

droites sont, en effet, le siège de prédilection de ces blessures, et d'autre part les plaies des cavités et surtout du ventricule gauche ne saignent guère, la contraction des fibres musculaires suffisant pour obturer l'orifice.

Soit par ce mécanisme, soit en effet parce qu'un caillot obturateur a pu se former, l'hémorrhagie peut s'arrêter. Le caillot peut faire place à une cicatrice définitive. Plus souvent, il se détache à la suite d'un mouvement, d'un effort : l'hémorrhagie se reproduit et entraîne rapidement la mort.

3° La *syncope* peut être due soit à la douleur occasionnée par le traumatisme, soit à l'anémie cérébrale qu'entraîne l'hémorrhagie. Brown-Sequard a montré en outre que le traumatisme de certaines zones cutanées pouvait déterminer un réflexe ayant le pneumogastrique pour branche exodique, et mettant en œuvre l'action inhibitoire et suspensive de ce nerf sur le cœur. La syncope est un accident en quelque sorte favorable, puisqu'elle favorise la formation du caillot obturateur.

4° La *douleur* est peu intense. Son existence semble plutôt liée aux lésions des parois thoraciques, ou peut-être du péricarde. Si elle survient avec une certaine violence le deuxième ou le troisième jour, on pensera à une péricardite, ou, suivant son siège, à une pleurésie.

5° Les *troubles circulatoires* sont très variables : ils dépendent suivant Fischer de l'épanchement péricardique, des lésions valvulaires, des communications intercavitaires et de l'anémie posthémorrhagique.

L'auscultation montre tantôt les bruits du cœur lointains et affaiblis, tantôt des bruits surajoutés : bruits de frémissement, de râpe, de lime, de scie, etc. ; enfin bruit de roue de moulin lié à l'hydropneumo-péricarde.

6° Les *troubles digestifs et nerveux* sont ceux de toutes les hémorrhagies graves. En outre il faut tenir compte de la possibilité d'embolies artérielles expliquant les paralysies partielles, ou les phénomènes cérébraux qui ont été notés (hémiplegies, monoplegies, etc.) par quelques observateurs.

On comprend d'après ce que nous venons de dire que les plaies du cœur ont une grande gravité. Sur 452 plaies du cœur, Fischer a noté 109 morts immédiates, et 219 morts consécutives dans un temps variant de quelques heures à plusieurs mois.

La mort immédiate est due à l'hémorrhagie et à la compression du cœur par le sang épanché dans le péricarde. Parfois, la plaie et l'hémorrhagie étant insignifiantes, il faut admettre la syncope comme cause de la mort foudroyante.

Si la mort survient seulement au bout de quelques heures, la compression en est la cause la plus fréquente.

La mort tardive dépend tantôt d'une hémorrhagie secondaire par

chute du caillot, tantôt d'une complication inflammatoire, péricardite suppurée, myocardite ou pleuropneumonie.

La guérison (12,5 p. 100) se fait par la cicatrisation de la solution de continuité. Elle est rarement complète : elle peut laisser après elle une symphyse cardiaque, un anévrysme de la paroi, une lésion valvulaire, etc.

Traitement. — La suture immédiate de la plaie cardiaque serait, en théorie, le meilleur mode de traitement, tout au moins pour les sections un peu étendues et non suivies de mort foudroyante. Cette méthode n'a pas encore passé dans la pratique. On se contentera donc de parer à la syncope ou du moins d'empêcher sa prolongation, par la situation horizontale, la flagellation, les injections hypodermiques d'éther, et à l'hémorrhagie, par l'occlusion de la plaie externe, les applications de glace, et le repos absolu.

La digitale à l'intérieur a été préconisée par quelques auteurs.

La conduite à tenir dans le cas de corps étrangers implantés dans le cœur est difficile à préciser. L'extraction de ces corps étrangers est généralement suivie de mort immédiate. Leur abandon est tout aussi dangereux, quoique à moindre degré, car en effet un mouvement violent, des contractions cardiaques énergiques peuvent provoquer leur chute et donner ainsi naissance à une hémorrhagie mortelle.

