

C'est un empatement diffus plutôt qu'un gonflement inflammatoire. Il s'étend de la base de l'aisselle à la base du thorax; mais il dépasse souvent ces limites, soit en haut, soit en bas, gagnant par exemple l'épaule, ou la partie latérale correspondante de l'abdomen.

Quelquefois, ainsi qu'on le voit en pratiquant les incisions nécessaires au traitement, le tissu cellulaire sous-cutané est envahi seul; mais souvent le tissu cellulaire profond sous-aponévrotique intermusculaire est pris en même temps.

L'étiologie de ce phlegmon diffus comporte, comme celle du phlegmon diffus en général, deux termes: une cause prédisposante que nous pouvons caractériser en disant qu'elle prépare le terrain dans lequel évoluera d'une façon désastreuse l'agent infectieux, et une cause locale qui créera la porte d'entrée nécessaire à l'introduction de cet agent.

Les causes prédisposantes n'ont rien de spécial. C'est toujours la misère, les mauvaises conditions hygiéniques, les fatigues excessives qu'on peut invoquer. Quelquefois ces conditions manquent absolument.

Localement, quoi qu'en dise Pénot, il est infiniment probable que le point de départ de l'infection est ordinairement dans l'aisselle. A la vérité, cette région est souvent peu ou point tuméfiée; mais l'objection a peu d'importance. Il est clair qu'ici l'agent infectieux est doué d'une virulence telle que tout travail de défense de la part du tissu cellulaire est presque impossible. Il peut donc envahir les ganglions axillaires, les traverser et se répandre au loin sans qu'au niveau du point d'entrée nous retrouvions des traces grossières de son passage. Dans quelques cas, d'ailleurs, la participation de la chaîne ganglionnaire est bien évidente. Une observation de Pénot nous fait voir des traînées purulentes le long des vaisseaux remontant jusque dans la région cervicale; une autre de Serez montre le tissu cellulaire de l'aisselle mortifié. Dans un fait que j'ai observé moi-même il existait des lésions des doigts qui avaient pu être le point de départ de l'affection. Mais il ne faut pas s'étonner que cet antécédent si habituel dans les phlegmons aigus du bras ou de l'aisselle manque dans cette infection du tissu cellulaire qu'on appelle improprement le phlegmon diffus; son absence s'explique par la virulence extrême de l'agent infectant.

Le phlegmon diffus de la poitrine se termine, comme celui des autres régions, par la mortification et l'élimination des parties atteintes. Des portions de muscles sont quelquefois entraînées avec le tissu cellulaire. Par voisinage la plèvre se prend parfois; des infections secondaires peuvent se produire du côté des viscères: broncho-pneumonie, péricardite, néphrite, abcès articulaires, etc., c'est l'infection purulente. L'érysipèle peut continuer le phlegmon diffus et se propager au loin. Il n'est pas étonnant qu'une affection de cette nature amène souvent la mort. Sur 10 malades dont Pénot a rassemblé les observations, 6 sont morts, 2 ont guéri, 2 étaient en traitement au moment où l'on publiait leur histoire. L'un d'eux a dû succomber. Plusieurs ont reçu des soins insuffisants ou ont été traités au moyen des cataplasmes. Il est possible qu'un traitement mieux dirigé en eût sauvé quelques-uns.

Le traitement doit avoir pour objectif la désinfection des parties envahies par l'agent morbide, la destruction de cet agent, la mise en état de défense du tissu cellulaire encore vivant. A ces indications correspondent: les larges incisions étendues par exemple du sommet de l'aisselle à la base de la poitrine,

appuyées, si c'est utile, d'autres incisions parallèles à l'ouverture fondamentale; les lavages soigneusement faits avec la solution de sublimé; les applications de teinture d'iode portées au moyen d'un pinceau dans tous les recoins qu'on peut découvrir: la cautérisation au moyen du fer rouge, qui paraît agir et par l'échauffement du foyer malade et par l'excitation des propriétés utiles du tissu cellulaire avoisinant, comme la phagocytose par exemple. On se trouvera bien d'appliquer sur toute la surface malade des pansements humides fréquemment renouvelés, avec la solution de sublimé. On relèvera les forces et l'on nourrira le malade au moyen du vin et du lait. Ce dernier aura l'avantage de favoriser, avec la fonction urinaire, l'élimination des poisons absorbés par l'économie. On pourra aussi recourir aux injections intra-veineuses de sérum artificiel.

