

V. — PHLEGMONS ET ABCÈS DE LA POITRINE.

I. — PHLEGMONS ET ABCÈS AIGUS DES PAROIS THORACIQUES.

Les phlegmons circonscrits et les abcès aigus des parois thoraciques, se présentent sous le même aspect que ceux des autres régions.

Il n'en est pas de même du PHLEGMON DIFFUS, qui, par sa gravité, par les méprises auxquelles il donne parfois lieu, doit être décrit à part.

Son histoire est courte. Nélaton, dans ses *Éléments de pathologie chirurgicale*, Chassaignac dans son *Traité de la suppuration*, lui consacrent seulement quelques lignes, en insistant cependant sur son pronostic toujours extrêmement sérieux. Follin et Duplay en font l'objet d'une courte description, d'après les thèses de Demartial (1875), de Serez (1876). Pénot, en 1882, les étudie à nouveau et M. Peyrot complète cette description dans le tome VI du *Traité de Chirurgie*.

C'est une affection rare. Pénot, en joignant à ses observations propres celles de ses deux devanciers, n'a réuni que dix observations. M. Peyrot en rapporte un cas. Moi-même, pendant le temps passé dans les hôpitaux, je n'en ai observé qu'un exemple.

Étiologie. — Ici, comme pour tout phlegmon diffus, on retrouve les causes d'ordre général qui créent une prédisposition grande à toute infection (1). Les fatigues exagérées, chez les jeunes soldats, invoquées par Serez, une nourriture insuffisante, l'âge du sujet, en un mot, toutes les causes de misère physiologique, excès, mauvaises conditions hygiéniques. Aucun des malades observés n'était diabétique, mais il est bien certain que là, comme ailleurs, le diabète peut préparer le terrain à une infection grave.

Je ne crois pas que l'analyse microbiologique ait été faite, mais, là sans doute aussi, le streptocoque est le microbe qui détermine le plus souvent l'inflammation diffuse du tissu cellulaire.

La porte d'entrée peut être une plaie quelconque de la paroi, plaie grave ou légère, simple écorchure parfois. Le voisinage de l'aisselle et de ses ganglions nombreux, leur inflammation fréquente font penser à M. Peyrot que le point de départ de l'infection est ordinairement dans le creux axillaire. Certains faits de Pénot, de Serez, où des traînées purulentes remontaient le long des vaisseaux jusque dans la région cervicale, où le tissu cellulaire de l'aisselle était détruit par le phlegmon, un cas de M. Peyrot où il existait une plaie des doigts ayant servi de porte d'entrée, celui que j'ai observé dans son service où le phlegmon fut consécutif à un panaris du pouce, militent fortement en faveur de cette opinion.

Anatomie pathologique. — Ces phlegmons siègent, presque toujours sur les parois latérales du thorax, creux axillaire ou à la base du

(1) Voy. art. PHLEGMON DIFFUS, par M. J. L. Faure, *Traité de chirurgie clinique*, t. I, p. 176.

thorax. Transversalement, ils débordent plus ou moins la région axillaire. Ainsi, dans un cas de Demartial, on constatait l'existence d'un énorme empâtement s'étendant en avant jusqu'au sternum, en arrière jusqu'au grand dorsal, et, verticalement, de l'aisselle à la base du thorax. Il peut s'étendre soit vers l'aisselle, sous le grand pectoral, ou vers le bas gagnant la paroi abdominale.

Les désordres produits par l'infection du tissu cellulaire de la paroi thoracique sont les mêmes que dans toute autre région : destruction et mortification des tissus, traînées purulentes allant entre les muscles et le long des vaisseaux. Dans un cas de Pénot, chaque faisceau du sous-scapulaire était séparé de son voisin par des traînées jaunâtres, friables, ramollies, et dont quelques-unes se terminaient par des cloaques suppurés du volume d'une noisette.

La plèvre peut être infectée secondairement, mais assez rarement.

Dans deux observations appartenant, l'une à Demartial, l'autre à Serez, l'on trouve signalé un épanchement de liquide séro-albumineux ; il était d'un litre et demi dans le premier, de quelques centimètres cubes seulement dans le second.

