

---

**Etude Sur Le Traitement Operatoire Du Pyothorax  
(French Edition)**

**Mayer Léopold**

---

**Title: Etude Sur Le Traitement Operatoire Du Pyothorax (French Edition)**

**Author: Mayer Léopold**

**This is an exact replica of a book. The book reprint was manually improved by a team of professionals, as opposed to automatic/OCR processes used by some companies. However, the book may still have imperfections such as missing pages, poor pictures, errant marks, etc. that were a part of the original text. We appreciate your understanding of the imperfections which can not be improved, and hope you will enjoy reading this book.**



ÉTUDE

SUR LE

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DU PYOTHORAX

PAR

LE D<sup>r</sup> LÉOPOLD MAYER, BRUXELLES

DOCTEUR SPÉCIAL EN SCIENCES MÉDICO-CHIRURGICALES  
DE L'UNIVERSITÉ DE BRUXELLES

Travail couronné par la Société Royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles  
(Prix Sentin, 1907)

---

Extrait des *Annales de la Société Royale*  
*des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.*  
Tome XVII, fasc. 3, 1908.

---

BRUXELLES

IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE CHARLES BULENS

75, rue Terre-Neuve, 75

—  
1908

17

[REDACTED]

47  
08

*Amicus Plato, sed magis amica veritas*

---

## Étude sur le traitement opératoire du Pyothorax

par le

Dr LÉOPOLD MAYER (Bruxelles) (1)

---

### AVANT-PROPOS

La chirurgie pleuro-pulmonaire est certes, à l'heure actuelle, un des domaines les plus étudiés et les plus controversés de la pathologie externe. Dans tous les Congrès, dans toutes les associations scientifiques, dans tous les journaux médicaux, cette question soulève d'ardentes discussions.

En particulier, le traitement de la pleurésie purulente a fait l'objet, dans ces derniers mois, de plusieurs travaux importants, et il ne sera pas sans intérêt, je pense, de les passer en revue.

Le titre même de la question posée par la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles me semble, en effet, définir assez nettement le caractère de cette étude. Je m'efforcerai surtout de résumer les principaux procédés et les appareils actuellement employés en y joignant une critique des différentes méthodes préconisées et en m'appliquant à préciser leurs indi-

---

(1) Travail couronné par la Société royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles. (Prix Seutin, 1907.)

cations respectives. Accessoirement, je relaterai quelques cas de pyothorax que j'ai eu l'occasion de voir, traités par différents procédés, et je montrerai brièvement l'importance de la gymnastique respiratoire dans le traitement consécutif de l'empyème; j'exposerai enfin les conclusions qui me paraissent se dégager de cette étude.

Mon travail comportera donc deux parties :

1<sup>o</sup> Exposé critique des différentes méthodes de traitement du pyothorax et des principaux appareils actuellement usités (dont trois appareils personnels);

2<sup>o</sup> Relation de cas personnels; valeur de la gymnastique respiratoire; conclusions.

---

## PREMIÈRE PARTIE

---

### **Exposé critique des principales méthodes de traitement opératoire du pyothorax**

Disons tout d'abord que le traitement du pyothorax doit toujours être un traitement opératoire; l'expectation, une fois le diagnostic d'empyème posé, ne saurait être tolérée.

A la vérité, on ne saurait nier que de petits épanchements pleuraux purulents peuvent être résorbés spontanément et que des épanchements plus considérables peuvent se créer une voie de sortie dans une bronche et s'éliminer par une vomique. Mais cette éventualité heureuse est trop exceptionnelle pour qu'on soit autorisé à l'escompter. Presque toujours, un empyème abandonné à lui-même tend à se frayer un chemin vers la paroi thoracique (« empyème de nécessité » des anciens) ou bien s'étend au péricarde ou au péritoine, amenant ainsi la mort par péricardite ou péritonite du sujet, déjà miné par la septicémie. D'autres fois encore, la mort survient brusquement par arrosion

de la trachée ou d'un gros vaisseau ou à la suite d'accidents pyohémiques; tout récemment encore j'ai eu à déplorer ainsi la mort brusque d'une malade opérée quatre semaines auparavant d'une appendicite suppurée et chez qui s'était développé insidieusement un foyer peu étendu de pleurésie interlobaire; sans que la malade eût jamais toussé auparavant, l'abcès s'ouvrit subitement dans une grosse bronche et amena la mort par suffocation après quelques quintes de toux violentes.

Je suppose donc qu'en posant la question sous cette forme, la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles aura simplement voulu spécifier qu'elle ne demandait que l'étude de la partie opératoire du traitement de l'empyème à l'exclusion des soins médicaux et hygiéniques adjuvants.

