

En dedans des muscles intercostaux existe également une couche abondante de tissu cellulaire, dit *sous-pleural*; on rencontre ensuite la *plèvre*, que nous retrouverons en étudiant la cavité de la poitrine.

Entre les muscles intercostaux cheminent les *vaisseaux* et les *nerfs intercostaux*.

Les *artères intercostales* proviennent de trois sources différentes : de l'aorte, de l'intercostale supérieure, branche de la sous-clavière, et de la mammaire interne, née du même tronc. Les premières sont encore dites *postérieures*, les secondes *supérieures* et les troisièmes *antérieures*.

Les artères *intercostales postérieures* ou aortiques, au nombre de huit ou neuf, naissent de la partie postérieure de l'aorte; celles de droite passent au-devant du corps des vertèbres, en arrière de l'œsophage, du canal thoracique et de la grande veine azygos, pour se rendre à l'espace intercostal correspondant. A droite comme à gauche, elles passent en arrière de la plèvre pariétale et des ganglions nerveux thoraciques. Elles s'infléchissent ensuite de bas en haut pour gagner l'espace intercostal et se divisent en deux branches : l'une antérieure, l'autre postérieure. La première, qui seule doit nous occuper ici, chemine d'abord entre la plèvre pariétale et le muscle intercostal externe; elle s'engage ensuite entre les deux muscles intercostaux et se place dans la gouttière costale, qu'elle suit jusqu'au tiers antérieur de l'espace intercostal. Arrivée là, elle abandonne la gouttière pour occuper la partie moyenne de l'espace et s'anastomoser avec l'intercostale antérieure fournie par la mammaire interne. Dans cette dernière partie de son trajet, elle est réduite à un si petit volume que sa blessure est peu redoutable.

Les artères intercostales fournissent des perforantes qui peuvent acquérir parfois un volume considérable, surtout chez la femme à l'époque de la lactation.

L'artère intercostale est donc protégée dans presque tout son trajet par la côte, et l'on ne conçoit pas bien comment elle pourrait être blessée en ce point: il faudrait pour cela que l'instrument pénétrât obliquement, de façon à raser la face interne des côtes. Il n'en est pas de même en arrière, où l'artère traverse obliquement l'espace de bas en haut. Aussi, ne doit-on jamais pratiquer la thoracentèse, et, à plus forte raison, l'opération de l'empyème, en arrière. On évitera à coup sûr l'hémorragie en choisissant la partie moyenne de l'espace intercostal.

Il convient donc, pour l'empyème, de procéder de la façon suivante : déterminer d'abord l'espace intercostal, ce qui présente parfois une certaine difficulté, car la couche sous-cutanée, souvent épaissie, infiltrée, masque la saillie des côtes; inciser couche par couche cet espace dans une étendue de 3 centimètres environ (quand on n'a ouvert d'autre espace intercostal que celui d'un cadavre, on est surpris de la profondeur à laquelle il faut pénétrer sur le vivant pour rencontrer les côtes); introduire l'indicateur gauche dans la plaie pour sentir le bord des côtes; appliquer le doigt sur le bord supérieur de la côte qui est au-dessous, ponctionner et inciser la plèvre, en rasant ce bord.

Un autre accident possible dans la thoracentèse est la blessure du diaphragme, que l'on pourrait intéresser en pénétrant à travers les deux derniers espaces intercostaux. Il n'y a rien à craindre à cet égard en s'engageant entre la huitième et la neuvième côte, par exemple. D'ailleurs, il n'est pas nécessaire