Symptômes. — L'importance des phénomènes généraux est ici si grande que, bon nombre de ces malades, observés, avaient été tout d'abord placés dans un service de médecine. C'est qu'en effet la prostration profonde du malade, sa fièvre vive, ses troubles gastriques ont pu faire penser à une fièvre typhoïde. Il semble même que les deux affections aient pu coexister. A l'autopsie d'un malade observé par Demartial, on trouva une ulcération des plaques de Peyer et des follicules clos isolés en voie de réparation. Les ganglions mésentériques et la rate étaient augmentés de volume.

Le début est, d'ordinaire, marqué par une douleur vive, interne, exaspérée encore par les accès de toux, si le malade est porteur en même temps d'une affection des bronches. Le malade reste immobile sur le dos, évitant tout effort et tout ce qui pourrait exagérer ses souffrances. Mais c'est là l'exception, et, le plus souvent, les phénomènes généraux signalés plus haut, dominant la scène. La fièvre est vive, 39° à 40° : le pouls est fréquent, 110 à 120 pulsations : la langue est sèche, fendillée, la soif intense, l'œil est morne et éteint.

Dès qu'on songe à découvrir la région dont se plaint le malade, on y constate, la plupart du temps, une rougeur, tantôt assez légère, tantôt franchement inflammatoire, sans limites précises, se prolongeant plus ou moins dans divers sens. La zone douloureuse est légèrement soulevée, empâtée.

Au bout de quelques jours, pendant lesquels, phénomènes locaux et généraux se sont aggravés, la peau est devenue rouge sombre, le gonflement s'est étendu de l'aisselle à la base du thorax. A la palpation, on trouve d'abord une sorte de rénitence paraissant profonde, ainsi qu'un œdème très marqué. Peu à peu, dans les jours qui suivent,

la fluctuation devient manifeste et de plus en plus superficielle. Le pus qui s'écoule, les débris du tissu cellulaire sphacélé sont les mêmes que dans tous les phlegmons diffus. Il n'y a pas lieu ici d'y insister. Les phlegmons peuvent guérir, mais c'est la grande exception, et la plupart des cas observés se sont terminés par la mort. Mais, comme le fait observer M. Peyrot, plusieurs ont reçu des soins insuffisants, et il est peut-être possible que, mieux traités, quelques-uns eussent pu guérir.

Diagnostic. — Si l'on y songe, et si on examine le malade dans son entier, le diagnostic sera le plus souvent établi d'emblée. Dans le cas contraire, il peut être confondu avec toutes les maladies infectieuses à phénomènes généraux graves.

Si l'attention est attirée vers le thorax par la douleur, il sera bien difficilement confondu avec une pleurésie; celle-ci, en effet, s'accompagne très rarement de phénomènes généraux aussi graves et la douleur est beaucoup moins vive. L'examen stéthoscopique lèverait d'ailleurs les doutes.

L'érysipèle, qui, d'ailleurs, vient compliquer assez fréquemment le phlegmon, s'en distingue facilement. La phlébite de la veine mammaire externe a pu, dans un cas communiqué à Demartial par M. Campenon, faire penser à un phlegmon. Mais c'est là un fait très exceptionnel et que je cite simplement à titre de curiosité.

Pronostic. — Ces phlegmons diffus du thorax sont extrêmement graves. Dans la plupart des cas observés, ils se sont terminés par la mort.

Traitement. — Le traitement est le même que celui des phlegmons des autres régions (1), c'est-à-dire désinfection de la peau et de la plaie qui a pu servir de porte d'entrée, incisions longues et multiples allant de l'aisselle à la base du thorax, cautérisation au fer rouge, attouchements à l'aide d'un tampon imprégné de teinture d'iode, lavages à l'eau bouillie ou avec une solution de sublimé, pansements antiseptiques. Mais il faudra en même temps instituer un traitement général, et essayer, par tous les moyens médicaux possibles, de relever les forces du malade. Des injections de sérum seront pratiquées, et pourront peut-être lui permettre de résister à la formidable infection sous-cutanée ou intra-veineuse dont il est atteint.

