

pulmonaire, est ainsi mis à nu, et on laisse la cicatrisation se faire comme dans toute fistule ouverte, à parois étalées.

L'opération d'Estländer a été pratiquée trop souvent jusqu'ici avec une véritable précipitation. Dire qu'elle est indiquée toutes les fois qu'un malade n'est pas guéri trois ou quatre mois après l'incision du thorax, c'est poser une indication beaucoup trop absolue, et combien de fois l'a-t-on faite, après deux mois ou deux mois et demi, chez des jeunes gens qui réunissaient toutes les conditions d'une guérison spontanée! Tant que l'on peut espérer un effort de la nature, il faut attendre, et j'ai eu l'occasion de dire plus haut que cette tendance à l'oblitération se montrait souvent au bout d'un temps fort long. Quelques opérateurs signalent après la guérison une ampliation du thorax chez leur malade. Cette ampliation même, qui nécessairement tient à une dilatation ultérieure du poumon, montre précisément que les malades ont été opérés trop hâtivement peut-être.

Opération de Max Schede. — L'opération d'Estländer laissant trop souvent la paroi thoracique encore trop rigide, Max Schede a conseillé et pratiqué la résection de toute cette paroi, sauf les parties superficielles. On enlève ainsi avec les côtes et les muscles intercostaux toute la plèvre; mais la peau qui reste forme un lambeau flottant qui s'ajuste mal aux bords de la brèche faite à la paroi thoracique, se recroqueville, et laisse à nu une cavité dont le fond est formé par le poumon lui-même. On arrive difficilement à la cicatrisation d'une semblable blessure, et après la guérison le thorax doit forcément avoir perdu beaucoup de sa solidité.

CHAPITRE II

FISTULES THORACIQUES.

Les fistules thoraciques sont :

- 1° des fistules axillaires,
- 2° des fistules mammaires,
- 3° des fistules des parois thoraciques proprement dites,
- 4° des fistules communiquant avec l'intérieur de la cavité thoracique.

Nous ne nous occuperons que des deux dernières variétés.

I. *Fistules pariétales thoraciques.* — Ces fistules succèdent à l'ouverture des abcès chroniques de la paroi thoracique, que ces abcès soient sous-cutanés, qu'ils soient d'origine périostique ou d'origine osseuse. Les lésions des côtes, du sternum, de la colonne vertébrale en sont les causes habituelles, quelquefois cependant les fistules reconnaissent pour origine une altération de la clavicule ou de l'omoplate.

Dans quelques cas plus rares elles sont provoquées par la présence d'un corps étranger.

II. *Fistules communiquant avec l'intérieur de la cavité thoracique.* — Elles sont médiastines, pleurales (c'est le cas habituel), bronchiques, péricardiques ou œsophagiennes.

1° *Fistules médiastines.* — Les collections purulentes rétrosternales, les abcès du médiastin peuvent laisser en s'ouvrant des trajets fistuleux dont le diagnostic est parfois fort difficile.

2° *Fistules pleurales.* — Ce sont les vraies fistules du thorax. — Elles sont consécutives à l'ouverture spontanée d'une pleurésie purulente, et se font généralement à la partie supérieure et antérieure du thorax. Quelques-unes d'entre elles sont d'origine traumatique, d'autres reconnaissent pour cause une des opérations chirurgicales pratiquées sur la région : pleurotomie, résection costale, opération d'Estländer.

3° A côté de ces catégories il convient de placer les *fistules broncho-cutanées.* — Ces fistules sont ordinairement liées à des plaies pénétrantes du poumon, surtout à des plaies compliquées de la présence d'un corps étranger. Rarement au thorax, un peu plus fréquemment peut-être à la région sus-claviculaire, on peut voir ces fistules résulter de l'ouverture de cavernes tuberculeuses ou d'abcès pulmonaires.

4° *Fistules péricardiques.* — Ces fistules sont extrêmement rares; les auteurs classiques relatent cependant une observation de fistule péricardique due à Larrey, consécutive à un coup de couteau et terminée par la guérison. Cruveilhier en a rapporté un autre exemple emprunté à Marjolin, et consécutif également à une lésion traumatique du péricarde; le cœur avait même été atteint superficiellement; la mort en fut la conséquence au bout de deux mois. La face interne du péricarde était tapissée d'épaisses fausses membranes qui faisaient adhérer presque complètement ses deux faces.

