

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

fongosités. Les cartilages costaux, loin d'échapper à cette lésion, la présentent presque aussi fréquemment que les os. On les trouve gonflés, vascularisés, jaunes, infiltrés de sels calcaires, creusés eux aussi parfois de cavités fongueuses. Cette altération des cartilages costaux plaide en faveur de l'origine pleurale des abcès froids : c'est, en effet, une loi que la tuberculose des cartilages n'est jamais primitive. Le périoste présente le même aspect et s'infiltré de dépôts caséeux. Dans le tissu cellulaire voisin, de nouvelles masses tuberculeuses s'ajoutent aux premières, quelquefois une certaine épaisseur de parties saines séparent les dépôts nouveaux de l'amas principal. Bientôt survient le ramollissement, qui donne finalement naissance à l'abcès froid proprement dit.

Les dépôts tuberculeux et les collections qui leur succèdent siègent tantôt à la face externe des côtes, *abcès sus-costaux*, tantôt à la face interne, *abcès sous-costaux*, ou bien encore présentent deux loges, une *sus-costale*, l'autre *sous-costale*, communiquant à travers un espace intercostal. Ces communications, qui se font au moyen de traînées tuberculeuses disposées le long des vaisseaux perforants, sont quelquefois fort étroites, difficiles à découvrir. On peut aisément les méconnaître, et par conséquent négliger une partie essentielle du traitement, puisqu'on ne sera pas conduit à aborder la partie profonde de l'abcès froid.

La cavité extérieure est d'ailleurs toujours irrégulière, bridée par les faisceaux musculaires qui vont s'insérer aux côtes; un peu de patience est nécessaire si l'on veut l'explorer complètement. Le contenu est celui de tous les abcès froids : une membrane molle, infiltrée de produits tuberculeux, qui est caractéristique de cette espèce de lésion, et un liquide d'aspect purulent, souvent séreux, granuleux, mal lié ou même purement albumineux. A ce moment, on trouve souvent une ou plusieurs côtes dénudées, rugueuses, sur une étendue plus ou moins considérable.

**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 sur ses parties latérales et antéro-latérales au niveau des espaces perforés. Elle est allongée dans le sens des os, et leur adhère intimement. On a la sensation qu'elle est profonde, sous-aponévrotique ou sous-musculaire. De bonne heure on la trouve plus molle à son centre qu'à la périphérie. Elle est peu sensible à la pression et peu douloureuse spontanément. Elle ne s'accompagne point 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 du diagnostic la pleurodynie dans le cas où une sensibilité un peu plus grande qu'à l'ordinaire aurait fait penser à cette affection. Sa consistance éveille parfois l'idée d'une tumeur solide : enchondrome, sarcome; j'ai vu plusieurs fois commettre cette erreur. Mais il est rare, dès qu'elle est un peu volumineuse, qu'on ne la trouve pas ramollie, obscurément fluctuante. Une ponction exploratrice amènera toujours quelques gouttes de pus, et la question sera tranchée.

Dès que le ramollissement s'est produit, l'abcès est constitué. C'est la seconde phase de la maladie, la plus fréquemment observée. On perçoit alors assez distinctement la fluctuation au centre de la tumeur, dont un rebord induré indique les contours. La collection purulente fait sous la peau une saillie

variable dans sa forme et ses dimensions, presque toujours fixe et allongée suivant la direction des côtes. Quelquefois cette saillie est à peine marquée à l'état normal, mais s'accroît et se tend dans les fortes expirations. Il est vraisemblable que l'on est dans ce cas en présence d'une loge intra-thoracique communiquant avec la loge extérieure. J'ai récemment observé dans un vaste abcès froid antérieur le phénomène de la pulsatilité. A chaque systole cardiaque la poche extérieure battait visiblement; il est probable que certains faits donnés comme des pleurésies purulentes pulsatiles étaient aussi des abcès froids thoraciques. En l'absence de toute tumeur, une matité limitée, la saillie d'un espace intercostal, l'évolution vers l'extérieur s'accusant au bout d'un certain temps par l'apparition d'un point fluctuant, permettront parfois de reconnaître un abcès sous-costal. On conçoit facilement toutes les difficultés de ce diagnostic avec celui d'une pleurésie enkystée, mais cette dernière est relativement rare. L'épaississement d'une côte par gonflement de son périoste serait un indice précieux.