Le traitement opératoire du pyothorax doit poursuivre un double objectif :

1° Evacuer le pus, dans un but mécanique (décompression des viscères intrathoraciques) et biologique (suppression du foyer septique toxi-infectieux);

2° Faire disparaître la cavité pleurale réelle, soit en amenant le poumon au contact du thorax, s'il est dilatable, soit en effondrant plus ou moins le thorax, si le poumon est hors d'état de reprendre son expansion normale. Or, la faculté d'expansion du poumon peut être influencée dans une très large mesure grâce à son élasticité spéciale, et c'est sur cette propriété que repose l'emploi des nouveaux appareils qui, en modifiant la pression atmosphérique sur les deux surfaces du poumon, tendent à activer sa dilatation. Nous y reviendrons plus loin.

En somme, le traitement du pyothorax a pour but final de rétablir la plèvre à l'état de cavité virtuelle, qui est la base du fonctionnement physiologique du système pleuro-pulmonaire ainsi que je me suis efforcé de le démontrer dans un travail antérieur (1) et que l'ont établi les études de Brauer (2) et de Garrè (3).

(1) MAYER : Les bases physiologiques de la chirurgie pleuro-pulmonaire. Thèse, Bruxelles, 1906.

(2) BRAUER : Praxis und Theorie des Ueberdruckverfahrens. *Dtsche mediz. Woch.*, p. 533, et *passim* 5 avril 1906.

(3) GARRÈ et QUINCKE : Grundriss der Lungenchirurgie. Iéna, 1903.

Suivant que l'état du poumon lui permet ou non de venir s'accoler à la paroi thoracique on peut diviser en deux groupes les méthodes préconisées.

Dans un premier groupe se rangent la *ponction aspiratrice* et la *thoracotomie* ; dans un second groupe, tous les procédés de *thoracectomie* dont les indications se restreignent de plus en plus à mesure que les procédés du premier groupe se perfectionnent.

A un point de vue purement opératoire, je proposerais volontiers une classification analogue à celle de Lloyd (1) :

- 1<sup>o</sup> Ponction aspiratrice ;
- 2<sup>o</sup> Thoracotomie avec ou sans résection costale suivie ou non d'aspiration continue ou discontinue ;
- 3<sup>o</sup> Thoracoplastie par simple résection costale ;
- 4<sup>o</sup> Pleurectomie avec ou sans intervention sur la plèvre pulmonaire combinée ou non à la thoracoplastie.

#### I. — PONCTION ASPIRATRICE

Dans ce groupe se rangent la ponction simple, la ponction suivie de drainage et la ponction suivie d'aspiration continue ou discontinue par un tube-siphon.

##### A. — *Ponction aspiratrice simple*

D'innombrables appareils ont été imaginés pour pratiquer la thoracentèse, ou plus exactement, suivant Chalot (2), la pleurocentèse, dans le but d'éviter, au cours de l'opération, la pénétration d'air dans la plèvre. Le trocart à obturateur à ressort de Bouvier, le trocart à soupape de Reybart et de Raciborski étant tombés en désuétude, je ne retiendrai que les appareils de Potain,

(1) LLOYD : The Surgical treatment of empyema. *Annals of Surgery*. Part 171, p. 373, March 1907.

(2) CHALOT : Chirurgie et médecine opératoires. Paris, 1900.



de Dieulafoy et de Spehl dont j'ai fait exécuter un modèle simplifié (fig. 1, 2, 3, 4).

La technique de ces appareils est trop courante pour que je croie devoir la rappeler. Elle est exposée en détail dans tous les traités classiques, notamment dans le traité de technique opératoire de Monod et Van Verts (1). Les accidents d'hémorragie, de pneumothorax accidentel, d'asphyxie, d'embolie, qui peuvent

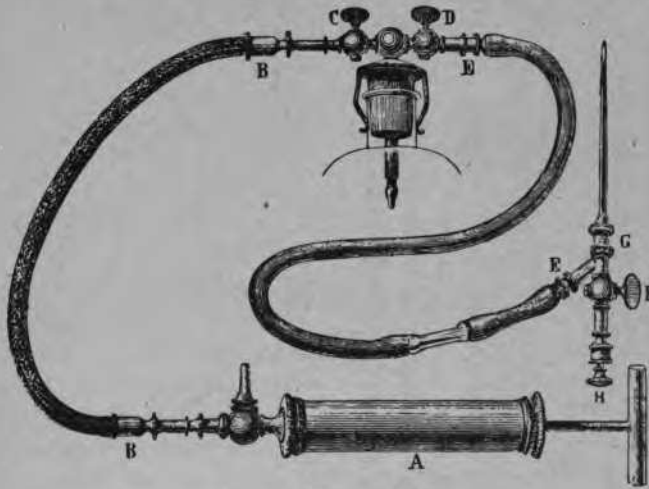


FIG. 1. — Aspirateur de Potain

survenir au cours de la thoracentèse sont aussi trop connus pour que je les rappelle ici. La thèse de Phalip (2) contient à ce sujet des données intéressantes.

Le peu de capacité de l'appareil de Dieulafoy et les erreurs auxquelles prête le maniement des robinets (3) me rendent cet

(1) MONOD et VAN VERTS : Traité de technique opératoire, t. I. Paris, 1907, p. 946

(2) PHALIP : Du pneumothorax accidentel survenant au cours de la thoracentèse. Paris, 1900. Jouve et Boyer.