ARTICLE II. — LÉSIONS NUTRITIVES ET FORMATIVES DU THORAX.

§ 1^{er}. — Inflammations et abcès.

Sous ce titre nous aurons à étudier successivement :

- 1° Les phlegmons et abcès chauds de la paroi thoracique ;
- 2° Les abcès froids de ces mêmes parois ;
- 3° Les collections purulentes du médiastin ;
- 4° Les collections purulentes de la plèvre ;
- 5° Les abcès du poumon.

La description des *abcès chauds et phlegmons des parois antéro-latérales du thorax* est aujourd'hui encore incomplètement faite. Le *phlegmon circonscrit* qui se développe dans la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée ne nous offre rien de spécial.

Le *phlegmon diffus* au contraire, par sa gravité et les difficultés auxquelles son diagnostic peut donner lieu, mérite de nous arrêter un moment.

Le phlegmon diffus est parfois *secondaire* et consécutif à un phlegmon axillaire, ou à l'inflammation de la bourse rétro-mammaire. Ces affections seront étudiées plus loin.

Dans la plupart des cas le phlegmon est primitif. Les causes sont les unes locales, comme les traumatismes, les exercices exagérés, etc., les autres générales et liées à un état constitutionnel profondément altéré, par la fatigue, la misère, les affections antérieures. Le phlegmon peut encore apparaître dans certains états infectieux, comme la pyohémie, l'état puerpéral, la variole, la fièvre typhoïde, etc. Enfin, après Boyer, Wunderlich, Billroth, Bartels, Duplay, ont rattaché certains de ces phlegmons à des inflammations péripleurales encore mal déterminées.

Les phlegmons siègent le plus souvent sur les parois latérales du thorax; ils peuvent s'étendre de la partie inférieure de l'aisselle jusqu'à la crête iliaque, et déborder en avant comme en arrière les limites de la paroi axillaire. Ils occupent surtout les amas cellulaires qui entourent les vaisseaux et les nerfs du grand dentelé.

Ces phlegmons se révèlent tout d'abord par des signes généraux simulant ceux de la fièvre typhoïde, fièvre vive, prostration, troubles gastriques, céphalalgie. A ces symptômes ne tardent pas à se joindre, en même temps, des frissons, un point de côté plus ou moins intense, et de la dyspnée. La confusion avec une pleurésie au début est alors facile; elle a été signalée avec insistance par Chassagnac. Les phénomènes locaux ne tardent pas à dissiper toute erreur; le gonflement, d'abord peu marqué, s'étend rapidement, les parties œdématisées sont envahies par une coloration violacée ou lie de vin. Puis la suppuration s'établit. Le pus est tantôt louable, tantôt ichoreux et fétide, épais et formant une sorte de gelée trouble.

L'issue du pus n'amène pas toujours la rémission de l'état général. Il n'est pas rare de voir survenir comme complication une pleurésie purulente.

En raison de l'extension considérable que peuvent prendre rapidement ces phlegmons, il est indispensable d'intervenir énergiquement, et de bonne heure, de pratiquer des incisions longues et multiples, et de veiller à ce que l'écoulement du pus se fasse facilement.

A côté des abcès chauds et des phlegmons de la paroi thoracique, nous devons parler des *abcès pulsatiles de la région précordiale*. Signalée d'abord par Duncan Reid, et par Vidal (Société anatomique, 1854), cette affection encore peu étudiée a fait l'objet des thèses de Dufau (1880) et de Mallet (1887).

Au point de vue clinique, ces abcès se présentent sous la forme d'une tumeur molle, fluctuante, réductible, augmentant de volume et de tension pendant les efforts, la toux, etc., et présentant comme phénomène caractéristique des mouvements d'expansion propres, et des pulsations isochrones aux battements du cœur. La tumeur siège sur le bord gauche, très rarement (Périer) sur le bord droit du sternum dans l'espace limité en haut par le deuxième et en bas par le sixième espace intercostal, en dehors par le mamelon.

