

multiloculaire, on est parfois obligé de multiplier les ouvertures au thorax pour obtenir l'évacuation de tout le liquide intrapleurale.

DE LA PONCTION DU PÉRICARDE.

La ponction du péricarde a été conseillée pour les cas où ce sac est le siège d'une hydropisie chronique. Quelques chirurgiens, à l'instar de Richerand, ont même proposé de porter dans le péricarde des injections irritantes, notamment de teinture d'iode.

On arrive dans le péricarde à travers le *sternum* ou à travers un *espace intercostal*. Dans le premier cas (procédé de Skielderup), on applique une couronne de trépan sur le sternum, au-dessous du point de jonction du sternum avec le cartilage de la cinquième côte. Dans le second, on peut, comme l'a proposé Sénac, enfoncer un *trocart* dans le *cinquième espace intercostal*, un peu à gauche du sternum; ou bien, comme l'a fait Desault pour un kyste adossé au péricarde et qu'il avait considéré comme une hydropéricarde, faire une ponction avec un *bistouri* à travers le *sixième espace intercostal*, vis à vis la pointe du cœur; ou bien encore, comme l'a conseillé D.-J. Larrey, faire une incision entre le bord gauche de l'appendice xiphoïde et le cartilage de la septième côte.

CHAPITRE II.

ABCÈS DU THORAX.

Les uns se développent dans l'épaisseur des parois du thorax; les autres prennent leur point de départ dans l'intérieur de cette cavité.

1° ABCÈS DES PAROIS DU THORAX.

Il en est de phlegmoneux, de froids, ces derniers idiopathiques ou symptomatiques.

(a) Les abcès *phlegmoneux* sous-cutanés n'offrent rien de particulier à noter dans cette région.

(b) Le *phlegmon diffus* occupe principalement les parties latérales de la poitrine; les limites du mal sont: en haut, le creux de l'aisselle; en bas, la base de la poitrine; en avant, les articulations chondro-sternales. L'affection est caractérisée, au début, par des frissons, une douleur vive sur le côté, augmentant par la pression sur les parties malades; une fièvre plus ou moins intense et parfois une gêne très-forte de la respiration, ce qui tient à ce que les parois thoraciques ont de la difficulté à se mouvoir; le patient est obligé de rester couché sur le dos. Il résulte de cet ensemble de symptômes que l'on peut croire à une pleurésie. Toutefois, il se mani-

festes bientôt une rougeur des téguments, un engorgement des tissus profonds, une induration avec épaissement du tissu cellulaire sous-cutané qui dissipent toute incertitude. Le traitement est conforme aux données exposées t. I, p. 215.

(c) Les abcès *froids idiopathiques* sont rares.

(d) Les abcès *froids symptomatiques* proviennent d'une lésion osseuse, côtes, sternum, colonne vertébrale (t. I, p. 108). Lorsque le pus se forme primitivement dans la couche sous-cutanée, la collection ne tarde pas à soulever la peau; le foyer est-il au contraire situé sous l'un des muscles larges du thorax, que le pus provienne de l'aisselle, du cou, ou de la région même où il se montre en premier lieu, le liquide fuse dans le tissu cellulaire unissant les plans musculaires, décolle ceux-ci et finit par arriver sur la face externe des muscles intercostaux et des côtes. Quelques auteurs avancent que le contact prolongé du pus avec le périoste finit par enflammer celui-ci et détermine une altération secondaire du squelette. Cette assertion n'est pas démontrée. Alors même que le pus arrive au contact de la plèvre, cette membrane est rarement perforée, parce que sous l'influence du travail inflammatoire elle s'épaissit.

