

ont suivi leurs blessés ont vu dans la plupart des cas se développer une phtisie traumatique. L'*Histoire de la guerre d'Amérique* renferme de nombreux exemples de ce genre. Enfin parfois le corps étranger, après avoir été toléré pendant un certain temps, détermine la formation d'une collection purulente, puis est expulsé par une vomique.

En présence d'une plaie du poumon dans laquelle on soupçonne l'existence d'un corps étranger, que doit faire le chirurgien ? Les opinions sont très partagées : les uns, en particulier LEGUEST, veulent que l'on sonde toujours la plaie ; le seul inconvénient auquel on s'expose, dit cet auteur, est de ne pas

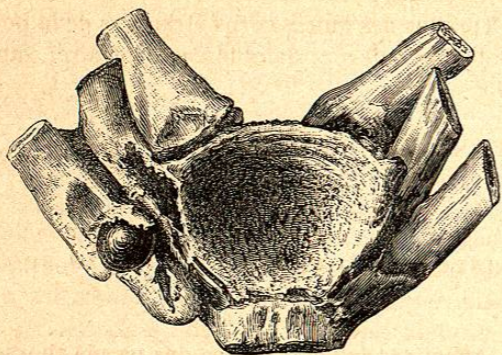


Fig 228. — Excavation de la première pièce du sternum par un anévrysme de l'aorte.
Balle arrêtée dans le médiastin sur le cartilage de la deuxième côte gauche.
Pièce d'HUGUIER. (Musée du Val-de-Grâce.)

trouver ce que l'on cherche ; d'autres rejettent entièrement l'exploration ; nous pensons que, dans ce cas encore, il faut se laisser guider par les circonstances. Si le corps étranger est facilement accessible, l'extraction se trouve naturellement indiquée ; si, au contraire, il existe des complications, si l'extraction nécessite des manœuvres dangereuses, mieux vaut s'abstenir, obturer la plaie et attendre.

C. — CORPS ÉTRANGERS DU MÉDIASTIN

Les corps étrangers que l'on rencontre dans le médiastin ont la même origine que ceux de la plèvre et du poumon ; ils peuvent arriver dans cette cavité directement, mais plus souvent c'est après avoir déjà intéressé un des organes voisins (poumon, plèvre, cœur). Par leur présence, ces corps déterminent l'inflammation du tissu cellulaire contenu dans cette région, d'où la production d'abcès dont nous verrons plus tard la gravité. L'inflammation se communique fréquemment à la plèvre et au péricarde, surtout lorsque ces membranes ont été lésées ; l'enkystement est ici absolument exceptionnel.

Il n'existe aucun symptôme qui permette d'affirmer la présence d'un corps étranger dans le médiastin. Le chirurgien ne pourra baser ses assertions que sur des probabilités tirées de l'aspect et de la nature de la plaie, de l'absence de plaie de sortie, etc. L'exploration, conseillée par quelques auteurs, nous

semble dangereuse ; si l'on croyait devoir la pratiquer, il faudrait le faire avec beaucoup de prudence, en se servant du doigt ou d'une sonde en gomme. L'existence d'une hémorragie antérieure est une contre-indication formelle, on pourrait en effet déplacer un caillot et occasionner des accidents mortels.

La présence d'un corps quelconque au voisinage des vaisseaux contenus dans le médiastin constitue une complication redoutable. Dans un fait rapporté par HUGUIER, une balle fixée au niveau du cartilage de la deuxième côte déterminait la formation d'un anévrysme, auquel succomba le malade vingt ans après l'accident initial (fig. 228).

Traitement. — Le chirurgien règlera sa conduite sur les principes que nous avons déjà établis à propos des autres corps étrangers de la poitrine. Si le corps est accessible, on devra l'enlever ; dans le cas contraire, l'abstention devient une règle absolue.

CHAPITRE IV

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET ORGANIQUES DE LA POITRINE

§ 1^{er}. — Affections inflammatoires des parois thoraciques

Les furoncles et anthrax des parois thoraciques ne présentent rien de particulier, il en est de même de l'érysipèle que l'on observait si communément il y a quelques années à la suite des opérations pratiquées sur les mamelles ; toutefois ce dernier, grâce au réseau lymphatique, réagit quelquefois sur la plèvre et acquiert alors une gravité considérable.