L'examen anatomique a montré que ces abcès offraient constamment la forme d'un bissac, et étaient constitués par deux cavités, l'une antérieure, sous-cutanée, l'autre postérieure comprise dans le médiastin antérieur, en rapport de contiguïté avec le péricarde, et communiquant avec la précédente par un étroit orifice. L'origine primitive de l'abcès est variable: tantôt un abcès superficiel s'est ouvert dans le médiastin. Tantôt une collection purulente profonde, et provenant soit du médiastin, soit de la plèvre, fuse sous la peau.

Sauf dans le dernier cas, où les commémoratifs d'un emphysème peuvent être pris en considération, le diagnostic de ces abcès offre de grandes difficultés; c'est surtout avec un anévrysme que la confusion est possible. Cependant il n'y a jamais de bruit de souffle. Si l'abcès a d'abord été superficiel, l'apparition de battements ne devra pas induire en erreur. L'abcès profond au début peut en imposer davantage. Cependant on n'a jamais vu d'anévrysme cardiaque perforer la paroi thoracique.

Le pronostic et le traitement n'offrent rien de particulier.

§ 2. — Abcès chroniques des parois thoraciques.

Sous ce titre nous ne comprendrons que les abcès de nature tuberculeuse, dus soit à la fonte d'une gomme tuberculeuse du tissu cellulaire (Brissaud, Josias), soit à une lésion osseuse.

Les *gommés tuberculeuses* n'offrent rien de particulier dans la région.

Les *abcès froids d'origine osseuse* proviennent de lésions tuberculeuses du rachis, du sternum, ou des côtes.

Les *abcès rachidiens* (voyez le chapitre consacré à la tuberculose rachidienne) cheminent le long des espaces intercostaux et font saillie à la paroi, non loin du bord du sternum, en général. Quelquefois ils procèdent dans la cavité thoracique.

Les *abcès sternaux* et surtout *costaux* offrent certaines particularités qui nécessitent une description spéciale, ils sont le plus souvent consécutifs à une vraie gomme tuberculeuse, se développant dans la couche sous-périostée. Ces gommés constituent des tumeurs, ou plutôt des empâtements en connexion avec l'os; d'abord dure, la tumeur se ramollit du centre à la périphérie et offre tous les caractères de l'abcès froid.

Les *abcès costaux*, dont les lieux d'élection sont: 1° la partie antéro-supérieure du tronc, au voisinage des articulations costo-sternales; 2° la partie postérieure du tronc au niveau de l'angle de la côte; 3° les parties latérales de la poitrine: siègent tantôt à la face externe des côtes, *abcès sus-costaux*, tantôt à leur face interne, *abcès sous-costaux*. On trouve parfois deux loges, l'une externe, l'autre interne, communiquant à travers un espace intercostal. Le point le plus important à retenir dans l'histoire de ces abcès est l'époque tardive à laquelle l'os

est atteint. La lésion osseuse est toujours d'ailleurs d'une étendue restreinte relativement à celle de l'abcès.

On a signalé la coexistence de pleurésies antérieures (Leplat) et de lésions tuberculeuses pleuro-pulmonaires.

Les *abcès sternaux* de même nature sont plus rares, et siègent le plus souvent sur la face antérieure, non loin d'un des bords.

Tous ces abcès sont caractérisés au début par une douleur sourde et vague, avec des exacerbations plus ou moins prolongées, douleur qui peut en imposer pour une pleurodynie. L'examen de la région fera reconnaître la présence d'un empatement mal limité, adhérent à l'os, et allongé dans sa direction, peu douloureux à la pression. On pourrait à cette période croire à un enchondrome, à un ostéo-sarcome. Mais la fluctuation ne tarde pas à apparaître.

