

Poursuivons le trajet de la plèvre. Celle-ci abandonne donc la paroi costale pour se réfléchir sur la face supérieure du diaphragme, mais elle est loin de recouvrir la surface entière de ce muscle. La partie centrale, celle qui correspond au centre phrénique, adhère intimement au péricarde et est dépourvue de séreuse. Arrivée au niveau du péricarde, la plèvre se réfléchit de bas en haut sur le sac fibreux du cœur et le recouvre de façon à former la plèvre péricardique ou médiastine. Elle fournit un prolongement qui enveloppe le pédicule du poumon et, ensuite, tapisse les gros vaisseaux qui partent du cœur jusqu'au sommet de la cavité thoracique; elle se continue en ce point avec la plèvre costale pour former le *cul-de-sac supérieur de la plèvre*. Ce cul-de-sac déborde en haut la première côte dans une étendue variable, que l'on peut évaluer à un travers de doigt en moyenne. Il répond à la première côte en avant et à l'artère sous-clavière en dehors, en sorte qu'à tous les dangers inhérents à la ligature de ce vaisseau, il faut aussi joindre celui d'ouvrir la poitrine dans le cours de l'opération.

La plèvre pariétale peut donc se subdiviser en trois portions : *portion costale*, *portion diaphragmatique* et *portion médiastine*. Chacune de ces portions présente des caractères qu'il importe de signaler.

La *plèvre costale* est remarquable par son épaisseur et sa faible adhérence aux parties sous-jacentes. Elle est en rapport, d'avant en arrière, avec le sternum, le muscle triangulaire du sternum, les vaisseaux mammaires internes, les cartilages costaux, les muscles intercostaux internes et les côtes. Plus en arrière, au niveau des gouttières vertébrales, elle recouvre les vaisseaux et nerfs intercostaux au moment où ils traversent l'espace intercostal pour gagner le bord inférieur de la côte qui est au-dessus. Sur les côtés de la colonne dorsale, la plèvre répond aux artères intercostales, au grand sympathique, et va former ensuite la plèvre médiastine.

La plèvre costale s'enflamme très souvent; elle s'épaissit sous cette influence et oppose, en général, une grande résistance aux collections purulentes, que celles-ci viennent du dedans ou du dehors.

Au-dessous de la plèvre costale existe une couche lâche et abondante de tissu cellulo-graisseux; la graisse sous-pleurale se présente sous l'aspect de bandes, de flocons ou d'îlots jaunâtres. Entre la plèvre et les muscles intercostaux internes existe une mince couche aponévrotique.

Le tissu cellulaire sous-pleural est également susceptible de s'enflammer et peut devenir le siège d'abcès qu'il importe de différencier d'un empyème (accumulation de pus dans la cavité pleurale); cette inflammation est rarement primitive. Elle peut procéder de dedans en dehors; le plus souvent, alors, elle s'est propagée par voisinage à la suite d'une pleurésie aiguë, plus ordinairement d'une pleurésie tuberculeuse, et a donné naissance à ces *abcès péri-pleurétiques* dont j'ai déjà parlé; très rarement ces abcès proviennent d'une perforation spontanée de la plèvre déjà remplie de pus. Par contre, les abcès de la paroi thoracique, surtout les abcès sous-musculaires et, principalement, ceux qui siègent au-dessous du petit pectoral (Voy. fig. 167, p. 515), peuvent se propager de dehors en dedans, gagner le tissu cellulaire sous-pleural, déterminer une pleurésie qui est généralement purulente d'emblée, et même se vider dans la plèvre. Il est probable que les nombreux vaisseaux et nerfs perforants qui se portent de la couche sous-pleurale aux muscles et à la peau du thorax, en