5° *Fistule œsophagienne*. — Il existe une observation de fistule œsophagienne complexe ouverte à la paroi thoracique à travers le poumon et la plèvre (Maclaklan).

CHAPITRE III

TUMEURS DE LA POITRINE.

§ 1. Tumeurs des parties molles.

On observe dans les parties molles du thorax des tumeurs de nature diverse. — En dehors du *molluscum pendulum* qui est très commun sur la peau du dos, ces tumeurs ne sont pas très fréquentes. On trouve des angiomes, des fibromes, des sarcomes, des carcinomes; ces derniers, dans quelques cas, pourraient bien n'être que des tumeurs mammaires développées dans un prolongement anormal ou anormalement développé de la glande.

Les lipomes sont plus communs, et souvent un peu difficiles à distinguer des nombreux abcès chroniques que nous avons décrits dans les parois thoraciques.

Enfin on a noté la présence de kystes variés : sébacés, congénitaux, hydatiques, qui n'empruntent pas de caractères spéciaux à la région.

§ 2. Tumeurs dépendant du squelette.

Les *enchondromes* tiennent le premier rang au point de vue de la fréquence. Ces tumeurs sont néanmoins encore rares et surtout rarement primitives; elles siègent soit sur la face externe des côtes, soit sur les cartilages (ecchondroses de Virchow). Exceptionnellement on les a trouvées à la face interne (cas de Dufour), au niveau de la tête des côtes d'où elles pénétraient dans le canal rachidien par les trous de conjugaison (cas de Paget). Elles forment des masses souvent très volumineuses qui peuvent se propager à la plèvre et aux poumons.

Les *exostoses costales* seraient plus fréquentes qu'on ne le croit;

mais en général, quand on trouve des exostoses sur les côtes, on en trouve aussi ailleurs (Verneuil); elles consistent quelquefois en une simple exagération de l'angle antérieur. La face externe du sternum est parfois aussi le siège de productions de ce genre; mais elles sont généralement d'origine syphilitique; on a vu également des exostoses se développer dans la portion des côtes recouverte par le scapulum; les mouvements de cet os s'accompagnaient dans ce cas d'un bruit de frottement particulier (Boinet; Demarquay; Terrillon, 1874). Il convient d'en rapprocher certaines irritations osseuses consécutives à l'inflammation pleurale, et décrites par Parise en 1849 sous le nom d'*ostéophyte costale pleurétique*.

Demarquay a rapporté deux observations de *fibromes* paraissant originaires du périoste des côtes.

Enfin les os du thorax sont assez souvent envahis secondairement par des productions malignes : lymphadénomes, sarcomes, carcinomes, principalement à la suite de cancers du sein ou du médiastin. Celles de ces tumeurs qui occupent le sternum simulent parfois assez bien des tumeurs du médiastin et particulièrement des anévrysmes de la crosse aortique. A la longue elles peuvent amener l'usure, la destruction du sternum ou des côtes. Paulet rapporte trois exemples seulement de cancers primitifs des côtes (Warren, Richet, Humbert); il s'agissait d'ostéosarcomes.

Ces diverses tumeurs ne donnent lieu qu'à des indications thérapeutiques très restreintes. La résection partielle des côtes nous paraît la seule opération à proposer en cas de tumeur bénigne, ou de tumeur maligne primitive au début. Cette opération est facile en général; elle n'est pas très grave, à en juger du moins par les résultats fournis par l'opération d'Estländer contre les pleurésies purulentes.

La résection partielle des côtes pour lésions traumatiques a donné aux chirurgiens américains, pendant la guerre de Sécession, une mortalité de 28,5 pour 100; aujourd'hui, avec nos procédés perfectionnés de pansement et pour des cas pathologiques, ces résultats seraient infiniment meilleurs.

§ 3. Tumeurs provenant des organes intrathoraciques.

Presque toutes sont du domaine médical : tumeurs du médiastin, tumeurs du poumon, etc.