En dehors des symptômes habituels des abcès ossifluents, nous n'avons à citer que l'expansion, l'augmentation de volume de la tumeur pendant l'inspiration, lorsqu'il existe deux poches, l'une externe, l'autre intrathoracique communiquant entre elles.

L'abcès évolue comme tous les abcès froids et s'ouvre à l'extérieur, plus rarement dans les bronches. Il peut laisser après lui une fistule, rebelle à tout traitement comme toute fistule tuberculeuse.

Traitement. — Le traitement est celui des lésions tuberculeuses osseuses ou périostiques : grandes incisions, râclage à la curette, grattage, et même résection des lésions osseuses au besoin. Le traitement général ne devra pas être négligé.

§ 3. — Abcès du médiastin.

Les abcès du médiastin reconnaissent des causes assez variables. Ils peuvent être *traumatiques* et dus à une plaie du médiastin, à l'irruption dans la région de parcelles alimentaires provenant d'une solution de continuité de l'œsophage, ou être causés par la propagation d'un abcès d'une région voisine, abcès du cou, abcès péripharyngien, abcès du poumon, pleurésie purulente. Ils peuvent être consécutifs à une périadénite trachéo-bronchique, ou symptomatiques d'une lésion osseuse du sternum. On les a notés dans certaines maladies infectieuses et surtout dans la pyohémie.

L'abcès du médiastin d'origine traumatique ou dépendant d'une lésion osseuse a un début insidieux : à peine le malade ressent-il une douleur profonde rétrosternale, fixe, lancinante.

Au contraire la médiastinite aiguë spontanée débute par des symptômes généraux intenses, fièvre, frissons, céphalalgie, vertiges, oppression, toux, dyspnée, palpitations.

Quand l'abcès est constitué, la douleur rétrosternale ne manque jamais et s'accompagne de pesanteur épigastrique. La percussion permet

de délimiter le long du sternum une matité plus ou moins étendue.

Au bout de quelque temps, la collection purulente vient apparaître sur un des bords du sternum, en général le gauche, entre les deuxième et troisième cartilages costaux, plus rarement au cou ou à l'épigastre. La perforation du sternum, l'ouverture dans les cavités pleurale ou péricardique sont exceptionnelles.

Le diagnostic au début se pose entre l'abcès du médiastin, un néoplasme de la région, un anévrysme de la crosse aortique. La localisation de la matité ne permet pas la confusion avec la pleurésie purulente.

Quand l'abcès fait saillie le diagnostic est aisé.

Traitement. — La collection purulente, aussitôt reconnue, devra être ouverte au niveau de la saillie, s'il en existe une ; par trépanation du sternum, ou résection de l'appendice xyphoïde si la collection est reconnue, au moment où elle est encore intrathoracique.

§ 4. — Pleurésie purulente ou pyothorax.

Bien qu'il soit indiqué parfois de procéder à l'évacuation du liquide séreux épanché dans la plèvre (hydrothorax ou pleurésie simple), nous ne parlerons pas ici de ces affections qui rentrent absolument dans le cadre de la pathologie médicale. L'évacuation même du liquide épanché que l'on ne saurait pratiquer aujourd'hui autrement qu'au moyen d'une ponction capillaire aspiratrice ne peut guère être considérée comme une opération chirurgicale. On nous permettra seulement de rappeler combien l'antisepsie est nécessaire si l'on veut éviter l'infection de la plèvre et de son contenu, et la transformation de l'épanchement simple en collection purulente.

Nous laisserons de côté également l'étiologie (si complexe, cependant), la séméiologie, le diagnostic et le pronostic du pyothorax (1); en revanche, le *traitement*, essentiellement chirurgical, nous arrêtera quelques instants.