Une fois constitué, l'abcès évolue lentement, comme tous les abcès froids. Abandonné à lui-même, il vient le plus souvent s'ouvrir à la peau. Les abcès intra-thoraciques peuvent s'évacuer dans les bronches et l'on a même cité des cas dans lesquels des fragments de côte ont pu être rejetés par cette voie; mais cette terminaison est heureusement rare.

Le plus souvent le chirurgien intervient. Lorsqu'il a ouvert la collection, il doit se mettre en garde contre l'établissement d'une fistule. Cette dernière a de grandes chances de se produire, surtout lorsque les lésions osseuses plus ou moins étendues auront été méconnues par l'opérateur.

Nous nous bornons à rappeler qu'il faudra, dans des cas d'ailleurs assez rares, distinguer un abcès d'origine costale d'un abcès par congestion venu de la colonne vertébrale. On y arrivera en se rendant bien compte de la forme et des connexions de la collection et en constatant l'existence de la lésion vertébrale, qu'il est toujours aisé de soupçonner pour le moins. Des lésions syphilitiques des côtes sont pour ainsi dire plus osseuses à leur début. Elles n'ont pas, lorsqu'elles suppurent, une évolution aussi lente; les antécédents et des lésions de même espèce observées sur d'autres points permettent de faire le diagnostic.

**Pronostic.** — Les abcès chroniques étant des tuberculoses locales comportent toujours un pronostic réservé. L'état général, l'existence ou l'absence de manifestations tuberculeuses sur d'autres points de l'économie exerceront évidemment la plus grande influence sur notre jugement.

**Traitement.** — C'est celui des abcès froids en général. Le traitement chirurgical, qui nous occupera seul, est partagé entre deux méthodes : les injections modificatrices et le traitement direct de la poche par le raclage, après ouverture. Les injections les plus employées sont l'éther iodoformé, le naphthol camphré, ou en solution hydro-alcoolique. J'ai obtenu quelques beaux succès au moyen des dernières, employées de la façon suivante : évacuation du contenu de la poche par aspiration, puis injection de 80 grammes d'une solution recommandée par Bouchard.

Naphtol . . . . .	5
Alcool à 90 degrés . . . . .	55
Eau . . . . .	62

Il faut tiédir la solution au bain-marie pour dissoudre complètement le naphthol. Je renouvelle l'opération tous les huit jours. La guérison s'obtient ordinairement après 8 à 10 injections.

L'ouverture de la poche conduit plus rapidement au but. Elle doit être suivie d'un raclage soigneux de la cavité dans tous ses recoins avec la curette tranchante. Les côtes seront minutieusement explorées et grattées, elles aussi, au besoin. On aura soin de voir s'il n'y a pas quelque arrière-cavité communiquant avec la première à travers les muscles intercostaux par un trajet plus ou moins étroit. Cette recherche exige une certaine patience. On trouve parfois un tout petit pertuis dans lequel la sonde cannelée pénètre à peine, et si on débride à ce niveau on tombe dans une poche profonde qu'on avait, sans cette exploration minutieuse, toute chance de méconnaître. Il faut aborder hardiment cette cavité rétro-costale, réséquer pour la mettre à nu tout ce qui sera nécessaire de côtes et de cartilages costaux, et la suivre dans tous ses replis. On est conduit par là assez loin souvent, jusque dans le médiastin antérieur, et à la surface du péricarde; mais la guérison est à ce prix. Quand il n'existe qu'une poche extérieure ou qu'une poche profonde peu considérable, après un nettoyage très bien fait, on peut tenter la réunion par première intention en laissant seulement dans un coin de l'incision, pour jouer le rôle de drain, une petite mèche de gaze iodoformée.

J'ai pratiqué plusieurs fois la *dissection de la poche et son ablation totale* dans des cas où elle me paraissait, par suite de sa régularité, bien disposée à cet effet. Cazin avait déjà indiqué cette opération. Elle est quelquefois aussi facile que l'extirpation d'un simple kyste.

#### CHAPITRE IV

##### DE LA PLEURÉSIE PURULENTE

**Division.** — L'étude de la pleurésie purulente est entrée dans une phase nouvelle. Depuis longtemps déjà la diversité des causes étiologiques, les différences constatées dans la marche de l'affection, dans les caractères de la suppuration, etc., avaient fait dire qu'il n'y a pas une, mais bien des pleurésies purulentes.

