

rhagie externe considérable, des signes de compression cardiaque graves résultant d'une distension marquée du péricarde. Delorme et Mignon (*Rev. de chirurgie*, 1898) et aussi Durand (de Lyon) (*Rev. de chirurgie*, 1896) ont précisé les règles de la résection thoracique destinée à découvrir le péricarde et le cœur. Enfin tout récemment, Terrier et Reymond ont réuni dans une étude d'ensemble très intéressante tout ce que nous savons à l'heure actuelle de la chirurgie du cœur et du péricarde.

Les auteurs se refusent à donner un conseil pour le cas de corps étrangers. Il est certain que leur extraction a été quelquefois suivie d'une mort subite. D'autre part, des malades ont survécu avec des corps étrangers que l'on n'a pas retirés et qui peu à peu ont pénétré davantage dans la poitrine et ont fini par y disparaître complètement. Il n'en est pas moins certain que dans le plus grand nombre des cas l'abandon des corps étrangers offre presque autant de danger que leur extraction. Cette dernière serait de règle, si l'on pouvait tenter avec quelque chance de succès la suture de Block; il semble malheureusement, nous le répétons, que ce mode de traitement soit à peu près chimérique.

DEUXIÈME PARTIE

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET ORGANIQUES DE LA POITRINE

CHAPITRE PREMIER

INFLAMMATIONS ET ABCÈS

Nous décrirons sous quatre titres distincts les inflammations thoraciques qui relèvent de la pathologie externe;

- 1° Phlegmons diffus des parois thoraciques;
- 2° Abscess froids des parois thoraciques;
- 3° Abscess du médiastin;
- 4° Abscess de la plèvre ou pleurésie purulente.

§ 1. — *Phlegmons diffus des parois thoraciques.*

Les phlegmons ou abscess circonscrits des parties molles des parois thoraciques n'ayant rien de spécial à la région, le phlegmon diffus méritait seul d'attirer notre attention. Il a été étudié dans trois thèses récentes de la Faculté de médecine de Paris, celles de MM. Demartial Serez, Pénot.

Comme partout, l'étiologie comporte deux termes : d'une part un agent infectieux dont il faut chercher le mode d'introduction, et d'autre part une prédisposition qui prépare le terrain dans lequel évoluera d'une façon désastreuse cet agent infectieux. Les causes prédisposantes n'ont ici rien de spécial. On invoque toujours la misère, les mauvaises conditions hygiéniques, la fatigue excessive. Tout cela peut faire absolument défaut.

Le point de départ de l'infection, quoi qu'en dise Pénot, est ordinairement l'aisselle. Un agent très virulent traverse les ganglions et le tissu cellulaire de l'aisselle avant qu'ils aient le temps de se mettre en état de défense et se diffuse au loin dans le tissu cellulaire du thorax.

Sous cette influence se produit une tuméfaction latérale, empiètement diffus plutôt que véritable phlegmon, qui peut gagner la base du thorax, envahir les parois de l'abdomen, et arriver même jusqu'à la crête iliaque. On observe naturellement tous les signes généraux des infections graves : fièvre intense, état adynamique plus ou moins marqué, frissons, nausées, etc. Le diagnostic a pu être méconnu au début, par défaut d'examen du thorax. On s'est cru en face d'une fièvre typhoïde jusqu'au moment où la lésion locale a été reconnue.

Le phlegmon diffus du thorax se termine comme celui des autres régions par la mortification et l'élimination des parties atteintes. Des portions de muscles sont parfois mortifiées et entraînées avec le tissu cellulaire. Par voisinage, la plèvre est quelquefois touchée; des infections secondaires peuvent se produire du côté des viscères : broncho-pneumonie, péricardite, néphrite, abscess articulaires, etc. L'érysipèle peut continuer le phlegmon diffus et se propager au loin. Aussi cette affection entraîne-t-elle souvent la mort. Sur 10 malades de Pénot, 7 auraient succombé. Il est probable qu'un traitement mieux dirigé en eût sauvé plusieurs. Le traitement doit avoir pour objet la désinfection des parties envahies par l'agent morbide, la

destruction de cet agent, la mise en défense du tissu cellulaire encore vivant. A ces indications correspondent les grandes incisions commençant dans l'aisselle et allant jusqu'à la base de la poitrine, les applications antiseptiques et au besoin la cautérisation au fer rouge. On relèvera les forces; on donnera au malade du vin et du lait. Ce dernier aura l'avantage de favoriser avec la fonction urinaire l'élimination des poisons absorbés par l'économie.