Les abcès et phlegmons des parois de la poitrine se montrent d'emblée à la suite des contusions, des violences exercées sur le thorax, ou bien succèdent aux inflammations du membre supérieur. Ils occupent de préférence les parois latérales de la poitrine et s'accompagnent souvent de symptômes généraux des plus sérieux.

1^o ABCÈS TUBERCULEUX

SYNONYMES. — Abcès froids, périostite externe chronique.

Bibliographie. LEPLAT, *Arch. gén. de méd.*, 1865. — VERNEUIL, *Progrès méd.*, 1876. — DUPLAY, *cod. loc.* et *Congrès de Genève*, 1877. — H. BOUSQUET, *Arch. gén. de méd.*, 1878. — CHARVOT (Conférences du prof. Gaujot), *Gaz. heb.*, 1879. — KIENER et POULET, *Tuberculose osseuse*, in *Arch. de phys.*, 1883. — CHARVOT, *Revue de chir.*, 1884. Thèses de Paris. — 1873, CHONÉ. — 1876, LEGRAND. — 1883, NÉLATON. DUBAR (Agré.)

Les abcès des parois thoraciques d'origine tuberculeuse nécessitent une description spéciale ; leur histoire, en effet, est intimement liée à celle des tuberculoses chirurgicales.

Historique. — L'étude de ces abcès se divise en deux périodes bien distinctes : 1° *Période clinique.* Les anciens chirurgiens s'étaient occupés des abcès froids des parois thoraciques, ils en attribuaient l'origine à la carie et à la nécrose des os de la région. En 1865, LEPLAT, professeur agrégé au Val-de-Grâce, montra, par des observations recueillies et commentées avec soin, que souvent les abcès des parois de la poitrine étaient consécutifs à une lésion pleurale antérieure.

Cette théorie est vraie, dans plusieurs circonstances les choses se passent ainsi; mais LEPLAT eut le tort de généraliser cette idée et de vouloir l'ériger en règle formelle. C'est incontestablement à GAUJOT que revient le mérite d'avoir le premier attiré l'attention des chirurgiens sur le rôle important que joue le périoste dans le développement de ces abcès. Dès 1866, cet auteur avait été frappé de la localisation constante de l'inflammation sur les couches superficielles du périoste, et plus tard, pour affirmer ses opinions, il désigna ces abcès sous le nom d'*abcès froids consécutifs aux périostites externes chroniques.* Plusieurs de ses élèves, CHONÉ, H. BOUSQUET, CHARVOT, exposèrent successivement ses idées. Dès 1875, DUPLAY, admettant les conclusions du travail de CHONÉ, se fit le défenseur des théories de GAUJOT, que VERNEUIL, au contraire, avait fortement attaquées. Cet auteur localisait ces abcès dans de prétendues bourses séreuses situées sous les muscles des parois thoraciques.

2° *Période histologique.* — Si le nom de GAUJOT doit être attaché à l'étude clinique des parois thoraciques, celui de KIENER ne saurait être séparé de la détermination de la nature intime du processus. Il faut bien avouer en effet que ce point capital avait complètement échappé à GAUJOT et à ses élèves. Cette variété de périostite devait naturellement être considérée comme d'origine scrofuluse; cette interprétation ne lui suffisant pas, GAUJOT avait mis la lésion locale sur le compte d'un lymphatisme exagéré jusqu'à l'état morbide et lui donnait le nom de *lymphatisme purulent caséeux.* C'est dans une note de KIENER, insérée dans le cours du mémoire de CHARVOT, que l'on trouve indiquée pour la première fois la véritable nature de la maladie. KIENER conclut de ses recherches que la périostite chronique externe est manifestement d'origine tuberculeuse, et appuie ses assertions sur des preuves indiscutables.