Traitement. — La collection de pus dans la cavité pleurale doit être considérée comme un vaste abcès et traitée en conséquence. Telle était d'ailleurs la règle de conduite des anciens chirurgiens et médecins depuis Hippocrate jusqu'à ce siècle. L'incision large permettant l'évacuation facile du pus était le seul traitement admis.

Plus près de nous cette incision fut abandonnée, à cause des chances de septicémie auxquelles elle exposait l'opéré. D'ailleurs l'invention des aspirateurs Dieulafoy et Potain en permettant l'évacuation du pus et le

(1) Nous laisserons de côté le mot *empyème* qui sert à désigner indifféremment la collection purulente et l'opération de l'ouverture de la plèvre. Pour éviter toute équivoque nous emploierons les mots de pyothorax et de pleurotomie que leur étymologie définit suffisamment.

lavage de la cavité semblaient rendre inutile toute tentative de pleurotomie. On ne tarde pas à s'apercevoir que le traitement par les aspirateurs était insuffisant dans la grande majorité des cas. Le travail de Moutard-Martin (1872), la thèse de Peyrot, celle de Robert, réhabilitent définitivement la pleurotomie, soumise néanmoins à une condition absolue, la nécessité d'une antiseptie rigoureuse.

A. — *Pleurotomie antiseptique. Indications.*

Aussitôt que la présence du pus est constatée dans la plèvre, la pleurotomie est indiquée. Nous ne voyons d'autre contre-indication qu'une granulé assez avancée pour amener la mort du malade aussi rapidement que l'épanchement pleural. Même chez un tuberculeux avancé, on ne reculera pas plus devant la pleurotomie, qu'on ne refuserait au même malade la trachéotomie d'urgence en cas d'œdème de la glotte (Picqué). Le cloisonnement du pus en loges séparées, considéré par Moutard-Martin comme une contre-indication formelle, est regardé aujourd'hui comme justiciable de la pleurotomie.

L'opération doit être pratiquée *le plus tôt possible*. La guérison complète n'est obtenue que si l'accolement des feuilletts pleuraux pariétal et viscéral est possible, si le poumon et la paroi costale peuvent marcher l'un vers l'autre, en d'autres termes, si le poumon est dilatable, et la paroi thoracique dépressible. Or si l'on tarde, le poumon se rétracte, et l'épaississement de la plèvre pariétale enlève à la paroi toute son élasticité.

Nous laisserons de côté le drainage de Chassaignac, et même le siphon de Potain comme ne donnant que des résultats incomplets et surtout une asepsie insuffisante. Peyrot, qui jadis s'était posé en ardent défenseur des lavages intrapleuraux, s'exprime aujourd'hui en ces termes (*Path. chir.*, t. III, p. 328) :

« De même qu'une large ouverture permet seule de vider complètement un vaste abcès, d'évacuer les parties mortifiées, de modifier ses parois, et de les désinfecter au besoin, et de fournir une issue facile et constante aux liquides sécrétés, de même, et pour de semblables raisons, la large incision convient seule contre l'empyème. Après elle la guérison s'obtient naturellement, par l'accolement des parois de l'abcès pleural, plèvre pulmonaire contre plèvre pariétale, de la même façon que dans une collection quelconque : mais nous devons insister ici sur quelques points particuliers à l'abcès pleural. »

« Il y a quelques années encore, l'infection primitive ou secondaire de la plèvre ouverte semblait inévitable. On recommandait les injections antiseptiques renouvelées plusieurs fois par jour. Cette méthode de traitement entre des mains soigneuses procurait, on peut le dire, des succès à peu près constants. »

« L'avènement de la chirurgie antiseptique a quelque peu modifié les choses. Dans bon nombre de cas, au moment où l'on ouvre la plèvre son contenu est en tout semblable à celui d'un abcès chaud ordinaire, il n'est en aucune façon infecté. Si l'opération est pratiquée suivant toutes les règles de la méthode antiseptique, la cavité reste jusqu'à son oblitération complète telle qu'elle était tout d'abord. Pourvu que l'évacuation des liquides soit bien assurée dans un pansement convenable où ils soient à l'abri de toute altération, on arrive à la guérison complète sans avoir à pratiquer un seul lavage. »

