

telles que l'infection a rarement le temps de se manifester : la péricardite suppurée traumatique n'est point souvent observée.

Traitement. — Le repos absolu des blessés est la première indication. La plaie est traitée par l'occlusion antiseptique. Peut-on faire plus et procéder à une hémostase directe du cœur par la suture ? En 1896, FARINA a tenté cette intervention : elle a été reprise, depuis, avec quelques succès, par REHN, par PARROZANNI, par FONTAN, par LAUNAY ; TERRIER et RAYMOND viennent d'en faire l'objet d'un important rapport, qui réunit 46 interventions pour plaies du cœur, avec 17 guérisons.

CHAPITRE II

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DU THORAX

ARTICLE PREMIER

ABCÈS DES PAROIS THORACIQUES

I. — PHLEGMONS ET ABCÈS AIGUS

En dehors des phlegmons circonscrits, aux caractères banaux, il faut mentionner spécialement certains phlegmons diffus des parois, remarquables par l'étendue de la tuméfaction, capables de s'étendre depuis l'aisselle jusqu'à la base du thorax et jusqu'à la crête iliaque. La suppuration y est rapide, s'accompagnant de phénomènes généraux graves, de troubles dyspnéiques, de symptômes septicémiques. Les incisions, larges et multiples, doivent être précoces.

II. — ABCÈS CHRONIQUES DES PAROIS THORACIQUES ABCÈS FROIDS DU THORAX

On observe, sur les parois du thorax, soit à l'état de collections froides non ouvertes, soit sous l'aspect de fistules succédant à l'ouverture spontanée ou chirurgicale de ces collections, des abcès froids qui ont, par leur fréquence et par les travaux dont ils ont été l'objet, une grande importance clinique.

Anatomie pathologique et étiologie. — Deux points sont acquis maintenant. D'une part, *ces abcès froids sont de nature tuberculeuse*. D'autre part, la lésion tuberculeuse originelle peut avoir plusieurs sièges, qui sont : 1° le tissu cellulaire sous-cutané ; 2° la côte et son périoste ; 3° la plèvre ou le poumon.

1° ABCÈS FROIDS DU TISSU CELLULAIRE ET DES PARTIES MOLLES. — Les abcès de la première catégorie sont d'une grande rareté : ils résultent, selon le processus ordinaire des gommes tuberculeuses, du ramollissement central d'un dépôt tuberculeux sous-cutané. Ces tissus caséifiés et ramollis forment une poche

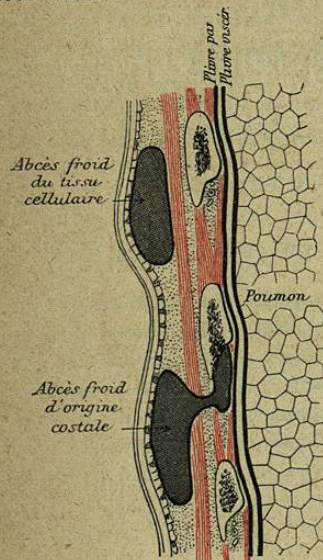


Fig. 106.

Schéma montrant l'origine sous-cutanée ou costale d'un abcès froid du thorax.

fluctuante : la peau s'ulcère, ou bien l'abcès est incisé ; il arrive souvent qu'une fistule persiste. — VERNEUL avait autrefois pensé que ces abcès répondaient à des hygromas tuberculeux développés dans des bourses séreuses qui seraient situées entre les muscles et la paroi : cette hypothèse est abandonnée.

2° ABCÈS FROIDS OSTÉOPATHIQUES D'ORIGINE COSTALE OU STERNALE. — Dans un certain nombre de cas, le point de départ de l'abcès froid est une ostéite tuberculeuse des côtes, ou parfois du sternum. C'est l'ancienne théorie de PARISE et de BONNET.

On a beaucoup discuté sur cette lésion osseuse primitive des côtes. GAUJOT, dans ses

leçons du Val-de-Grâce, avait rendu classique sa théorie, dite de la *périostite externe*, d'après laquelle la lésion siègerait au niveau du périoste, et dans la couche externe seulement de cette membrane : cette opinion se fondait surtout sur ce fait que, explorant avec un stilet les trajets fistuleux, on n'était pas généralement conduit sur un os dénudé ou rendu friable par la carie.

Mais les larges opérations, pratiquées depuis, ont permis d'établir : 1° qu'en pareil cas la dénudation ou la carie siège

souvent à la face interne de la côte ; 2° qu'il ne saurait être question d'une lésion primitivement et exactement limitée au périoste, encore moins à la face externe de cette membrane, et qu'en règle générale l'os tout entier participe au processus pathologique. Donc, à la théorie de la périostite costale, il faut substituer celle de l'ostéite costale, comme lésion tuberculeuse pathogène capable d'engendrer un abcès thoracique ossifluent. — Quelquefois, c'est une ostéite tuberculeuse du sternum qui est le point de départ de la collection ; plus rarement, il s'agit d'abcès migrants venus de la colonne vertébrale et cheminant le long des espaces intercostaux, jusqu'à la paroi.