Étiologie. Lieux d'élection. — La périostite tuberculeuse des parois thoraciques se développe sous l'influence des divers facteurs que nous avons énumérés pour expliquer l'apparition des différentes manifestations chirurgicales de la tuberculose. Parmi les causes générales, il faut citer la vie en commun dans des espaces mal aérés, les privations et fatigues de tout genre; ceci nous explique la fréquence de ces périostites chez les soldats et dans la classe ouvrière des villes. Quant à la cause locale déterminante, on peut invoquer ce que l'on voudra : coups, secousses de toux, frottements de toute nature; il n'y a rien qu'on ne puisse, avec de la bonne volonté, faire entrer en ligne de compte.

À la poitrine, les lieux d'élection de cette affection sont : 1° la partie antéro-supérieure du tronc au voisinage des articulations costo-sternales; 2° la partie postérieure du tronc au niveau de l'angle de la côte; 3° les parties latérales de la poitrine.

Les lésions anatomiques de cette maladie ne diffèrent en rien de celles que

nous avons exposées en présentant l'étude des périostites tuberculeuses; nous n'y reviendrons donc pas.

Symptômes. — La maladie présente quatre périodes bien distinctes : 1° *Période de développement.* caractérisée par deux symptômes, la douleur et le gonflement. Le malade éprouve sans raison apparente une douleur sourde, vague, dans un point de la région thoracique correspondant au squelette. Bientôt cette douleur augmente, la région devient empâtée; l'empâtement est ensuite remplacé par un gonflement manifeste; insensiblement l'inflammation gagne le tissu cellulaire périphérique, enfin il y a une grosseur.

2° *Période de suppuration.* — Après un temps variable, mais toujours assez long, l'affection change de caractère, la tumeur se ramollit du centre à la périphérie et ne tarde pas à présenter tous les symptômes de l'abcès froid. Si l'on abandonne les choses à elles-mêmes, la masse s'acumine, s'ouvre, laisse échapper un liquide blanchâtre, contenant en solution des grumeaux, et absolument semblable au pus des abcès tuberculeux d'origine osseuse. Après un certain temps, la quantité et l'aspect de ce liquide changent, il devient couleur chocolat.

3° *Période de fongosité.* — Si l'on n'intervient pas, des trajets fistuleux s'organisent, la cavité de l'abcès se remplit de fongosités; peu à peu l'inflammation gagne le tissu osseux et la côte s'épaissit ou se carie au niveau du foyer purulent.

4° *Terminaison.* — L'intervention chirurgicale hâte beaucoup la guérison de ces abcès qui, abandonnés à eux-mêmes, n'ont aucune tendance à rétro-céder. Ils se compliquent fréquemment alors de lésions de voisinage; il n'est pas rare de voir le patient enlevé en quelques jours par une tuberculose pulmonaire à marche rapide.

Diagnostic. — Le diagnostic de la périostite tuberculeuse est assez embarrassant, surtout avant la formation du pus. Les douleurs, le gonflement peuvent laisser croire à un point de pleurodynie, à un lipome; la persistance du mal éloignera la première hypothèse, et la localisation exacte du gonflement sur le trajet d'une côte permettra d'écarter l'idée du lipome. Lorsque le pus est formé, on reconnaît facilement sa présence, mais il faut alors déterminer la véritable nature de l'abcès. C'est seulement par un examen attentif des faits, en suivant le malade pendant un certain temps, que l'on arrivera à établir la cause première du mal. Plus tard les lésions osseuses ou la présence d'un autre foyer tuberculeux sur le testicule, dans le poumon, etc., confirmeront les données de l'observation.

Pronostic. — La périostite tuberculeuse doit être considérée comme une affection sérieuse. En tant que lésion locale, cette manifestation est parfaitement curable, mais elle prouve un état général déplorable et constitue une prédisposition à la tuberculose pulmonaire.

Traitement. — L'origine de ces abcès étant connue, il ne saurait y avoir d'hésitation pour le traitement. On doit ouvrir largement la cavité, en ruginer les parois qui seront ensuite lavées avec une solution antiseptique forte : le drainage et un pansement antiseptique assureront la réunion. Une fois la lésion locale guérie, il faudra s'occuper de l'état général, envoyer le malade à

la campagne, aux bains de mer, et essayer, par l'emploi des toniques et des reconstituants, de mettre le sujet à l'abri des récidives ou d'une généralisation.