§ 2. — *Phlegmon sous-pleural ou péri-pleurite.*

Décrite par Boyer, par Wunderlich et par Billroth, l'inflammation du tissu cellulaire sous-pleural est très rare. Ses causes sont peu connues. Elle s'accuse par des symptômes généraux graves, et peut se compliquer de pyohémie. On la distinguera de la pleurésie purulente par l'apparition rapide d'une voussure étendue à deux ou trois espaces intercostaux et un élargissement de ces derniers au point que la fluctuation a pu être sentie à leur niveau, symptômes beaucoup plus tardifs dans la pleurésie purulente. Ces abcès s'ouvrent généralement à l'extérieur. Ils devront être évacués par une incision large avec résection costale.

§ 3. — *Abcès froids des parois thoraciques.*

On peut trouver au niveau de la paroi thoracique des collections froides ou tuberculeuses développées d'une façon différente. Nous signalerons seulement : 1° des petites gommés sous-cutanées ramollies, elles peuvent se rencontrer là comme partout ailleurs; 2° des abcès par congestion venus de la colonne vertébrale et qui, cheminant le long d'un espace intercostal, viennent se révéler plus ou moins loin de leur point de départ par une saillie fluctuante; 3° des abcès développés au niveau d'une caverne pulmonaire et le plus souvent en communication avec elle.

Les abcès froids communs du thorax, ceux qui méritent une description détaillée, sont liés à des altérations costales. C'est à ceux-ci que nous allons nous borner.

Historique. — Jusqu'à une époque récente on attribuait les abcès froids du thorax à des lésions vulgaires des côtes : ostéite, carie, nécrose, et l'on faisait jouer dans leur étiologie un rôle prépondérant à

des causes mécaniques; frottements et pressions exercés sur le thorax par les courroies de l'équipement chez les jeunes soldats (Larrey, Sédillot), secousses et tiraillement musculaires par la toux (Ménière).

A cette étiologie toute mécanique, Leplat, en 1865, tenta de substituer cette opinion plus clinique assurément et plus voisine de la vérité que les abcès froids thoraciques étaient une variété d'abcès circonvoisins provoqués par une pleurésie actuelle ou antérieure. Pour lui, les altérations costales manquaient souvent ou n'étaient que secondaires.

Gaujot, en 1866, dans des leçons professées au Val-de-Grâce et rapportées par ses élèves Choné (1875), Bousquet, Charvot, Legrand, rattacha les abcès en apparence idiopathiques du thorax à une altération du périoste qu'il décrivit sous le nom de périostite externe. Le professeur Duplay, dans une étude très approfondie publiée dans le *Progrès médical* de 1876, s'attacha à décrire tous les caractères cliniques de cette périostite externe chronique; il ne manquait à cette étude qu'une détermination plus approfondie de sa nature intime. — Cette démonstration de la nature tuberculeuse de l'affection nous a encore été fournie par l'école du Val-de-Grâce: Kiener et Poulet, *Archives de physiologie*, 1885; Charvot, *Revue de chirurgie*, 1885.

Malgré le succès qu'a obtenu cette théorie de la périostite externe, il nous paraît bien difficile de l'accepter comme exacte. Il est infiniment probable que la lésion tuberculeuse commence par les couches superficielles de l'os et qu'elle se propage de là au périoste. La lésion osseuse peut rester cachée; elle peut ne se manifester que par une dénudation très peu étendue qu'un examen un peu superficiel, comme on les fait souvent sur le vivant au cours d'une opération, ne découvrira pas, mais en somme, dans les abcès froids dont nous parlons, tous les degrés se rencontrent, depuis une lésion osseuse imperceptible jusqu'à une dénudation étendue, et il n'y a vraiment pas lieu de maintenir une distinction entre les collections nées de la périostite et celles qui découlent de l'ostéite. Mais ce qui paraît assez fréquent, — et cette opinion a été défendue avec succès par Souligoux, — c'est de voir des abcès, sans lésion costale, reconnaître pour cause première une lésion tuberculeuse de la plèvre.

Étiologie. — Nous ne saurions partager l'opinion qui fait de l'abcès froid l'apanage de la jeunesse. On l'observe à tous les âges

et même passé cinquante ans. Les causes occasionnelles sur lesquelles on insistait tant jadis ont très peu d'importance.