3° ABCÈS FROIDS CONSÉCUTIFS A UNE LÉSION PLEURALE OU PLEURO-PULMONAIRE. — En 1865, par un mémoire original paru dans les *Archives générales de Médecine*, LEPLAT avait rattaché à

une lésion pleurale ancienne les abcès thoraciques, qu'il appelait abcès circonvoisins de la pleurésie. Cliniquement, cette théorie se fonde sur la fréquence des antécédents pleurétiques chez les malades atteints de ces abcès. Anatomicopathologiquement, elle a été confirmée, pour la majorité des cas, par les recherches récentes, surtout par la thèse de SOULIGOUX.

Une tuberculose pleurale ou pleuro-pulmonaire peut déterminer un abcès froid du thorax par divers procédés : 1° par ouverture au dehors et fistulisation d'une pleurésie purulente enkystée ; 2° par un processus de péri-pleurite, la suppuration évoluant et progressant dans le tissu cellulaire sous-pleural,

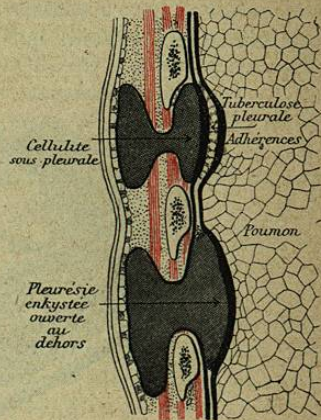


Fig. 107.

Schéma montrant un abcès froid du thorax né d'une cellule sous-pleurale ou d'une pleurésie enkystée.

3° par un processus de lymphangite ou de lympho-adénite tuberculeuse, la lésion bacillaire se propageant de la plèvre viscérale à la plèvre pariétale et à l'espace intercostal par l'intermédiaire des communications normales et pathologiques qui existent entre les lymphatiques de la plèvre et ceux de la paroi.

Le premier type est facile à comprendre : la pleurésie purulente tuberculeuse n'étant qu'un abcès froid, la plèvre parié-

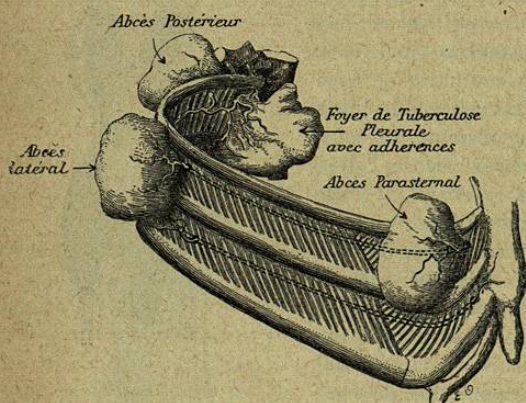


Fig. 108.

Schéma montrant les trois sièges dominant des abcès thoraciques consécutifs à une pleurite tuberculeuse.

tale, qui forme sur un côté la paroi de cet abcès, a été ulcérée par la dégénérescence caséuse; le pus tend à se porter au dehors vers la paroi, de la même façon que, dans d'autres cas, il se fait jour en dedans, vers le poumon, sous forme de vomique. A l'ouverture de l'abcès, ou après l'incision des trajets fistuleux, on se trouve conduit dans une loge de pleurésie cloisonnée.

Le second type est aussi net : la tuberculose pleurale peut évoluer, sous forme de péripleurite, dans le tissu cellulaire sous-pleural, qui est compris entre la plèvre en dedans et l'aponévrose des intercostaux internes en dehors. Cette péri-

pleurite tuberculeuse donne naissance à des poches purulentes sous-costales, parfois volumineuses, qui restent manifestement en dehors de la plèvre.

Enfin, la propagation par les voies lymphatiques explique bien comment une lésion tuberculeuse intrathoracique, pleurale ou pleuro-pulmonaire, peut s'extérioriser et apparaître à la paroi, sous la forme d'une collection purulente éloignée : dans le cas d'inflammation et d'adhérences pleurales, en effet, les lymphatiques de la plèvre prennent un volume anormal; l'infection tuberculeuse est par eux transportée de la plèvre viscérale dans les canaux blancs et dans les ganglions de l'espace intercostal. Or, dans cet espace intercostal, il y a trois points au niveau desquels des vaisseaux perforants constituent des trajets ouverts à l'extérieur; 1° espaces perforés postérieurs, en avant des têtes costales; 2° espaces perforés latéraux, sur la ligne axillaire; 3° espaces perforés antérieurs sur les côtés du sternum (fig. 108). Ces espaces perforés constituent des voies toutes tracées pour le cheminement du pus ou de la néoplasie tuberculeuse, ce qui explique le siège de prédilection de ces abcès dans ces trois points.