2° FISTULES

Les fistules que l'on peut observer sur les parois thoraciques se divisent en deux catégories bien distinctes, suivant qu'elles sont limitées aux parois du thorax ou qu'elles communiquent avec l'intérieur de cette cavité.

Les fistules des parois thoraciques sont consécutives à la présence d'un corps étranger, d'un abcès tuberculeux des parties molles ou d'une lésion du squelette.

La guérison de ces différentes fistules nécessite la suppression de la cause qui leur a donné naissance, celles qui sont entretenues par la présence d'un corps étranger marcheront rapidement vers la cicatrisation dès que le corps du délit aura été enlevé. De même, lorsqu'on aura détruit les parois d'un abcès tuberculeux, on pourra obtenir l'affrontement des parties molles. Enfin les fistules osseuses réclament des opérations encore plus radicales et souvent la résection partielle d'une ou plusieurs pièces du squelette.

Avec DUPLAY, nous diviserons les fistules de la cavité thoracique en plusieurs groupes, suivant qu'elles ont leur origine dans le tissu cellulaire sous-pleural, dans le médiastin, ou qu'elles mettent en communication avec l'air extérieur la plèvre, le poumon, le péricarde ou l'œsophage.

A. Les fistules du tissu cellulaire sous-pleural, aussi bien que celles du médiastin, sont assez rares. Ces dernières, en particulier, peuvent alors s'ouvrir loin de la paroi thoracique; l'un de nous a soigné un malade qui a porté pendant deux ans sur la paroi latérale du cou, en arrière et au tiers inférieur du sterno-mastôïdien droit, une fistule par laquelle on pénétrait directement dans le médiastin.

B. Les fistules communiquant avec la plèvre, *fistules pleuro-cutanées*, paraissent de beaucoup les plus fréquentes; dans la plupart des cas, elles sont consécutives à une pleurésie purulente d'origine spontanée ou traumatique. Il est généralement facile de faire le diagnostic de ces fistules, d'abord par les commémoratifs, puis par les signes spéciaux qu'elles présentent. Le pus s'en échappe presque continuellement, mais rarement leur orifice occupe une situation assez déclive pour qu'elles puissent se vider complètement; aussi dès que le malade vient à faire de brusques mouvements d'inspiration et d'expiration, ou mieux encore s'il tousse violemment, le liquide chassé par la dilatation du poumon sort sous forme de jet à l'extérieur. Ces mêmes phénomènes se retrouvent dans les fistules qui arrivent jusque dans le poumon, dans les fistules sous-pleurales et médiastines; il ne faut pas trop se hâter de conclure, et examiner le malade avec le plus grand soin.

Un trajet fistuleux, nous l'avons répété bien souvent, ne peut guérir qu'autant que la poche avec laquelle il communique s'est elle-même cicatrisée. Pour cela il est nécessaire que ses parois, après avoir été modifiées par un traitement approprié, puissent s'accoler l'une à l'autre. Mais ici, dans les conditions

normales, cet accollement est parfois impossible; l'arc osseux auquel adhère la plèvre pariétale empêche par son insuffisante élasticité la paroi externe de la poche d'aller se mettre en contact avec la paroi interne. C'est pour combattre ces conditions défavorables que LÉTIÉVANT puis ESTLANDER ont eu successivement l'idée de réséquer un certain nombre de côtes, afin de permettre aux deux parois du foyer d'aller à la rencontre l'une de l'autre. Cette opération, connue bien à tort sous le nom d'*opération d'Estlander*, est passée aujourd'hui dans la pratique; différents chirurgiens lui ont dû des succès.

Les fistules pulmonaires ou broncho-cutanées, beaucoup moins communes que les précédentes, sont habituellement consécutives à un traumatisme; on a signalé leur développement à la suite d'abcès du poumon ou de cavernes pulmonaires ouvertes à l'extérieur. La guérison de ces fistules, quoique l'on fasse, est toujours de longue durée. Chez les blessés, semblable accident expose à la phtisie pulmonaire.