II. — ABCÈS DU MÉDIASTIN.

L'histoire des abcès du médiastin remonte à Galien, qui pratiqua, sur un jeune homme, la trépanation du sternum pour donner passage au pus situé derrière cet os. De La Martinière (2), dans un mémoire présenté à l'Académie de Chirurgie, décrit les indications du trépan

(1) Voy. l'art. PHLEGMON. *Traité de chirurgie clinique*, t. I.

(2) DE LA MARTINIÈRE, Mémoire sur l'opération du trépan au sternum (*Mém. de l'Acad. royale de Chir.*, t. IV, p. 545).

et réunit un certain nombre d'observations. Boyer en donne une description très complète. Guntner (1) les étudie en 1859 d'après quatre observations. Daudé (1871) publie un mémoire important dans le *Montpellier médical*. Plus près de nous on trouve, dans les recueils, un certain nombre d'observations d'un grand intérêt.

Le tissu cellulaire lâche qui entoure les organes contenus dans le médiastin, peut être envahi par des suppurations d'origine variable. La division adoptée par Follin et Duplay, d'abcès idiopathiques et symptomatiques n'a pas sa raison d'être.

On les rencontre à la suite d'inflammation des ganglions mammaires internes ou du médiastin, d'abcès rétropharyngiens ou péripharyngiens, de perforation de l'œsophage sous l'influence d'un cancer ou d'un corps étranger. Ils ont succédé plusieurs fois à des extirpations de goitre, Boëchat (2), Péan (3). Smith a vu un abcès du médiastin antérieur consécutif à une urétrotomie interne, Daudé a signalé un certain nombre d'abcès métastatiques. Les traumatismes de la région sternale, plaies, contusions, fractures, en sont fréquemment cause. Les suppurations des organes avoisinants, abcès du poumon, pleurésie purulente, s'accompagnent parfois de suppurations du médiastin. Les lésions tuberculeuses ou franchement inflammatoires du sternum précèdent souvent ces abcès.

Symptômes. — Au point de vue clinique, ils se présentent sous deux formes bien distinctes. Ils sont aigus ou chroniques. Les médiastinites aiguës débutent par des phénomènes généraux intenses. La respiration est difficile, courte et fréquente, la soif extrême, la température 39° à 40°; le pouls est dur, rapide. D'ordinaire le malade ressent à la partie antérieure de la poitrine, derrière le sternum, une douleur profonde, tantôt vive et pulsatile, tantôt sourde et gravative qui s'étend jusqu'au dos; il éprouve des angoisses, des palpitations, des syncopes, et, si la maladie doit avoir une terminaison funeste, la mort arrive du deuxième au dixième jour.

Dans le cas d'abcès consécutif à un traumatisme, à une lésion primitive du sternum, les phénomènes généraux sont bien moins prononcés. Ils se bornent, le plus souvent, à une douleur sourde, profonde, siégeant derrière le sternum, à une toux sèche habituelle et à l'oppression. Ce n'est guère qu'à l'époque où l'abcès apparaît à l'extérieur que l'on peut juger de sa nature et de son siège primitif.

Dans le premier cas, si la mort n'arrête pas l'évolution de la médiastinite, les symptômes inflammatoires, après avoir été portés à un très haut degré, diminuent sensiblement, pendant que le malade ressent des frissons irréguliers, à mesure que le pus se forme et s'ac-

(1) GUNTNER, *Oesterreich. Zeitschrift für prakt. Heilkunde*, mars 1859.

(2) BOËCHAT, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1881, p. 459.

(3) PÉAN, *Gaz. des hôp.*, 1880.

(4) SMITH, *The Lancet*, vol. I, 1877, p. 195.

cumule entre les deux lames du médiastin; le malade est tourmenté par une douleur sourde et profonde rétro-sternale. L'oppression, l'anxiété, les palpitations et les syncopes s'aggravent.

Quelle qu'ait été la marche de l'inflammation et, quelle que soit la cause de cet abcès, le pus qu'il contient peut s'échapper par différentes voies.

Il est rare que l'abcès s'ouvre dans la plèvre. Les lames médiastines épaissies sous l'influence de l'inflammation, opposent au pus une digue suffisante. Cependant la chose n'est point impossible. On en trouve un exemple dans la 9^e observation de La Martinière, bien que le pus ait eu une issue au dehors. Langenbeck rapporte un cas heureux d'observation d'empyème, consécutif à un phlegmon du médiastin postérieur, ouvert spontanément dans la plèvre. Cependant quelquefois, bien que l'abcès ne se soit pas vidé dans la cavité pleurale, celle-ci contient un liquide, tantôt plus ou moins louche, tantôt franchement purulent.