Symptômes et diagnostic. — Les abcès tuberculeux du thorax passent, comme ailleurs, par deux périodes : celle de crudité, celle de ramollissement. Dans la première phase, on constate une tumeur siégeant, soit en avant sur le côté du sternum, soit latéralement, soit en arrière près de l'angle costal, allongée dans le sens des côtes auxquelles elle adhère, peu douloureuse à la pression.

Quand la tumeur est ramollie et que l'abcès est constitué, on perçoit une fluctuation plus ou moins nette au centre de la tumeur, dont un rebord induré constitue le pourtour. Parfois, cet abcès est réductible à la pression et se reproduit ou s'accroît en volume et en tension par la toux : il est manifeste alors que l'on se trouve en présence d'une loge intrathoracique communiquant avec la loge extérieure. Dans les cas de collection sous-costale, consécutive à une péri-pleurite la tuméfaction externe est peu manifeste : il y a plutôt une voussure intercostale avec sensation de fluctuation profonde. L'ab-

cès froid évolue lentement : après l'ouverture, soit spontanée, soit chirurgicale mais insuffisante, il persiste une fistule rebelle, parfois à plusieurs orifices, entourée de téguments adhérents et rougeâtres, d'où émerge un bourgeonnement fongueux.

Traitement. — Il faut, par une large incision, aborder les côtes qui limitent l'espace intercostal où s'ouvrent ces fistules, réséquer les côtes dans une étendue suffisante, et suivre les fistules fongueuses jusqu'à la lésion originelle, soit qu'il s'agisse d'un foyer sous-pleural, soit qu'on ait affaire à une suppuration enkystée de la plèvre.

III. — ABCÈS DU MÉDIASTIN

Le tissu cellulaire lâche qui entoure les organes contenus dans le médiastin peut être envahi par des suppurations d'origine diverse : 1° abcès chauds, consécutifs à une infection issue des viscères intra-médiastinaux (ulcérations œsophagiennes avec pénétration de parcelles alimentaires, abcès de la plèvre ou du poumon ouverts dans le médiastin), ou à une suppuration propagée venue d'organes voisins (phlegmon du cou, abcès rétro-œsophagiens) ; 2° abcès froids sous la dépendance d'une ostéite tuberculeuse du sternum.

Les médiastinistes aiguës évoluent avec des phénomènes généraux intenses : température à 39 ou 40° ; dyspnée ; pouls fréquent et petit ; douleur rétro-sternale intense ; oppression ; palpitations ; tendance aux syncopes. Quand les phénomènes septiques n'enlèvent point rapidement le malade, le pus peut évoluer au dehors soit à travers un espace intercostal (généralement le deuxième espace gauche), soit vers la fourchette sternale, soit vers l'appendice xiphoïde.

Le diagnostic est souvent masqué par les phénomènes généraux ; il ne devient évident que quand l'abcès apparaît à l'extérieur.

Donner issue au pus, telle est évidemment l'indication. Dans la médiastinite antérieure, la trépanation du sternum peut conduire à la collection purulente. Les suppurations du médiastin postérieur peuvent être abordées, comme l'ont réglé

NASILOF, QUÉNU et HARTMANN, par une résection costale, sur le côté gauche.

ARTICLE II

PLEURÉSIES PURULENTES

1° PLEUROTOMIE DANS L'EMPYÈME

Dès qu'il y a du pus dans une plèvre, il faut, par la *pleurotomie*, l'évacuer. La méthode des ponctions n'est suffisante que dans les pleurésies purulentes métapneumoniques, et dans un certain nombre de pleurésies tuberculeuses. La pleurotomie doit être : 1° précoce ; 2° aseptique. L'espace intercostal de choix, pour l'incision, est le huitième ou le neuvième, sur le trajet, ou un peu en arrière de la ligne axillaire. Le bistouri incise la peau sur une longueur de 7 à 8 centimètres, et les muscles intercostaux, sur le bord supérieur de la côte inférieure. La plèvre est largement ouverte et drainée avec deux tubes, en canon de fusil, fixés par deux épingles anglaises. Sauf indications fournies par la fétidité de la suppuration ou par la fièvre septique, on doit s'abstenir de lavages ; ces derniers ont en effet le tort de gêner l'adhésion progressive des deux feuillets séreux, adhésion qui, partant de l'*angle de cicatrisation*, soude de proche en proche les deux lames de la plèvre et efface progressivement la cavité de l'empyème.