Il existe dans la science une observation de fistule péricardique due à LARREY, et une autre de fistule œsophagienne rapportée par MACLACHLAN; on ne peut rien conclure de ces deux seuls cas.

§ 2. — Tumeurs de la poitrine

Les tumeurs de la poitrine ont pour siège les parties molles, le squelette ou les organes contenus dans la cavité thoracique.

1° TUMEURS DES PARTIES MOLLES

Les tumeurs des parties molles que l'on a le plus souvent occasion d'observer sont les lipomes, les kystes. Les lipomes ne présentent rien de particulier; ils siègent de préférence à la partie postéro-supérieure de la région. Les kystes peuvent être congénitaux, fait rare, ceux que l'on rencontre ordinairement, sont des kystes hydatiques, ils se logent habituellement dans l'épaisseur des fibres musculaires ou dans le tissu cellulaire interstitiel.

2° TUMEURS DU SQUELETTE

Les tumeurs du squelette du thorax sont peu communes, signalons parmi les plus fréquentes, les enchondromes, les exostoses et les cancers.

a. *Enchondromes*. — Les enchondromes ont été principalement observés sur les côtes; dans la majorité des cas, ces tumeurs étaient consécutives et témoignaient de la généralisation d'un néoplasme préexistant en un autre point de l'économie.

Les chondromes se développent soit sur les côtes mêmes, soit sur leur cartilage. L'enchondrome constitue des productions arrondies, dures, dont le développement est fort lent. A la coupe ces masses sont formées exclusivement

par un tissu cartilagineux, cependant elles peuvent s'ossifier (CRUVEILHIER) ou subir la transformation kystique (DUCRULÉAU.)

b. *Exostoses.* — Les exostoses des côtes sont peu communes, quoi qu'en ait dit VIDAL (de Cassis); comme le fait remarquer PAULET, les sujets sur lesquels on les rencontre présentent presque toujours des tumeurs de même nature sur d'autres pièces du squelette. Les exostoses syphilitiques ont été signalées assez souvent sur le sternum. Cet os, au dire de ROLLET, serait un des plus fréquemment affectés par les lésions de ce genre.

c. *Cancer.* — Le cancer des côtes, de même que l'enchondrome, est bien rarement primitif. Aussi les côtes ne sont-elles atteintes qu'à la période ultime de la maladie. Dans la plupart des faits signalés, le cancer appartenait à la variété encéphaloïde. Il existe toutefois dans la science quelques observations de cancer primitif des côtes.

Les considérations que nous venons de présenter s'appliquent tout aussi exactement aux cancers du sternum. Nous devons appeler l'attention sur la tendance remarquable qu'offrent les tumeurs de cet os à se vasculariser; plusieurs de ces néoplasmes sont animés de pulsations isochrones à celles du pouls, mais en général ils ne présentent pas de bruits de souffle, ce qui permettra de les différencier d'avec les anévrysmes de l'aorte ou du tronc brachio-céphalique. Enfin, le sternum est assez souvent envahi dans les cas de tuberculisation et de lymphadénome.

Lorsque ces différentes tumeurs sont primitives et bien limitées à une portion de la côte, on peut tenter la résection de ces os; c'est là en réalité une opération facile; la section d'une intercostale ou l'ouverture de la plèvre sont les seuls dangers à éviter. On prévient facilement la première complication en ayant soin de détacher les parties molles avec une rugine mousse. L'ouverture de la plèvre est rarement à craindre, car dans la majorité des cas cette membrane se trouve considérablement épaissie. La résection partielle ou totale du sternum a été aussi tentée un certain nombre de fois, on lui doit plusieurs succès; néanmoins il faut se rappeler que le voisinage des organes contenus dans le médiastin expose aux accidents les plus graves.

3° HERNIE DU POUMON (PNEUMOCÈLE)

Bibliographie. — RICHTER, *Traité des hernies*, 1785. — J. CLOQUET, *Nouveau Journ. de méd.*, 1819, t. VI, p. 328. — MOREL-LAVALLÉE, *Mém. de la Soc. de chir.*, 1847. — H. LARREY, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1856. — Thèses de Paris. — 1875, DESFOSSE.