En général, c'est presque toujours vers l'extérieur que se dirige le pus des abcès du médiastin. Il passe, soit à travers le sternum fracturé, ou détruit sur une étendue plus ou moins grande, soit à travers un espace intercostal situé, d'après Güntner, le long du bord gauche du sternum, entre les deuxième et troisième cartilages costaux. Parfois la tumeur se développe, soit au niveau de la fourchette sternale, soit encore près de l'appendice xyphoïde.

Dans le cas de *médiastinite chronique*, dès que le pus s'est fait jour à l'extérieur, il se forme une tumeur molle, pâteuse, circonscrite, sans changement de couleur ni augmentation de chaleur à la peau. Cette tumeur souvent animée de battements, est réductible. Cette réductibilité est fréquemment accompagnée d'augmentation dans la gêne de la respiration. Peu à peu cette tumeur augmente, la peau s'amincit, et le pus s'écoule au dehors. En un mot, nous avons là un véritable abcès froid du thorax.

Dans les *médiastinites aiguës*, l'évolution du pus vers l'extérieur est précédée d'un gonflement d'étendue variable. Ainsi, sur un malade de Reid, il occupait toute la partie moyenne du thorax, depuis le mamelon gauche jusqu'à l'aisselle droite. Sur un sujet de Güntner, la partie antérieure de la poitrine présentait un gonflement s'étendant en haut au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, en bas jusque vers le milieu du sternum, à droite jusqu'à la ligne mamellaire; le gonflement était tendu, la peau luisante et chaude.

Dans deux cas publiés, l'un par Champetier de Ribes, en 1877, l'autre par Ziembicki à la Société de Chirurgie, 1896, il s'agissait d'abcès du médiastin postérieur consécutif à un abcès prévertébral, causé lui-même par un corps étranger ayant perforé l'œsophage à son origine. Dans ces deux cas, le cou était gonflé en masse, il n'y avait pas d'œdème, ce qui tenait à la situation profonde du pus. Dans aucun d'eux, le diagnostic d'abcès du médiastin postérieur ne fut porté, et

l'envahissement du médiastin ne fut reconnu, dans l'un, qu'à l'opération, dans l'autre, qu'à l'autopsie.

La guérison a été assez souvent obtenue. Mais la santé est toujours longue à se rétablir. La terminaison fatale est fréquente, soit que le malade succombe à l'intensité de l'inflammation, ou à une complication pleuro-pulmonaire ou cardio-péricardique, soit que la suppuration prolongée affaiblisse le malade au point d'entraîner la mort.

Diagnostic. — Tous les auteurs s'accordent à reconnaître combien le diagnostic est difficile quand le pus ne s'est pas encore fait jour sous la peau. Les phénomènes généraux : toux, dyspnée, palpitations, douleurs, font surtout penser à une lésion inflammatoire du cœur ou des poumons. Ainsi dans une observation publiée par Bussard (*Gazette hebdomadaire*, 1874), les diagnostics successivement portés furent, d'abord : embarras gastrique, puis, pyéléphlébite de la veine porte, puis endocardite ulcéreuse. Or, à l'autopsie, l'on trouva un abcès de la partie supérieure du médiastin, ouvert dans la bronche droite, ayant ulcéré l'oreillette gauche qui communiquait avec la poche purulente.

Quand l'abcès apparaît à l'extérieur, le diagnostic est généralement facile. Cependant, en raison de sa réductibilité, des mouvements dont il peut être animé, mouvements isochrones aux battements cardiaques, l'on a quelquefois hésité, et quelques observations publiées dans les journaux montrent bien la difficulté de ce diagnostic. Ainsi dans la *Gazette des hôpitaux* (1833), se trouve relatée par Deux Ponts, chirurgien militaire, l'histoire d'un abcès du médiastin simulant un anévrisme de l'aorte ascendante.

