

DEUXIÈME PARTIE

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET ORGANIQUES DE LA POITRINE

CHAPITRE PREMIER

INFLAMMATIONS ET ABCÈS.

Les inflammations thoraciques qui relèvent de la pathologie externe forment quatre classes :

- 1° Phlegmons et abcès aigus des parois thoraciques ;
- 2° Abcès chroniques des parois thoraciques ;
- 3° Abcès du médiastin ;
- 4° Abcès de la plèvre ou pleurésie purulente.

§ 1. *Phlegmons et abcès des parois thoraciques.*

On observe sur les parois antéro-latérales du thorax des phlegmons aigus dont la description est encore bien incomplète.

Il en est de *circonscrits* et qui se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané ; d'autres prennent naissance sous les masses musculaires, qu'ils décollent dans une étendue considérable : ce sont les vrais phlegmons par diffusion de Chassaignac ; d'autres enfin appartiennent à la catégorie des *phlegmons diffus*.

Certains de ces phlegmons sont primitifs, d'autres ne sont que *secondaires* : propagation d'un phlegmon de l'aisselle.

Étiologie. — Ils reconnaissent pour causes les contusions, les traumatismes des parois thoraciques, l'exercice exagéré des membres supérieurs ; mais le plus souvent la fatigue, la misère, une mauvaise hygiène, ont singulièrement favorisé le développement de l'affection. — Celle-ci se reliait encore, pour certains auteurs, à des inflam-

mations péripleurales sur la nature desquelles on est loin d'être édifié (Duplay), mais qui avaient été déjà signalées par Boyer, Wunderlich, Billroth, Bartels de Kiel.

Symptômes. — Chassaignac avait déjà fort bien indiqué la communauté de symptômes des inflammations de la plèvre et des phlegmons thoraciques : même début par phénomènes généraux, fièvre, frisson, douleur thoracique ; mais l'attention est vite attirée par les phénomènes locaux propres au phlegmon. La tuméfaction est en général très étendue : depuis l'aisselle jusqu'à la base du thorax.

On l'a vue descendre jusqu'à la crête iliaque, et cet immense gonflement des phlegmons thoraciques constitue un de leurs principaux caractères. La suppuration ne tarde pas à s'y développer, plus ou moins profonde et étendue, pouvant amener la terminaison fatale si l'on n'intervient pas de bonne heure, toujours longue à se réparer, même en cas de guérison. Outre les phénomènes généraux et les caractères locaux, il n'est pas rare de voir le phlegmon occasionner une grande gêne de la respiration, nécessiter le décubitus dorsal.

En raison de son extension, c'est une affection grave.

Aussi doit-on intervenir énergiquement par des incisions longues et multiples.

§ 2. *Abcès chroniques des parois thoraciques.*

Division. Historique. — Les abcès chroniques ou abcès froids des parois thoraciques sont :

- 1° Des abcès froids du tissu cellulaire ;
- 2° Des abcès ossifluents ;
- 3° Des abcès périostiques.

L'histoire des deux premières variétés ne présente aucune particularité digne d'être signalée ; il n'en est pas de même de la troisième variété, abcès périostiques.

Attribués par les anciens auteurs à des lésions costales (Menière, 1829), ces abcès ont été depuis vingt ans l'objet de nombreux travaux.

En 1865, Leplat essaya de les rattacher à une lésion pleurale antérieure ; l'année suivante, Gaujot le premier démontra leurs relations périostiques. Cette théorie des abcès froids consécutifs à des périostites externes chroniques se trouve défendue dans les travaux

de Choné (1875), Bousquet, Charvot, Legrand. Le professeur Duplay, dans une étude très approfondie publiée dans le *Progrès médical* de 1876, a fort bien indiqué 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, *Archiv. de phys.*, 1883; Charvot, *Rev. de chir.*, 1884.

Tous les abcès froids de la paroi thoracique sont sans aucun doute des abcès tuberculeux, qu'il s'agisse de gommes tuberculeuses du tissu cellulaire sous-cutané, de tuberculose périostique ou de tuberculose osseuse.

Anatomie pathologique. — 1° *Les gommes tuberculeuses sous-cutanées* n'offrent rien de particulier à signaler.

2° *Les abcès ossifluents* reconnaissent pour origine des lésions tuberculeuses des vertèbres dorsales, des côtes ou du sternum.

Les abcès venus de la colonne vertébrale peuvent cheminer le long des espaces intercostaux et faire saillie soit à la paroi même, soit dans l'intérieur de la cavité thoracique.

Lorsqu'ils viennent des côtes, ils se comportent de la même manière ou à peu près et viennent faire saillie à une distance variable de leur point de départ osseux. Nous devons signaler ici, parmi les formes diverses curieuses que peuvent présenter ces abcès ossifluents, ceux qui se développent en arrière de la glande mammaire, qu'ils soulèvent et projettent en avant.

3° *Abcès périostiques.* — Avant d'arriver à l'état d'abcès, ces tumeurs passent par une période d'induration, ce sont de véritables gommes tuberculeuses du périoste des côtes. — L'épaississement périostique qu'elles constituent était bien connu depuis longtemps, lorsque les travaux de Kiener et de Charvot indiquèrent sa nature exacte. — Le périoste épaissi, vascularisé, adhérent à l'os, forme d'abord une tumeur dure constituée par des dépôts caséeux. 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.

A cette période d'abcès on peut voir la cavité purulente 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, communiquent à travers un espace intercostal. — Les *abcès péristernaux* 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 de productions tuberculeuses. — L'os n'est atteint que secondairement, tardivement et dans une petite étendue; c'est là un point important.

Les premiers travaux avaient déjà mentionné la coexistence de pleurésies antérieures (Leplat), de tuberculose pleurale ou pulmonaire (Gaujot, Duplay).