Divisions. — Avec MOREL-LAVALLÉE, la plupart des auteurs divisent la hernie du poumon en quatre classes bien distinctes.

1° *Hernie traumatique.* — Celle qui se fait par une plaie.

2° *Hernie consécutive.* — Elle est consécutive à l'existence d'une cicatrice résultant d'un traumatisme ou d'une lésion quelconque.

3° *Hernie spontanée.* — Elle se produit sans qu'aucune violence extérieure, sans qu'aucune lésion appréciable ait affaibli le point qui lui livre passage.

4° *Hernie congénitale.* — Il en existe un seul exemple, dû à CRUVEILHIER. La hernie traumatique a été déjà décrite, nous n'aurons donc en vue, dans ce qui va suivre, que les hernies de la deuxième et de la troisième variété.

Historique. — Le premier cas de hernie du poumon que l'on rencontre dans la science est l'observation de FÉLIX PLATER (1641). RICHTER, MERCIER, LEROUX, rapportent ensuite quelques faits semblables. En 1819, CLOQUET, ayant observé deux hernies de ce genre, présente une étude assez complète de la question. Enfin, en 1847, MOREL-LAVALLÉE, dans un mémoire auquel nous ferons de nombreux emprunts, établit les signes caractéristiques de la pneumocèle. Peu de choses ont été ajoutées depuis aux descriptions de ce savant chirurgien.

Mécanisme. — Deux théories ont été mises en avant pour expliquer la formation de la pneumocèle, l'une est due à J. CLOQUET, l'autre à MOREL-LAVALLÉE. Ces deux théories reposent sur le mécanisme même de l'expiration. Pendant que s'accomplit ce phénomène, les parois thoraciques, ainsi qu'on le démontre en physiologie, compriment le poumon de toutes parts; dans les conditions ordinaires, la glotte étant perméable, l'air est expulsé, et le poumon obéissant à la force qui le comprime revient peu à peu sur lui-même. Mais supposez que, par une cause quelconque, l'air ne puisse s'échapper, le poumon résistera à l'action des parois, réagira contre cette action; et si, par hasard, un point de ces parois est affaibli, l'organe chassé par la pression qu'il supporte fera hernie en ce point faible.

Pour J. CLOQUET, ces conditions se trouvent réalisées pendant l'effort; la glotte est alors en effet complètement fermée, l'air ne peut s'échapper, et le poumon ressemble à ces ballons de caoutchouc qu'il est impossible de comprimer lorsqu'ils sont remplis d'air.

MOREL-LAVALLÉE ne croit pas le phénomène de l'effort nécessaire à la production de la hernie du poumon; la cause fondamentale résiderait, d'après cet auteur, dans l'expiration énergique, brusque. « Ce fluide, pressé de toutes parts et trouvant une issue insuffisante par la trachée, augmente de ressort en diminuant de volume, et réagit avec une égale force sur tous les points de la muqueuse... » Dès lors le parenchyme pulmonaire distendu comme dans l'emphysème serait refoulé au dehors contre la paroi qui, si elle est affaiblie, ne tardera pas à céder. La différence entre ces deux théories est bien peu considérable, les agents de la puissance et de la résistance sont les mêmes, le seul point qui partage ces auteurs consiste à savoir si la glotte est fermée ou non.

Étiologie. — Toute cause qui diminuera la résistance des parois thoraciques favorisera la production ultérieure d'une hernie. Ainsi agissent les cicatrices un peu étendues, ce qui nous explique pourquoi le nombre des hernies consécutives est plus considérable que celui des hernies spontanées. DESFOSSE, dans sa thèse, a réuni vingt-deux cas de pneumocèle qui se décomposent comme il suit: hernies spontanées, huit cas; hernies consécutives, quatorze. Les hommes naturellement sont beaucoup plus souvent porteurs de semblables tumeurs que les femmes. Les huit hernies spontanées ci-dessus donnent: hommes, six cas;