L'abcès du médiastin reconnu, il faudra s'enquérir des causes qui lui ont donné naissance : de l'état du sternum, des cartilages costaux et des côtes avoisinantes. Si l'abcès est ouvert, l'introduction d'une sonde permettra de reconnaître les lésions osseuses, la profondeur et l'étendue de la poche rétro-sternale.

Traitement. — Donner issue au pus, enlever les parties osseuses malades, tel doit être le but que se propose l'opérateur.

Quand l'abcès est encore profond, qu'il est caché derrière le sternum, si l'on arrive à un diagnostic ferme, la voie la moins dangereuse et la plus courte est la voie sternale. Une trépanation du sternum conduira dans la poche purulente. C'est le conseil que donnaient, il y a déjà longtemps, Barbette et Colombus. Explorer le médiastin, à travers le sternum, serait moins grave, même en cas d'erreur, que de laisser évoluer l'abcès, détruire le sternum par la suppuration ou envahir la plèvre ou le péricarde.

Si l'abcès fait saillie à l'extérieur, sur les parties latérales du sternum, il faut inciser largement de façon à livrer facilement passage au pus. L'abcès vidé, la cavité sera soigneusement explorée, le sternum, les cartilages seront examinés, et dans le cas où ils

seraient reconnus malades, il faudra en enlever les parties nécrosées.

Quand l'abcès s'est ouvert à l'extérieur à travers une perforation du sternum, il faut, si celle-ci est trop petite, ou si on soupçonne une lésion plus étendue de cet os, agrandir l'orifice de telle sorte que le pus puisse s'écouler librement et que l'on puisse explorer la face profonde de l'os.

La tumeur par laquelle l'abcès du médiastin se manifeste à l'extérieur est, parfois, située à la partie inférieure du cou, au-dessus de l'échancre du sternum; souvent alors la simple incision suffit, surtout si on met ensuite le malade la tête légèrement plus basse que les pieds, comme le fit de La Martinière, position qui favorise l'écoulement du pus dans l'intervalle des pansements. Mais, lorsque le pus s'écoule difficilement et que sa rétention donne lieu à des accidents, on ne peut les faire cesser qu'en trépanant le sternum vis-à-vis du fond du foyer. C'est le conseil que donne Boyer, s'appuyant sur des observations très démonstratives de La Martinière.

Lorsqu'un cas siège dans le médiastin postérieur, Ziembicki, se basant sur un cas observé par lui, conseille d'aller à la recherche du pus, et de pratiquer, non seulement l'incision du foyer cervical paracœsophagien, s'il existe, mais d'attaquer le médiastin par le procédé de Nasilof.

Nasilof recommande d'aborder le médiastin par le côté gauche pour atteindre la partie supérieure de l'œsophage; par le côté droit, si on vise la partie inférieure. MM. Quénu et Hartmann, se basant sur une disposition anatomique de la plèvre droite recommandent de faire toujours l'incision à gauche, Ziembicki dans son cas, sachant que le phlegmon intéressait non seulement la paroi antérieure de la colonne vertébrale, mais aussi sa partie latérale droite, se proposait d'intervenir par la droite, supposant que le pus devait avoir fait une partie du chemin au-devant du doigt chargé du décollement de la plèvre. Il fit l'opération sur le cadavre de la malade, mais il ne put éviter de déchirer le cul-de-sac pleural en deux ou trois endroits.

La technique indiquée par MM. Quénu et Hartmann est la suivante: incision de quinze centimètres sur l'angle des côtes entre le bord spinal de l'omoplate et la colonne vertébrale, à environ quatre travers de doigts de l'épine vertébrale, la partie moyenne de l'incision correspondant à peu près à l'épine de l'omoplate, ou mieux, siégeant un peu au-dessous. Les muscles sont autant que possible écartés. Les côtes sont dénudées et réséquées sur une étendue de deux centimètres. Il suffit de cette minime résection portant sur trois côtes pour permettre à la main, qui a décollé préalablement la plèvre pariétale, de pénétrer tout entière dans le médiastin postérieur.

III. — ABCÈS FROIDS DU THORAX.

Historique et pathogénie. — Avant les recherches de Leplat (*Archives générales de médecine*, 1865) il n'existait guère qu'une série d'observations éparses dans la science et publiées par A. Bonnet, Menière, Maslieurat-Lajemard, etc. Leplat donne des abcès froids du thorax, une pathogénie qui, nous le verrons, est, dans beaucoup de cas, exacte. Voici d'ailleurs ce qu'il écrit.