CHAPITRE II

PHLEGMON SOUS-PLEURAL OU PÉRIPLEURITE

Encore assez mal connue, quoique Boyer l'ait déjà décrite dans un chapitre spécial⁽¹⁾, l'inflammation du tissu cellulaire sous-pleural a été mise hors de doute par les descriptions de Wunderlich⁽²⁾ et de Billroth⁽³⁾. Bartels, de Kiel, a publié un travail intéressant sur cette affection, in *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1875, n° 52, ainsi que Franz Riegel, in *Deutsches Archiv für klin. Medic.*, 1877, p. 51. Barth en a publié une curieuse observation dans la *France médicale* du 11 août 1880. J'en ai observé moi-même un cas à l'hôpital Lariboisière, en 1889.

L'examen bactériologique du pus n'a été fait dans aucun cas à ma connaissance. Il est probable qu'il s'agit d'une suppuration streptococcique se produisant dans des conditions de virulence très exaltées.

En effet, la plupart des cas sont marqués à leur début par des phénomènes généraux graves: frissons, élévation considérable de la température, fréquence du pouls, souvent véritable état adynamique avec délire. Les urines contiennent presque toujours de l'albumine, et la néphrite parenchymateuse diffuse est une complication pour ainsi dire habituelle. La péricardite, les suppurations multiples de la pyohémie, ont été notées plusieurs fois.

L'étiologie de cette affection est encore à faire. On l'a rencontrée chez des enfants et chez des adultes. Quelques malades avaient souffert de la misère ou de mauvais traitements; d'autres étaient en pleine santé. Pas de pleurésie ni d'affection du périoste ou des os précédant l'apparition de la maladie.

L'abcès sous-pleural doit être distingué de la pleurésie purulente. Le seul signe important, c'est la constatation par les divers moyens d'investigation d'une collection limitée, qui parfois détermine une voussure étendue à deux ou

⁽¹⁾ BOYER, *Des abcès du tissu cellulaire de la plèvre. Traité des maladies chir.*, 4^e édition, t. VII, p. 541.

⁽²⁾ WUNDERLICH, *Arch. der Heilkunde*, t. II, 1861.

⁽³⁾ BILLROTH, *Arch. für klin. Chir. von Langenbeck*, t. II, 1861.

trois espaces intercostaux et l'élargissement de ces espaces au point que la fluctuation a pu être perçue à leur niveau.

Quand l'existence d'une semblable collection a été bien constatée, on ne peut plus hésiter qu'entre un abcès péri-pleural ou une pleurésie enkystée. Mais cette dernière ne se développe pas avec cette soudaineté.

Ces abcès ont peu de tendance à s'ouvrir dans la cavité pleurale. Cet accident s'est pourtant produit dans un fait rapporté par Bartels. Dans l'observation de Barth, nous voyons qu'il s'était produit une gangrène de la plèvre pariétale sous la forme d'une plaque dont les dimensions atteignaient celles d'une pièce de 2 francs. L'établissement d'une fistule a été noté plusieurs fois ; mais il tient peut-être à une intervention insuffisante.

Dès qu'une semblable collection est reconnue, une large incision doit en effet être pratiquée, et même il est utile dans la plupart des cas d'y joindre la résection d'un segment de côte. Cette résection permettra d'explorer complètement la cavité de l'abcès, de découvrir les diverticules qui ont été quelquefois signalés, de désinfecter largement la cavité, de la bourrer au besoin de gaze iodoformée, pratique qui dans le cas que j'ai observé a procuré une guérison rapide.

CHAPITRE III

ABCÈS FROIDS DE LA PAROI THORACIQUE

De petites collections tuberculeuses sous-cutanées peuvent se rencontrer au thorax comme partout ; des abcès par congestion venus de la colonne vertébrale suivent quelquefois un espace intercostal ; le sternum est envahi assez souvent par la tuberculose ; mais les abcès froids communs de la paroi thoracique se rattachent le plus souvent soit à des lésions costales soit à des lésions pleurales. C'est à ces deux dernières variétés seules que se bornera notre étude.