Étiologie. — Tous ces abcès, et particulièrement les abcès périostiques, qui sont les plus importants, ceux que nous devons surtout nous attacher à décrire, tous ces abcès, disons-nous, s'observent principalement chez les jeunes gens, et plutôt chez les jeunes militaires. Les fatigues, le changement de vie, une nourriture parfois insuffisante, la contagion, peut-être, rendent facilement compte de la formation de ces tuberculoses locales. Les froissements par les objets d'équipement (Larrey, Sédillot) ne sont que des causes occasionnelles. — Enfin la nature tuberculeuse de l'affection explique comment Menière avait pu penser à l'influence de la toux, Leplat à celle de pleurésie antérieure.

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 en cas d'abcès périostique dont nous nous occupons uniquement ici. Cette tumeur est 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 changement de coloration de la peau qui la recouvre. Toutefois, à certains moments, on peut observer des poussées plus rapides s'accompagnant de douleur, et même d'un peu de rougeur

du tégument. L'existence de cette tumeur permettra d'écarter immédiatement la pleurodynie, à laquelle des douleurs plus ou moins vives pourraient faire penser. Sa consistance éveille parfois l'idée d'une production solide : enchondrome, ostéosarcome : 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 périostique, 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 intrathoracique 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 facilement 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, mais l'exploration de la cavité ne permet en aucun point de reconnaître l'existence d'une altération osseuse. La cicatrice se fait mal, l'ouverture reste fistuleuse, surtout si à la longue la tuberculose a envahi le tissu osseux dans une petite étendue, ou bien encore si le malade est dans un état général mauvais et qu'il présente d'autres manifestations de la diathèse tuberculeuse.

Pronostic. — Les abcès chroniques, étant des tuberculoses locales, comportent un pronostic sérieux.

Traitement. — Ils sont en même temps l'indication d'un traitement énergique : traitement général, tonique reconstituant ; traite-

ment local : grandes incisions, raclage à la curette du foyer tuberculeux, au besoin grattage et même résection des lésions osseuses primitives ou secondaires, s'il en existait quelques-unes.

§ 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, oppressions, 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 intrathoracique, 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 plus 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 obvierra 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.

§ 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.

Ni la symptomatologie, ni le diagnostic ou le pronostic ne nous arrêteront davantage; ces points sont étudiés avec soin dans les traités de pathologie interne.

Le traitement de la pleurésie purulente est essentiellement chirurgical: c'est le traitement d'un vaste abcès.

Indications opératoires. — Il n'y a pour ainsi dire aucune contre-indication à ce traitement. La présence de tubercules pulmonaires ou pleuraux, à moins de tuberculisation avancée, ne doit pas la plupart du temps arrêter le chirurgien. L'extrême débilité du sujet, la crainte de le voir mourir au moment où l'on opère, ne peuvent même entrer en ligne de compte. Les cas sont nombreux où des malades opérés par acquit de conscience se sont relevés rapidement et ont guéri contre toute attente.

L'opération doit être pratiquée le plus tôt possible, dès que la présence du pus est constatée; on ne peut que perdre à attendre. Le poumon reviendra d'autant mieux à son volume primitif, qu'il aura été moins longtemps comprimé par l'épanchement. C'est pour cela que les pleurésies très aiguës et ouvertes de bonne heure guérissent

si rapidement, tandis que d'autres développées lentement arrivent si difficilement à une bonne terminaison.

Nature de l'opération; pleurotomie. — Il ne peut plus être question actuellement des interventions timides, telles que la ponction aspiratrice ou un mince drainage. Toujours insuffisantes dans les collections purulentes développées au milieu des parties molles, elles deviennent dangereuses lorsqu'on les emploie dans la cavité pleurale. Les ponctions faites avec toutes les précautions possibles n'aggravent pas la situation, mais elles ne procurent qu'un soulagement passager; le liquide se reproduit rapidement et l'expérience montre que dans plus de la moitié des cas il s'y ajoute un épanchement gazeux qui semble fourni non par la rupture de quelques vésicules pulmonaires, mais par le liquide décomprimé. Quant aux minces drainages, tube de Potain, canules à demeure, etc., ils conduisent fatalement à l'infection de la cavité pleurale, et partant à la plus grave des septicémies.

De même qu'une large ouverture permet seule de vider complètement un vaste abcès, d'évacuer les parties mortifiées qu'il peut contenir, de modifier ses parois et de les désinfecter s'il est besoin, et de fournir une issue constante et facile aux liquides sécrétés, de même, et pour de semblables raisons, la large incision ou *pleurotomie* convient seule contre l'empyème. Après elle, la guérison naturelle s'obtient par l'accolement des parois de l'abcès pleural, plèvre pulmonaire contre plèvre pariétale, de la même façon que dans une collection quelconque; mais nous devons insister ici sur quelques points particuliers à l'abcès pleural.

Il y a quelques années encore, l'infection primitive ou secondaire de la plèvre ouverte semblait inévitable. On recommandait, et je m'étais fait ailleurs l'ardent défenseur de cette doctrine, les injections antiseptiques répétées plusieurs fois par jour. Cette méthode de traitement entre des mains soigneuses procurait, on peut le dire, des succès à peu près constants.

L'avènement de la chirurgie antiseptique a quelque peu modifié les choses. Dans un bon nombre de cas, au moment où l'on ouvre la plèvre, son contenu est en tout semblable à celui d'un abcès chaud ordinaire; il n'est en aucune façon infecté; si l'opération est pratiquée suivant toutes les règles de la méthode antiseptique, la cavité reste jusqu'à son oblitération complète telle qu'elle était tout d'abord.