1° La carie et la nécrose des côtes sont vraisemblablement trop volontiers invoquées comme origine des abcès pariétaux. Quand il n'existe ni scrofule, ni syphilis, ni contusion violente, il est irrationnel de supposer une altération osseuse; lorsque celle-ci existe elle ne peut être que consécutive.

2° Les inflammations de la plèvre, au lieu de se limiter au tissu primitivement envahi, ont des retentissements morbides sur les tissus environnants, et sont causes, dans certaines circonstances, des abcès chauds ou froids des parois thoraciques. Cette proposition est prouvée par l'analyse de plus de 300 observations.

3° Les efforts de toux sont insuffisants par eux-mêmes pour donner naissance à un abcès thoracique si leur action n'est secondée par une inflammation pleuro-pulmonaire. Les complications qui appartiennent à ces abcès sont les altérations du poumon et les ostéites consécutives.

Il résulte de ces conclusions que la lésion pleurale est primitive, que l'ostéite, tout en pouvant être primitive, si tant est qu'elle le soit, n'est le plus souvent que secondaire.

L'opinion de Leplat fut généralement admise jusqu'au jour où Gaujot, dans des cliniques faites au Val-de-Grâce, exposa sa théorie dite de la *périostite externe*, qui fut acceptée par la majorité des auteurs et devint classique.

M. le professeur Duplay, dans une leçon publiée en 1876 dans le *Progrès médical*, distingue trois variétés d'abcès froids thoraciques.

1° *Abcès froids.* — Cette classe comprend les adénites tuberculeuses et les gommés de même nature du tissu cellulaire.

2° *Abcès périostiques.* — Ce sont des collections purulentes en rapport direct avec le squelette, mais avec le squelette resté sain, au moins au début de l'affection. Ils se développent autour des côtes, ou sur les faces externes du sternum, mais le périoste seul est altéré à sa surface externe. Il les divise en : 1° Abcès sus-costaux, lorsqu'ils sont situés en avant des côtes; 2° abcès sous-costaux, lorsqu'ils siègent en arrière des côtes ou du sternum; 3° abcès en bouton de chemise, lorsque les deux formes précédentes existent chez le même sujet et que les deux poches purulentes communiquent, à travers un espace intercostal, par une brèche plus ou moins large.

Pour expliquer ces abcès, il adopte l'opinion de Gaujot. Ils sont la

conséquence d'une périostite superficielle externe, qui laisse intacte l'adhérence du périoste aux os qui ne sont nullement touchés dans une première période de la maladie. Quand l'os est atteint, ce n'est qu'une lésion par propagation.

3° *Abcès ossifluents*. — Ils sont dus à une lésion profonde des os du sternum, côte, ou vertèbre.

Verneuil (1) attaque la théorie de la périostite externe. Faisant remarquer que ces abcès sont surtout fréquents à la partie antérieure et inférieure du thorax, là où les côtes sont recouvertes de couches musculaires, il invoque, pour les expliquer, l'inflammation des bourses séreuses situées entre les muscles et la paroi. En un mot, il y aurait, au niveau de la paroi thoracique des hygromas suppurés comme il en existe autour des articulations. Il admet, de plus, une autre variété d'abcès froids, développés autour des ganglions qui accompagnent les vaisseaux mammaires internes. Un élève de Gaujot, M. Charvot, reprend et défend les idées de son maître.

Cette théorie fut généralement acceptée et nous la trouvons exposée dans les différents traités classiques.

Quelques années après, on revint aux idées exprimées par Parise (de Lille), Bonnet (de Lyon), etc. L'abcès froid est dû à la carie costale.

M. Tuffier (2) insiste sur ce fait, qu'après avoir ouvert un abcès, il ne faut pas se hâter de conclure à une périostite, mais qu'il faut débrider l'espace intercostal et aller à la recherche de la lésion osseuse, qu'on trouvera souvent sur la face interne de la côte ou sur un de ses bords.