2° THORACOPLASTIE

Il arrive, dans les vieux empyèmes fistulisés, qu'une suppuration intarissable s'établisse : le poumon enveloppé de néomembranes scléreuses a perdu toute faculté d'expansion ; il est désormais hors d'état de se porter au contact de la paroi thoracique et la suppuration persiste, à cause de la permanence de cette cavité. De là, cette proposition thérapeutique réalisée par LÉTEVANT et ESTLANDER : « puisque le poumon ne

peut pas aller à la paroi, il faut que la paroi aille aux poumons. » Dans ce but, il est nécessaire de mobiliser cette paroi en la désossant, par la résection d'un certain nombre de côtes : c'est l'opération de LETIÉVANT et ESTLANDER.

Cette intervention comprend les temps suivants : 1° taille d'un lambeau musculo-cutané découvrant la paroi ; 2° résections

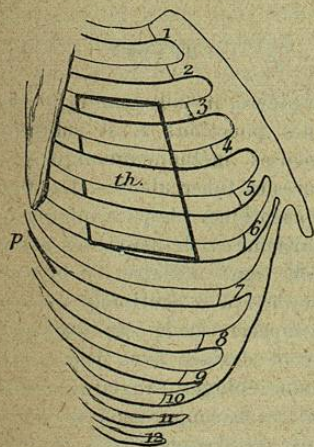


Fig. 109.

Incision de choix pour la pleurotomie P ou pour la thoracotomie à volet de Delorme à charnière postérieure.

costales ; 3° dans quelques cas, interventions modificatrices sur la plèvre. — Le lambeau est taillé en V, en L renversée, en T, en H. — La résection des côtes doit être large et subordonnée à l'étendue de la cavité purulente. En dehors des deux premières et des deux dernières côtes, auxquelles on ne touche guère, on excise des segments osseux très longs, afin d'obtenir le retrait maximum du thorax. QUÉNU, au lieu d'exciser les côtes dans toute leur longueur, mobilise un panneau par deux séries de courtes résections, étagées en avant et en arrière, selon deux lignes verticales. BOIFFIN fait porter l'aplatissement du thorax surtout au niveau de la gouttière costo-vertébrale en réséquant le segment postérieur des côtes. DELAGÉNIÈRE le fait porter surtout sur le cul-de-sac costo-diaphragmatique en réséquant les sixième, septième, huitième et neuvième côtes. DELORME a proposé, sous le nom de décortication, une intervention qui consiste à libérer le poumon des néo-membranes qui l'enveloppent, de façon à lui rendre son expansion physiologique : la réalisation n'en est point aisée et les résultats en sont discutables.

En dehors des deux premières et des deux dernières côtes, auxquelles on ne touche guère, on excise des segments osseux très longs, afin d'obtenir le retrait maximum du thorax. QUÉNU, au lieu d'exciser les côtes dans toute leur longueur, mobilise un panneau par deux séries de courtes résections, étagées en avant et en arrière, selon deux lignes verticales.

BOIFFIN fait porter l'aplatissement du thorax surtout au niveau de la gouttière costo-vertébrale en réséquant le segment postérieur des côtes. DELAGÉNIÈRE le fait porter surtout sur le cul-de-sac costo-diaphragmatique en réséquant les sixième, septième, huitième et neuvième côtes. DELORME a proposé, sous le nom de décortication, une intervention qui consiste à libérer le poumon des néo-membranes qui l'enveloppent, de façon à lui rendre son expansion physiologique : la réalisation n'en est point aisée et les résultats en sont discutables.

CHAPITRE III

AFFECTIONS DE LA MAMELLE

ARTICLE PREMIER

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES

INFLAMMATIONS AIGUES DE LA MAMELLE

Depuis VELPEAU, on distingue : les *mastites*, c'est-à-dire les inflammations développées dans le parenchyme de la mamelle ; 2° les *paramastites*, qui ont pour siège le tissu cellulaire extérieur à la glande.

I. — PARAMASTITES

1° PHLEGMONS SUPERFICIELS

Ces inflammations pérिमammaires occupent : soit la peau et le tissu cellulaire sous-cutané (phlegmons superficiels, *supramastites*) soit le tissu cellulaire et la bourse séreuse de CHASSAIGNAC, qui séparent en arrière la mamelle de la paroi thoracique (phlegmon rétro-mammaire, phlegmon profond, *inframastite*).

Au niveau du mamelon et de l'aréole, on observe deux types d'inflammation superficielle : des *lymphangites aréolaires*, qui prennent naissance chez les nourrices au niveau de fissures infectées ; des *abcès tubéreux*, comparables à ceux de l'aisselle ou de la marge de l'anus, qui se forment soit dans les glandes sébacées de la région, soit dans les glandules mammaires accessoires ouvertes à l'aréole. Consécutivement à une lymphangite, prennent parfois naissance des abcès circon-