L'étiologie véritable est celle de la tuberculose en général. Il faut y ajouter évidemment l'influence directe de cette lésion locale incriminée d'abord par Leplat, la pleurésie. La pleurésie séreuse est presque toujours fonction de tuberculose comme le soutient Landouzy. On peut donc admettre qu'à côté de la pleurésie, accident tuberculeux, l'abcès froid, autre accident tuberculeux, se développe isolément. Mais il est bien rationnel de penser que la pleurite tuberculeuse peut se propager par la voie lymphatique aux tissus voisins et en particulier aux arcs costaux. En définitive, il y aurait deux variétés d'abcès tuberculeux de la paroi : des abcès primitivement osseux, et des abcès d'origine pleurale, véritables gommés tuberculeuses sous-pleurales sans lésion osseuse ou à lésion osseuse secondaire (Souligoux).

Anatomie pathologique. — Avant d'arriver à l'état d'abcès, ces tumeurs passent par une période d'induration, ce sont de véritables gommés tuberculeuses. — L'os est épaissi, vascularisé; le périoste présente le même aspect et s'infiltré de dépôts caséux.

Dans le tissu cellulaire voisin, de nouvelles masses tuberculeuses s'ajoutent aux premières. Bientôt survient le ramollissement, qui donne finalement naissance à l'abcès froid périostique du thorax.

Les dépôts tuberculeux et les abcès peuvent siéger à la face externe des côtes, *abcès sus-costaux*, à leur face interne, *abcès sous-costaux*, ou bien encore présenter *deux loges*, *une sus-costale*, *l'autre sous-costale*, communiquant à travers un espace intercostal. Ces communications, qui se font au moyen de traînées tuberculeuses disposées le long des vaisseaux perforants, sont quelquefois fort étroites, difficiles à découvrir. On peut aisément les méconnaître.

Les *abcès péri-sternaux* de même nature sont plus rares; ils siègent surtout près du bord externe du sternum, sur une face ou sur l'autre.

La *cavité* est irrégulière, anfractueuse, à parois plus ou moins épaisses, formées en partie par le périoste épaissi, fongueux, en partie par le tissu cellulaire voisin condensé et infiltré de tubercules. — Le *pus* qu'elle renferme est rarement louable et abondant; on le trouve le plus souvent séreux, grumeleux, de couleur sale et brunâtre, en un mot avec tous les caractères du pus des productions tuberculeuses.

Symptômes et diagnostic. — La première période clinique de l'abcès froid est donc au thorax, comme partout ailleurs, une période de *tumeur*. — Cette tumeur peut se montrer en un point quelconque du thorax, mais on l'observe surtout latéralement, en avant et en arrière, près de l'angle de la côte. — Cette tumeur est allongée dans le sens des os; elle leur adhère intimement, assez profonde, plus molle à son centre qu'à sa périphérie, peu douloureuse à la pression et spontanément : elle ne s'accompagne pas en général de coloration de la peau qui la recouvre. Toutefois, à certains moments, on peut observer des poussées plus rapides avec douleur, et même un peu de rougeur du tégument. L'existence de cette tumeur permettra d'écarter immédiatement la pleuro-dynie, à laquelle des douleurs plus ou moins vives pourraient faire penser. Sa consistance éveille parfois l'idée d'une production solide enchondrome, ostéo-sarcome : mais il est rare, dès qu'elle est un peu volumineuse, qu'on ne la trouve pas ramollie, obscurément fluctuante.

Dès que le ramollissement s'est produit, l'abcès est constitué; c'est la seconde phase de l'abcès froid, la plus fréquemment observée. — On perçoit alors plus ou moins distinctement la fluctuation au centre de la tumeur, dont un rebord induré indique le contour. — La collection purulente fait sous la peau une saillie variable dans sa forme et ses dimensions, toujours fixe et allongée suivant la direction des côtes. Quelquefois cette saillie est à peine marquée à l'état normal, mais s'accroît dans les fortes expirations; la tumeur devient alors à la fois plus volumineuse et plus tendue; il est vraisemblable que l'on est, dans ce cas, en présence d'une loge intra-thoracique communiquant avec la loge extérieure. En l'absence de toute tumeur, l'étendue de la matité, la saillie d'un espace intercostal, enfin l'évolution ultérieure, permettront parfois de reconnaître un abcès sous-costal; on conçoit aisément toutes les difficultés de ce diagnostic avec une pleurésie enkystée; l'épaississement d'une côte par gonflement de son périoste serait dans ce cas un indice précieux qui guiderait le chirurgien dans l'exploration méthodique et attentive des espaces intercostaux.