Cette opinion fut défendue dans deux thèses Bonnel (1891), Bonnaud (1891) (3). Ce dernier est très affirmatif. La périostite n'est qu'une lésion de voisinage, le point de départ de l'abcès thoracique est toujours l'os et non pas le périoste.

M. Peyrot, dans le VI^e volume du *Traité de chirurgie*, appuie cette opinion de toute son autorité. Il n'y a pas lieu, dit-il, de maintenir la distinction entre les abcès par périostite et les abcès par congestion d'origine costale.

Si nous résumons cet historique, nous voyons qu'on peut décrire trois périodes.

1° Une première, qui s'étend jusqu'à Leplat (1865), où les abcès froids sont considérés comme consécutifs à une carie costale.

Cette théorie a pour elle les noms de Parise, Bonnet, etc.

2° Une deuxième période où se discutent les théories de Leplat et de Gaujot, et où, finalement, celle de Gaujot l'emporte après les thèses de Choné, les leçons cliniques de Duplay, les mémoires de Charvot et de Bousquet.

(1) VERNEUIL. *Progrès médical*, 1876.

(2) TUFFIER, *Semaine méd.*, 1890.

(3) BONNEL, et BONNAUD, thèses, 1891.

3° Une troisième période, où la théorie périostique est fortement battue en brèche, puis abandonnée au profit de la théorie osseuse.

Dans une thèse récente (1894), j'ai, moi-même, étudié à nouveau les abcès froids du thorax, et j'ai montré, par de nombreuses observations, par des recherches anatomiques, portant sur l'espace intercostal (sur les communications entre les lymphatiques de la plèvre et ceux de la paroi), qu'il fallait revenir en grande partie aux idées de Leplat. Ces recherches furent confirmées par le professeur agrégé Gervais de Rouville, qui publia dans le *Montpellier médical*, une belle observation d'abcès froid consécutif à une pleurésie. Ces faits reçurent une éclatante démonstration dans un cas où M. le Professeur Tillaux affirma sur un jeune homme, ayant eu trois mois avant une pleurésie, et qui portait un abcès situé près du sternum au niveau du deuxième espace, qu'il n'y avait pas la moindre lésion osseuse, ce que l'opération confirma pleinement. M. Peyrot défendit cette théorie au Congrès de Chirurgie (1897).

Récemment encore M. Péron (1), dans une étude expérimentale et anatomique sur les tuberculoses de la plèvre, a montré que, dans les cas de pleurésie, il existait souvent des lésions tuberculeuses microscopiques sous-pleurales et dans l'espace intercostal. M. Péron a vu parfois dans le tissu cellulaire sous-jacent à la plèvre tuberculeuse des amas leucocytiques, probablement inclus primitivement dans les voies lymphatiques de l'espace intercostal, diffuser et s'étaler entre les faisceaux des muscles intercostaux. Ces amas leucocytiques, habituellement, ne renferment pas de bacilles, mais, parfois dans leur centre, on peut en rencontrer quelques-uns. A leur voisinage le muscle s'atrophie, ses fibres diminuent de volume, et le tissu conjonctif interfasciculaire apparaît sous forme d'anneaux serrés entourant les fibres isolées.

Je crois qu'on doit admettre au point de vue pathogénique : 1° des abcès froids consécutifs à une lésion pleurale pulmonaire ; 2° des abcès froids dus à une ostéite tuberculeuse ; 3° des abcès froids dus à une lésion tuberculeuse du tissu cellulaire.

Anatomie pathologique. — ABCÈS DÉVELOPPÉ AUX DÉPENS DU TISSU CELLULAIRE ET DES PARTIES MOLLES. — Cet abcès débute par une petite tumeur indépendante de la peau et des os. Cette gomme tuberculeuse est le plus souvent placée sous la peau près de la face profonde du derme auquel il n'adhère pas au début ; d'autres fois elle siège dans l'intérieur des muscles. Après une période variable, elle se ramollit à son centre, suivant en cela la loi générale des productions tuberculeuses. Le pus se forme, on perçoit la fluctuation, l'abcès est constitué. Au bout d'un temps variable, la peau s'amincit, se rompt, le pus s'évacue au dehors, et il reste une fistule qui peut

(1) Thèse de Paris, 1896.