1° Les abcès *froids* symptomatiques d'une *carie costale* ont le plus souvent leur siège au-devant de la face externe de la côte et du double plan des muscles intercostaux. Dans ce cas, le pus se comporte comme nous l'avons dit précédemment. Dans d'autres cas, le pus s'accumule entre les deux plans de muscles intercostaux; puis le liquide fuse en avant jusqu'à ce que, à défaut des intercostaux externes, il vienne soulever la peau de la région. Bien plus rarement, le pus s'accumule dans le tissu cellulaire qui sépare la face postérieure des côtés de la plèvre. Alors cette membrane est décollée dans une étendue plus ou moins considérable, en même temps qu'elle est épaissie par le travail inflammatoire, ce qui s'oppose à la perforation de la séreuse et à l'épanchement du pus dans l'intérieur de la poitrine; accident très-rare et qui serait suivi d'une pleurésie aiguë. Lorsque la collection est vaste, le sac purulent peut, en s'enfonçant dans le thorax, comprimer le poumon. Dans le plus grand nombre des cas, le pus s'insinue entre les deux plans des muscles intercostaux, pour former une collection sous-cutanée. Toutes les fois qu'il existe une poche proéminente dans la poitrine, et que le foyer est ouvert à l'extérieur, l'air tend à s'insinuer dans le sac purulent pendant les mouvements inspiratoires, d'où résulte la décomposition du pus et consécutivement des phénomènes d'infection putride.

Les indications à remplir dans les abcès froids symptomatiques d'une carie costale sont d'évacuer le pus et de détruire l'altération osseuse. Pour les abcès extérieurs aux arcs osseux, une simple incision, proportionnée d'étendue au volume de la collection, suffit. Dans les abcès qui proéminent vers la cavité thoracique, on prévient la stagnation du pus et l'altération de ce liquide par des injections journalières, et on fera une contre-ouverture si le fond du foyer est sur un plan inférieur à l'incision primitive de la poche.

L'altération osseuse est combattue par les moyens qu'on oppose ordinairement.

rement à la carie (voy. t. I, p. 423). La *rugination* de la côte altérée est employée dans les cas où cette altération est circonscrite. On peut aussi faire usage du cautère actuel. La résection n'est indiquée que dans les caries étendues; elle a donné de bons résultats à Cittadini, Percy, [Richerand.

Résection des côtes. On met les portions d'os altérées à découvert, par une incision d'étendue et de forme appropriées. On divise avec un bistouri, au niveau du bord supérieur et du bord inférieur de la côte, les muscles intercostaux qui prennent leur insertion à ce niveau. On détache avec précaution la côte de la plèvre qui en double la face postérieure, en se servant d'un manche de scalpel. La résection de l'os se fait avec une scie en crête de coq ou avec la scie à chaîne. Si on trouve la plèvre tellement épaissie qu'on juge nécessaire l'excision de cette membrane, on accomplit cette opération avec des ciseaux courbes. Le seul accident sérieux à craindre après l'opération est la suffocation produite par la brusque entrée de l'air dans la cavité thoracique. On y remédie en rabattant le lambeau de parties molles sur la plaie, ou en recouvrant celle-ci d'une compresse épaisse de linge.

2° Les abcès *froids* symptomatiques d'une *carie du sternum* se montrent sur la face antérieure de l'os, où se forment dans le médiastin antérieur, suivant le siège primitif de la lésion osseuse. Si l'altération occupe la face antérieure du sternum, la collection est sous-cutanée, et après l'ouverture spontanée ou artificielle du dépôt, on reconnaît l'altération osseuse, par l'exploration du trajet fistuleux avec le stylet. Si la carie occupe la face postérieure du sternum, le pus s'accumule dans le médiastin antérieur, et lorsque la collection a acquis un certain volume, les plèvres sont écartées l'une de l'autre et détachées de la face postérieure des cartilages costaux et des muscles intercostaux; en même temps ces membranes sont épaissies.

L'abcès rétrosternal se comporte de diverses manières: quelquefois le pus fuse au-dessus de la fourchette sternale et proémine à la partie inférieure du cou; d'autres fois la collection se montre sur un des côtés de l'appendice xiphoïde. On a vu l'abcès s'ouvrir entre les cartilages costaux, très-près du sternum. Dans d'autres cas, le pus se fait jour à travers le sternum et vient former secondairement une collection sous-cutanée, de manière à former un abcès en forme de bouton de manchette de chemise. Il arrive très-rarement que le pus s'épanche dans une des plèvres: de La Martinière a rapporté une observation de ce genre.