Parfois, ajoute Peyrot, le contenu de la plèvre étant déjà altéré soit à la suite de ponctions, soit par le fait d'une communication établie avec les bronches, soit pour toute autre cause, ou la plèvre contenant de nombreux grumeaux épaissis ou des fausses membranes, il est nécessaire de faire un lavage soigneux de la plèvre au moyen d'un liquide antiseptique. Parfois un certain nombre de lavages successifs est nécessaire pour obtenir l'asepsie de la cavité pleurale.

Picqué (*Dict. Dechambre*, art. POITRINE) reproduit les mêmes conclusions en termes analogues. Tout en nous rangeant à l'opinion de ces deux auteurs, nous croyons pouvoir faire observer que la cavité pleurale, dès qu'elle contient du pus, contient des microorganismes pyogènes, et que ceux-ci peuvent déterminer des phénomènes de scepticémie ou même de pyohémie, sans qu'il soit besoin d'avoir recours à une intervention secondaire de ce vibron septique. En réalité, c'est l'état des parois de la cavité qu'il faut avoir en vue. Si le microorganisme pyogène a été introduit secondairement d'une façon ou d'une autre dans un exsudat séreux, qu'il y ait pullulé sans envahir la paroi, et que les éléments anatomiques de cette paroi aient conservé leur force de résistance contre les microorganismes, tout lavage est inutile. Si au contraire les bactéries se sont infiltrées secondairement dans la paroi, ou si la collection est causée par une « pleurite purulente primitive », l'évacuation du pus sera insuffisante, et des lavages successifs et rapprochés avec une solution antiseptique forte seront nécessaires. C'est là une raison de plus, dans la plupart des cas, pour opérer de bonne heure.

Toutes les précautions de l'antiseptie la plus minutieuse étant prises, les instruments et le champ opératoire désinfectés, le malade est assis dans son lit, et l'espace intercostal que l'opération doit intéresser est choisi; le choix n'est pas indifférent. Si la pleurésie est partielle et enkystée, on opérera au niveau de la collection au point supposé le plus déclive. Si la pleurésie est totale, l'incision devra être placée de façon à favoriser l'écoulement des liquides. Dans le décubitus les derniers espaces intercostaux (9^e, 10^e, 11^e) ne sont pas les plus déclives et de plus leur incision risque d'intéresser le diaphragme. Le huitième espace vaut mieux, et même, en soulevant le siège, le sixième offre une déclive.

tivité suffisante. L'incision portée en arrière offre de nombreux inconvénients : danger d'intéresser l'intercostale, épaisseur des couches musculaires. Il vaut mieux la placer latéralement : on en sera quitte pour faire prendre aux malades le décubitus latéral à certains moments.

L'on fera donc, sur le bord supérieur de la côte limitant inférieurement l'espace choisi, une incision de 5 ou 6 centimètres partant de la ligne axillaire, et se dirigeant en arrière. On ira couche par couche jusqu'à la plèvre, qu'on ponctionnera avec prudence : le pus étant évacué, on explorera avec le doigt (surtout à gauche pour éviter de blesser le cœur dévié), et on agrandira l'incision avec un bistouri boutonné.

On introduit alors un drain de 6 à 8 centimètres au plus, après avoir au besoin réséqué un fragment de côte, si l'espace intercostal est trop rétréci par l'imbrication des côtes.

On place alors un pansement aseptique et très absorbant qu'on renouvelle au bout de vingt quatre heures, puis en espaçant de plus en plus les pansements.

Si on juge les lavages nécessaires on comprend facilement, après ce que nous avons dit plus haut, qu'ils doivent être faits avec des solutions actives. Aussi l'acide phénique est-il trop toxique, l'acide borique est trop faible. Les Allemands emploient une solution à 1,5 p. 100 de chlorure de zinc; Peyrot recommande les solutions de chloral, ou d'eau alcoolisée au dixième et iodée, toujours employées tièdes.