Historique. — La fréquence extrême des abcès froids de la paroi thoracique a frappé depuis longtemps les observateurs. Jusqu'à une époque toute récente, on rattachait presque toutes ces collections à des lésions costales vulgaires : ostéite, carie, nécrose, et l'on faisait jouer dans la production de ces dernières un grand rôle aux violences subies par le thorax. C'est ainsi que Larrey et Sédillot attribuaient sa fréquence chez les jeunes militaires, fréquence qui, pour le dire en passant, n'est nullement supérieure à celle de la population civile, aux pressions exercées sur le thorax par les courroies et les pièces dures de l'équipement ou de l'armement.

Menière pensait que la toux pouvait, en secouant les côtes, en déterminant des tiraillements sur les insertions musculaires, arriver au même effet.

Cette étiologie toute mécanique, pour ainsi dire, ne pouvait guère se soutenir. Leplat, en 1865, défendit une opinion plus voisine de la vérité et en tout cas plus clinique en avançant que ces collections n'étaient qu'une variété d'abcès

circonvoisins provoqués par une pleurésie actuelle ou antérieure. L'examen des faits a montré que la pleurésie invoquée par Leplat existe assez souvent, mais manque plus souvent encore. Leplat faisait bien ressortir dans son mémoire ce point, que les abcès froids du thorax étaient souvent idiopathiques, c'est-à-dire que pour lui les altérations costales manquaient fréquemment ou ne s'étaient produites que secondairement.

Gaujot, en 1866, dans des leçons faites au Val-de-Grâce, qui ont été rapportées par ses élèves Choné, H. Bousquet, Charvot, rattacha nettement les abcès froids, en apparence idiopathiques, à des lésions du périoste, et il créa l'expression de périostite externe.

Verneuil essaya en vain d'opposer à cette conception celle des collections développées dans des bourses séreuses sous-musculaires, d'ailleurs hypothétiques. L'opinion de Gaujot fit fortune ; elle fut adoptée et défendue brillamment par Duplay.

L'école du Val-de-Grâce devait avec Kiener compléter bientôt cette donnée et montrer que la périostite externe de Gaujot n'était autre qu'une périostite tuberculeuse.

Aujourd'hui la description même de la périostite tuberculeuse externe, telle que nous la trouvons dans Duplay par exemple, paraît bien difficile à accepter.

Il nous semble que la périostite externe a servi à expliquer les cas, plus fréquents peut-être que tous les autres, dans lesquels la lésion première est une gomme tuberculeuse sous-pleurale. Aussi depuis quelques années, et plus particulièrement depuis le travail de mon élève et ami Souligoux (*Pathogénie des abcès froids du thorax*. Thèse de doctorat, Paris, 1894, n° 459), tend-on à admettre deux variétés d'abcès de la paroi : des abcès primitivement osseux, et des abcès d'origine pleurale, sans lésion osseuse ou à lésion osseuse secondaire.

Étiologie. — Nous ne saurions partager l'opinion qui fait de l'abcès froid thoracique l'apanage de la jeunesse. On l'observe en effet à tous les âges. La plupart des malades qui se sont présentés à mon observation à l'hôpital Lariboisière dans ces dernières années avaient dépassé la trentaine. Je l'ai vu plusieurs fois chez des malades âgés de plus de cinquante ans.

Les causes occasionnelles sur lesquelles on insistait tant jadis n'ont que peu d'importance.

L'étiologie véritable est celle de la tuberculose en général ; il faut y ajouter l'influence de cette lésion locale souvent incriminée, la pleurésie. La pleurésie séreuse est presque toujours fonction de tuberculose. On peut donc admettre qu'à côté de la pleurésie, accident tuberculeux, mais indépendamment de cette affection, l'abcès froid, autre accident tuberculeux, se développe d'une façon isolée ; mais il est bien rationnel de penser que la pleurite tuberculeuse peut se propager par la voie lymphatique aux tissus voisins et en particulier aux arcs costaux. Ainsi s'expliquent les rapports constatés, mais mal interprétés jusqu'au moment où a paru le travail cité plus haut, entre la toux (Menière) ou la pleurésie (Leplat) et l'abcès froid thoracique.

Anatomie pathologique. — L'abcès froid au thorax, comme partout, passe par une période d'induration dans laquelle on ne trouve pas de liquide au sein de la tuméfaction, mais seulement des masses solides, des gommages tuberculeuses. L'os est souvent pris soit d'une façon primitive, soit secondairement. Il est alors épaissi, vascularisé, quelquefois creusé de petites cupules pleines de