Le diagnostic des abcès sous-sternaux est facile quand la collection est ouverte au dehors, qu'il s'écoule par la plaie une grande quantité de pus; qu'un stylet introduit par l'ouverture extérieure s'enfonce profondément; si du pus s'échappe en abondance lorsque le malade change de place, qu'il fait une forte expiration, qu'il tousse. Dans la première période, alors qu'il n'existe pas de collection apparente à l'extérieur, le diagnostic est obscur.

Les indications à remplir sont conformes à celles que nous avons indiquées pour les abcès froids symptomatiques d'une carie costale: ouvrir l'abcès s'il proémine à l'extérieur; agrandir l'ouverture du sternum ou trépaner celui-ci lorsque le pus accumulé derrière cet os s'écoule difficilement

au dehors; si la carie est superficielle, on enlève la portion altérée avec la rugine, ou on la détruit avec le cautère actuel; si elle occupe toute l'épaisseur de l'os, on enlève cette portion par une *résection*, opération que l'on pratique en se servant du trépan et du couteau lenticulaire, de la scie en crête de coq, de la gouge et du maillet. La scie à chaîne est utile pour diviser les cartilages costaux.

2° ABCÈS INTRATHORACIQUES.

A ces abcès se rattachent ceux du médiastin antérieur dont il a été question à l'occasion des abcès symptomatiques de la carie du sternum.

ABCÈS DU MÉDIASTIN ANTÉRIEUR. Ces abcès ne se forment pas toujours primitivement dans cette région; il en est qui proviennent du cou ou de l'abdomen et qui constituent des dépôts par congestion. Il en est d'autres qui sont la conséquence des lésions physiques du sternum, contusions simples, plaies, fractures. D'autres fois l'abcès se développe spontanément, sous l'influence de quelque cause interne. Ce qu'il importe de noter, c'est que les abcès du médiastin consécutifs aux lésions physiques du sternum se forment tardivement dans certains cas.

Les symptômes sont obscurs: s'agit-il d'un abcès consécutif à une violence extérieure exercée sur le sternum, les malades accusent une douleur profonde et plus ou moins intense derrière le sternum; de la dyspnée. Ils ont de la fièvre. Plus tard, ils sont pris de frissons irréguliers, et se plaignent d'une douleur sourde. Enfin à une période plus avancée, il se manifeste une tuméfaction avec rougeur des téguments qui recouvrent le sternum. L'abcès se développe-t-il consécutivement à une altération spontanée du tissu osseux du sternum, le malade présente les phénomènes indiqués à la page 554.

Il a été question déjà de la façon dont se comportent les abcès du médiastin antérieur. Aux conséquences signalées antérieurement, ajoutons la dénudation ou même l'ulcération consécutive de l'artère mammaire interne, d'où la production possible d'une hémorragie grave (De La Martinière).

Les indications sont conformes à ce qui a été exposé au haut de cette page.

ABCÈS PLEURÉTIQUES OUVERTS A L'EXTÉRIEUR. Il arrive parfois qu'un épanchement purulent ou séro-purulent contenu dans la cavité pleurale, produit l'ulcération du feuillet pariétal de la séreuse, et qu'à la suite de ce travail d'ulcération une partie du liquide passe à travers l'ouverture jusque dans l'épaisseur des parties molles. Il se forme ainsi un abcès sous les téguments communiquant avec la cavité pleurale.

ABCÈS PULMONAIRE OUVERT A L'EXTÉRIEUR. Dans des cas rares, le pus renfermé dans une caverne tuberculeuse du poumon ulcère les deux feuillets de la plèvre réunis et adhérents dans la portion correspondante à la cavité pulmonaire. Le pus vient alors former une collection dans l'épaisseur de la paroi thoracique. Ces abcès fournissent à l'auscultation une sensation de crépitation et de gargouillement, ce qui résulte de ce qu'ils renferment des gaz. Ces deux sortes d'abcès peuvent être suivis de la formation de *fistules pleurales ou pulmonaires*.