L'abcès constitué évolue lentement comme tous les abcès froids et vient s'ouvrir, soit à la peau, ce qui est le cas le plus fréquent, soit dans les bronches en cas d'abcès intra-thoracique. D'autres fois, le

chirurgien l'incise; il s'écoule une quantité variable de pus séreux; si un traitement rationnel n'intervient pas à ce moment, la cicatrice se fait mal, l'ouverture reste fistuleuse, et l'on finit par découvrir des lésions osseuses plus ou moins étendues.

Pronostic. — Les abcès chroniques, étant des tubercules locaux, comportent un pronostic sérieux.

Traitement. — Ils sont en même temps l'indication d'un traitement énergique : traitement général, tonique, reconstituant; traitement local : injections d'éther iodoformé ou de préparations naphtholées, grandes incisions, raclage à la curette du foyer tuberculeux, au besoin grattage et même résection des lésions osseuses.

§ 3. — *Abcès du médiastin.*

Le tissu cellulaire lâche du médiastin peut être le siège d'inflammations dans des conditions fort diverses : 1° *abcès dits idiopathiques* consécutifs à des périadénites ou survenant à la suite de traumatismes, de contusion et de fractures du sternum, de plaies compliquées de la présence du corps étranger, d'ulcérations œsophagiennes avec pénétration de parcelles alimentaires introduites par l'œsophage, etc. 2° *abcès propagés* : phlegmons du cou, abcès rétropharyngiens, ouvertures de pleurésies purulentes et d'abcès du poumon; 3° *abcès symptomatiques* : ostéite, nécrose, carie du sternum; 4° *abcès métastatiques* : Daudé (de Montpellier) en a rapporté plusieurs observations en 1871.

Symptômes. — La médiastinite aiguë spontanée, dit Duplay, débute par des symptômes généraux intenses : fièvre, frissons, céphalalgie, vertiges, oppression, toux, gêne de la respiration, palpitations. — L'abcès du médiastin consécutif à un traumatisme débute plus insidieusement; douleur profonde, fixe, lancinante, rétrosternale, s'exagérant par la pression et les mouvements; dans le cas d'abcès secondaire ou symptomatique, le début est plus insidieux encore, l'affection plus indolente.

Lorsque l'abcès est constitué, la douleur rétrosternale manque rarement, elle s'accompagne d'une pesanteur épigastrique; lorsque le malade est debout, les troubles respiratoires sont plus marqués; il se produit quelquefois de la cyanose par gêne de la circulation cardiaque.

La collection purulente peut venir apparaître au cou, à l'épigastre, plus souvent sur les bords du sternum et particulièrement le long du bord gauche entre les 2^e et 5^e cartilages costaux. La perforation spontanée du sternum a été notée, mais elle est très rare. Rare aussi heureusement l'ouverture dans la cavité pleurale ou péricardique.

Pendant que la collection est intra-thoracique, le **diagnostic** se pose, pour les cas insidieux, entre elle et un anévrysme de l'aorte ou un néoplasme du médiastin.

Lorsque le pus a traversé la paroi thoracique, l'existence d'une tumeur fluctuante, partiellement réductible, augmentant par la toux, ne laisse pas beaucoup de place à l'incertitude. La percussion, qui permet de limiter la matité à la région sternale, fournit le moyen d'éliminer les pleurésies.

L'ouverture cutanée étant longue à se faire, il en résulte que la collection purulente est considérable, qu'elle peut baigner toute la face interne du sternum et produire les plus graves désordres.

On y obviara en imitant, aussitôt que l'affection aura été reconnue, la conduite de Galien, à qui on doit la première observation d'abcès du médiastin avec trépanation du sternum. Les abcès profondément situés pourraient être découverts et évacués par la voie circo-vertébrale préconisée par Ziembicki, Nasiloff, MM. Quénu et Hartmann. Ces derniers recommandent de pratiquer la résection de l'extrémité postérieure de trois côtes, pour permettre à la main de pénétrer dans le médiastin postérieur, après décollement de la plèvre pariétale.

§ 4. — *Abcès de la plèvre, ou pleurésie purulente.*

Nous ne nous arrêterons pas à décrire ici l'étiologie de cette affection; rappelons seulement qu'il n'y a pas une pleurésie purulente, mais des épanchements purulents absolument différents les uns des autres par leur origine et par leur nature.

La plèvre peut être infectée primitivement ou secondairement par des agents pyogènes divers. Les plus communs sont le pneumocoque et le streptocoque; mais on en a rencontré beaucoup d'autres : staphylocoque blanc ou doré, bacille encapsulé de Friedländer, bacille d'Eberth, bactéries de la putréfaction, etc. Dans les pleurésies tuber-