La guérison est complète en quelques semaines (8 à 10), pour les cas simples. Trop souvent on voit persister une cavité suppurant plus ou moins longtemps, parfois même d'une façon définitive. Cette dernière occurrence est due soit à la rétraction définitive du poumon, soit à la rigidité de la cage thoracique. Les chirurgiens modernes désespérant de voir le poumon venir à la rencontre de la paroi se sont efforcés de mobiliser celle-ci. Tel est le but de l'opération dite de Létévant-Estlander.

B. — Opération d'Estlander.

Proposée théoriquement par Létévant en 1875, cette opération a été pratiquée pour la première fois dans un but thoracoplastique par Estlander en 1878. Elle consiste dans la résection sous-périostée d'une portion plus ou moins considérable de plusieurs côtes. La paroi étant ainsi désossée perd sa rigidité et se laisse déprimer pour aller à la rencontre du poumon. On arrive aux côtes soit par des incisions séparées parallèles à leur direction, soit en taillant des lambeaux variables. Les côtes dépouillées de leur périoste sont alors réséquées avec des pinces spéciales. Il ne faut pas craindre d'enlever des fragments assez longs (jusqu'à 12 et 14 cent. au besoin), et sur un nombre suffisant de côtes. Les incisions sont ensuite suturées et drainées. La cavité pleurale est également drainée.

Dans cette opération, on le voit, la plèvre est respectée; dans les cas où la paroi reste malgré cela trop rigide, Max Schede a réséqué toute l'épaisseur de celle-ci, sauf le lambeau superficiel qui est ensuite remis en place et suturé.

L'opération d'Estlander est grave. Elle est suivie de mort dans un assez grand nombre de cas (1/4 Cormak). Elle donne à peine un quart de succès complets : dans la moitié des cas, le résultat est nul. En réalité on peut la considérer comme contre-indiquée si la rétraction du poumon est définitive et considérable : la mobilisation de la paroi ne saurait alors être suffisante : si la cavité suppurante est peu étendue, les résultats seront meilleurs; l'opération est surtout indiquée pour les cavités plates plus ou moins larges. Dans les simples trajets, l'ouverture de la plèvre et le grattage des parois constituent le meilleur mode d'intervention.

L'opération de Schede est encore plus grave, et les résultats qu'elle a donnés jusqu'ici sont peu encourageants.

§ 5. — Collections purulentes du poumon. — Lésions chirurgicales du poumon en général.

Les lésions du poumon, justiciables d'une intervention chirurgicale, peuvent être divisées en :

1° *Lésions traumatiques* : plaies du poumon simples; plaies du poumon compliquées de corps étrangers; corps étrangers des voies aériennes. Nous joindrons à cette catégorie la hernie traumatique primitive du poumon;

2° *Lésions organiques aiguës*, suppurées ou gangréneuses;

3° *Lésions tuberculeuses*;

4° *Tumeurs du poumon*. Nous rangeons sous ce chef les kystes hydatiques et les néoplasmes proprement dits.

Nous avons déjà suffisamment parlé des *lésions traumatiques* du poumon : nous n'y reviendrons pas.

LÉSIONS ORGANIQUES AIGUES.

Les *lésions suppuratives* proprement dites du poumon peuvent être divisées en trois groupes suivant qu'elles reconnaissent pour origine une inflammation née sur place, ou propagée d'un organe voisin, ou qu'elles sont la manifestation d'un état infectieux avec tendance suppurative.

Le premier de ces groupes comprend :

1° Des *abcès intraparenchymateux* tels que :

a. Les abcès primitifs idiopathiques dont quelques auteurs admettent la possibilité, et parmi lesquels on peut ranger certaines lésions rares et mal connues comme les abcès péribronchiques de Rillet et Barthez.