(3) Tutschek a fait modifier de façon heureuse la disposition des robinets pour éviter ces erreurs ; pour le reste, son aspirateur est identique à celui de Dieulafoy.

instrument peu sympathique et je lui préfère de beaucoup l'appareil de Potain. Toutefois, comme avec celui-ci l'aspiration pourrait être excessive, je crois qu'il est bon de le munir d'un manomètre, ce qui a le double avantage de permettre le contrôle de son étanchéité et de mesurer exactement la force aspiratrice que l'on exerce. L'appareil du professeur Spehl (fig. 3) de même

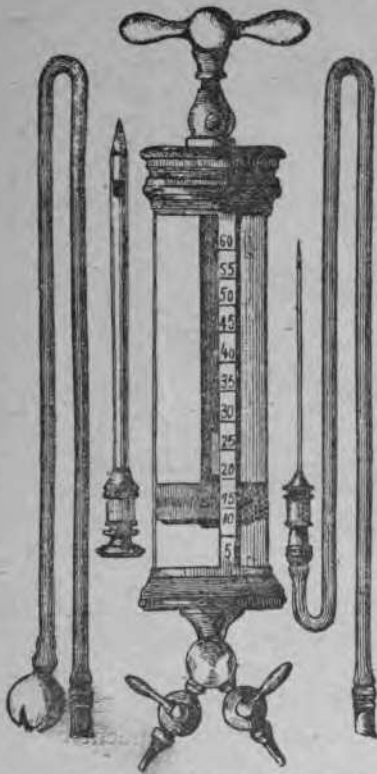


FIG. 2. — Aspirateur de Dieulafoy

que l'aspirateur que j'ai fait construire sur les conseils de mon maître, M. le professeur Depage (fig. 4), réalisent ce desideratum. Voici du reste, d'après l'auteur, les avantages de l'aspirateur de Spehl :

1° Il permet de faire une ponction exploratrice au moyen d'une petite seringue de quelques centimètres cubes de capacité, sans devoir monter préalablement tout l'appareil.

2° Lorsque la ponction exploratrice donne du liquide, l'aiguille ne doit plus être retirée pour achever l'opération, ce qui évite au patient une seconde piqûre et au médecin l'éventualité si fâcheuse et assez fréquente d'une « ponction blanche » survenant même après avoir obtenu du liquide à la ponction exploratrice.

3° La forme en biseau de l'aiguille empêche totalement celle-ci de s'obstruer, comme il

arrive parfois au trocart habituellement employé, et permet à l'ouverture pratiquée dans la paroi thoracique de se refermer immédiatement.

4° Le diamètre intérieur de l'aiguille assure un écoulement plus lent, ce qui est à l'avantage du malade et prévient d'une

manière absolue les accès de toux au cours de l'aspiration

5° L'absence de robinet sur le bouchon fait éviter les accidents, tels que l'introduction d'air, par exemple, provoqués souvent par les erreurs des aides; l'opérateur manipule lui-même l'unique robinet qui commande tout l'appareil et qui se trouve sur la seringue exploratrice.



FIG. 3. — Aspirateur du Dr Spehl

6° Grâce à l'indicateur du vide dont l'appareil est muni :

a) L'opérateur n'est pas exposé à ouvrir le robinet avant que le vide soit obtenu dans le flacon ;

b) L'opérateur règle constamment et exactement la valeur de l'aspiration et ne s'expose pas à exercer sur la plèvre une aspiration de 40 à 50 centimètres de mercure, comme on l'obtient très facilement avec une pompe aspiratrice fonctionnant bien : l'expérience a démontré qu'une aspiration de 10 centimètres cubes est toujours suffisante ;

c) Au cas d'une fuite par fissure ou ligature imparfaite d'un tube en caoutchouc, ou par tout autre motif quelconque, l'opérateur en est averti avant d'ouvrir le robinet ;

d) Enfin, si l'écoulement cesse, l'opérateur sait avec certitude que l'arrêt est dû à une autre cause que l'absence du vide.

Excellent dans un cas de pleurésie séreuse, je pense que l'appareil du docteur Spehl convient moins bien en cas de pleurésie purulente par suite du diamètre intérieur très faible de l'aiguille de la seringue. Aussi, en cas d'empyème, je crois que l'appareil



FIG. 4. — Appareil pour la ponction pleurale employé dans le service du professeur Depage (Appareil de Spehl simplifié)

que j'ai fait construire est d'un emploi plus sûr ; il permet de se servir de trocarts de toutes dimensions et est d'un usage très commode. J'ai eu l'occasion d'y recourir nombre de fois et ai toujours eu à me louer de son emploi.

Quel que soit l'appareil employé, son rôle doit se borner à établir le diagnostic ou à pratiquer une évacuation d'urgence au cas où l'abondance de l'épanchement occasionnerait des troubles mécaniques dans le fonctionnement des organes thoraciques.