guère qu'après 1840 que les médecins, encouragés par de nouveaux faits, se décidèrent à suivre l'exemple de Romero et que l'opération de la ponction du péricarde entra définitivement dans la pratique.

La paracentèse du péricarde est indiquée dans tous les cas où il existe un épanchement abondant qui menace immédiatement la vie, et qui, par sa quantité ou par sa nature, ne paraît pas susceptible d'être résorbé. Dans un rapport à l'Académie de médecine, Roger (2) considère l'opération comme devant être proscrite dans les cas où l'effusion du liquide résulte d'un état général qui ne laisse aucune chance de guérison ; mais il nous semble que, dans ces cas mêmes, on peut être autorisé à pratiquer une ponction qui, parfois, aura pour conséquence d'atténuer les symptômes éprouvés par les malades et de prolonger leurs jours. La paracentèse du péricarde doit constituer, en effet, dans un grand nombre de cas, une opération plutôt palliative que curative.

La plupart des anciens procédés pour ouvrir le péricarde sont aujourd'hui justement abandonnés, et je ne citerai que pour mémoire la trépanation du sternum, l'incision de la peau et des tissus sous-jacents au niveau d'un espace intercostal jusqu'au péricarde, qui était ensuite ouvert ou ponctionné avec un trocart ordinaire ; enfin la ponction avec

(1) *Dict. des sciences médicales*, 1819, t. XL, p. 372.

(2) *Acad. de méd.*, 1875, séances du 19 octobre et du 2 novembre.

le gros trocart à travers un espace intercostal. A ces procédés on doit préférer la ponction pratiquée avec les fines aiguilles de nos appareils aspirateurs.

Relativement au point exact où doit être faite la ponction, les avis sont partagés. Roger conseille d'ouvrir le péricarde dans le cinquième espace intercostal, dans un point intermédiaire entre le mamelon gauche et le bord du sternum, en se rapprochant cependant un peu du mamelon et en pénétrant directement d'avant en arrière. Dieulafoy, tout en recommandant de pénétrer dans le cinquième espace intercostal, prescrit de ponctionner à six centimètres environ du bord gauche du sternum. D'ailleurs, dans chaque cas, en particulier, le chirurgien devra déterminer, par la percussion et l'auscultation, le point exact où l'accumulation de liquide est la plus considérable, et ponctionner en ce point.

La blessure de l'artère mammaire interne et celle du cœur sont les deux accidents à craindre dans la ponction du péricarde. On sera certain de respecter l'artère mammaire interne, en ponctionnant dans le point indiqué précédemment et qui est situé en dehors du trajet de ce vaisseau. Quant à la lésion du cœur, elle est certainement moins à craindre qu'on ne le supposait autrefois, et, pour l'éviter, on devra enfoncer l'aiguille de l'aspirateur avec précaution, et s'arrêter dès que la sortie du liquide annoncera que l'instrument a pénétré dans le péricarde.

D'ailleurs, des faits assez nombreux montrent l'innocuité relative de ce dernier accident. Dans quelques cas mêmes, où, par suite d'une erreur de diagnostic, le trocart a été plongé jusque dans une cavité cardiaque, il ne semble pas en être résulté de conséquence fâcheuse pour le malade. Nous citerons à l'appui l'observation suivante rapportée dans les *Transactions de la Société clinique de Londres* (1). Une femme âgée de vingt-sept ans, atteinte de pleuropneumonie, présentait les signes d'un vaste épanchement du péricarde; un trocart fut plongé dans le quatrième espace intercostal et donna issue à du sang veineux pur. L'instrument fut immédiatement retiré, et la malade se trouva soulagée. Elle mourut environ quatre semaines plus tard d'une complication, et l'autopsie montra l'existence d'une affection valvulaire avec dilatation du cœur, mais sans trace d'épanchement. Le ventricule droit avait été ponctionné. Deux cas analogues ont été rapportés par Baizeau et par Roger.

Une fois la ponction pratiquée et le liquide évacué, il est fréquent de voir l'épanchement se reproduire. Dans ces cas, une nouvelle ponction doit être faite autant de fois qu'elle devient nécessaire. Gooch (2) l'a répétée jusqu'à six fois sur le même malade dans l'espace de trente-huit jours. On a accusé la paracentèse du péricarde de provoquer le retour rapide de l'épanchement et de déterminer la transformation d'un épan-

(1) *Transact. of the Clinical Soc. of London*, vol. VIII, p. 169.

(2) *British med. journ.*, 19 juin 1875.

chement séreux, sanguin ou séro-sanguin, en un épanchement purulent. Pour prévenir cette double complication, on a conseillé de faire suivre la ponction du péricarde d'injections iodées destinées à modifier la surface interne de la séreuse. Il est impossible de se prononcer sur la valeur de ce moyen, dont l'emploi ne paraît jamais avoir donné les résultats curatifs qu'on en attendait. Dans le cas où l'épanchement péricardique est purulent, nous conseillons de préférence l'introduction d'un tube à drainage, ou même l'ouverture large du péricarde, comme dans l'opération de l'empyème.

Relativement aux résultats fournis jusqu'à ce jour par la paracentèse du péricarde, on pourra consulter un tableau de 41 cas, dressé par J.-B. Roberts (1), d'où il résulte que sur ce nombre il y a eu 19 guérisons, 21 morts et 1 résultat inconnu, soit 46, 34 pour 100 de succès, pour 53, 66 pour 100 de mortalité. L'auteur à qui j'emprunte ces données statistiques fait remarquer que la plupart des sujets qui ont succombé présentaient des maladies graves compliquant l'épanchement péricardique, et que, parmi les 21 cas de mort, il n'y en a que 5 dans lesquels aucune maladie autre que l'hydropisie du péricarde ne se trouve mentionnée, circonstance qui est bien de nature à abaisser le chiffre de la mortalité imputable à l'opération.

CHAPITRE XVII

MALADIES DE LA RÉGION MAMMAIRE

La pathologie de la région mammaire emprunte un intérêt particulier à la présence de la glande mammaire qui, restant à l'état rudimentaire chez l'homme, subit, au contraire, chez la femme un développement complet en rapport avec les fonctions qu'elle est destinée à remplir pendant toute la durée de la vie sexuelle. C'est dire que les affections de la mamelle sont surtout fréquentes chez la femme, et qu'un grand nombre d'entre elles se montrent de préférence durant la période d'activité de la glande. Toutefois, nous devons signaler, dans un article spécial, les affections de la mamelle chez l'homme.

Constituée par un amas de glandes en grappe dont les conduits excréteurs, au nombre d'une quinzaine, viennent aboutir au centre du mamelon pour s'ouvrir à son sommet, la glande mammaire est située dans un dédoublement du tissu cellulaire sous-cutané qui la sépare de la peau en avant, et de l'aponévrose du grand pectoral en arrière. La couche sous-cutanée forme un revêtement presque complet à la ma-

(1) *New-York med. journ.*, décembre 1876.