

de la région le plus facilement accessible, quitte à la compléter plus tard lorsque l'on s'est rendu compte de l'inutilité de cette première tentative. On pourrait alors enlever une grande étendue du thorax, et faire porter la résection sur l'angle de la côte. Dans un cas, j'ai cru devoir compléter la résection costale par la résection de l'angle inférieur de l'omoplate.

Enfin, il est des cas où la plèvre, dure, épaissie, est un obstacle à la guérison : il y a avantage dans ces conditions à la sectionner dans toute sa hauteur et même à en réséquer une certaine étendue.

M. DELORME (du Val de Grâce).—L'opération Letiéviant-Estlander, après avoir été acceptée avec enthousiasme, tend aujourd'hui à être délaissée, en raison des nombreux succès qui ont été signalés par les auteurs. C'est là cependant une bonne opération, digne d'être conservée, mais qu'il est nécessaire d'améliorer en recherchant les causes des succès et en tâchant d'y remédier.

Or, parmi ces causes d'insuccès, il faut signaler ce fait que la résection costale, telle qu'on la pratique, est mécaniquement insuffisante pour combler la cavité suppurante, non seulement lorsque celle-ci est extrêmement étendue, mais même dans les cas où la cavité est de profondeur moyenne. J'ai pu constater, en effet, que, même en portant la résection à des limites énormes, la paroi thoracique, pour venir prendre la position de la corde de l'arc costal enlevé, n'avait pas besoin de se déprimer de plus de 3 centimètres. Cette expérience démontre qu'une cavité qui dépasse 3 centimètres de profondeur ne pourra être comblée par le seul fait du retrait de la paroi privée de son squelette.

Mais il en serait tout autrement si l'on ajoutait à la résection osseuse la section verticale des parties molles de la paroi dans toute la hauteur de la cavité et que l'on refoule ensuite le lambeau charnu, ainsi obtenu, de façon à l'amener au contact de la paroi opposée. Si la cavité s'étendait au de là des limites de la résection, on pourrait même obliterer les culs-de-sacs latéraux avec la paroi repliée et fixée au besoin dans cette position par du catgut.

Les inconvénients de ce traumatisme, qui peut être très étendu, ne pourraient être mis en parallèle avec les dangers d'une suppuration persistante de la vaste cavité pleurale. L'hémorragie des intercostales est très facile à arrêter ; quant à la paralysie de la paroi, elle est sans importance, puisque dans ces cas le poumon racorni ne reprendra jamais ses fonctions.

(M. Delorme a employé la méthode dans un cas où la cavité suppurante comprenait le cul-de-sac supérieur de la plèvre. La première côte a été respectée, ce qui est très important, et cependant le blessé guéri a pu être présenté au Congrès).