De nos jours, la distinction a pu être poussée plus loin, grâce à la détermination de l'agent même de la suppuration. Ce phénomène, dans la plèvre comme ailleurs, paraît être toujours fonction d'un organisme spécial. Or, les microbes pyogènes sont nombreux. Ils peuvent agir isolément ou combiner leur action. De là, au point de vue causal, un certain nombre de pleurésies purulentes bien distinctes.

On divisait, il n'y a pas encore longtemps (Bouveret, 1888), la pleurésie purulente en primitive et secondaire.

La *pleurésie primitive* comprenait la pleurésie traumatique et la pleurésie d'emblée suppurative, aiguë ou suraiguë de Fraentzel.

La *pleurésie secondaire* se distinguait en pleurésie par propagation d'une

inflammation de voisinage : paroi thoracique, plèvre et médiastin, poumon, organes de l'abdomen, et en pleurésie par infection de la plèvre au cours d'une maladie générale.

Ce n'était évidemment là qu'une simple énumération. Au point de vue du mode d'infection de la cavité pleurale, de la marche et de la terminaison de la maladie, telle pleurésie purulente différait absolument de sa voisine dans la série et méritait d'être comparée à telle autre qui, dans la classification adoptée, s'en trouvait fort éloignée.

La classification proposée il y a quelques années par Courtois-Saffit, dans son excellente thèse inaugurale à laquelle nous ferons de nombreux emprunts, repose sur la nature même de l'affection. Elle a le tort, aux yeux de la plupart des médecins actuels, d'exiger des connaissances bactériologiques qui malheureusement font encore défaut au plus grand nombre; mais il est certain qu'avec le temps ces données se vulgariseront. On peut espérer aussi que des méthodes plus perfectionnées rendront de plus en plus faciles la détermination des micro-organismes de la suppuration.

La pleurésie purulente, au point de vue de sa cause, présente deux groupes distincts : les *formes pures* et les *formes combinées*. Dans les premières, on ne rencontre qu'un seul microbe, qui est tantôt un microbe ordinaire de la suppuration et tantôt un microbe spécifique accidentellement pyogène. Dans les secondes deux ou plusieurs microbes ont envahi la cavité pleurale, soit simultanément, *infections mixtes*, soit successivement, *infections secondaires*.

A. FORMES PURES DE L'EMPYÈME. — Trois variétés principales, c'est-à-dire communes :

a. *Pleurésie purulente à pneumocoques.* — Formant le plus grand nombre, mais non pas la totalité des pleurésies connues sous le nom de métapneumoniques, cette forme de l'empyème existe souvent, ainsi que Netter l'a démontré le premier (1888), en dehors de la pneumonie. Des abcès à pneumocoques ont du reste été observés depuis dans les points les plus divers de l'économie. Cette forme d'empyème constitue 25 pour 100 des pleurésies purulentes observées.

b. *Pleurésie à streptocoques.* — Répandu en abondance dans l'atmosphère, sur les objets qui nous entourent, existant à l'état normal dans les cavités naturelles du corps, le streptocoque, dont le degré de virulence est d'ailleurs variable, est l'agent le plus ordinaire de la suppuration. Il est rare qu'il apparaisse dans la plèvre d'une façon primitive; cependant il s'y développe assez souvent au cours de deux maladies infectieuses dont l'agent inconnu ne paraît pas être le streptocoque lui-même : la scarlatine et la grippe. Le plus souvent il envahit secondairement la séreuse par les voies lymphatiques après s'être développé d'abord dans des foyers plus ou moins éloignés.

c. *Pleurésie purulente tuberculeuse.* — Le bacille de la tuberculose détermine le plus souvent dans la plèvre une pleurésie séreuse qui, après un temps plus ou moins long et parfois des injections plus ou moins répétées, peut se transformer en empyème. Dans le liquide de ce dernier, on ne trouve souvent aucun microbe, pas même le bacille de la tuberculose, mais l'inoculation aux animaux fournit constamment des résultats positifs. Il faut, dans la pleurésie tuberculeuse, distinguer plusieurs cas, suivant que la pleurésie survient chez un tuberculeux, mais sans être causée par le bacille de Koch, ou qu'il s'agit d'une pleurésie nettement tuberculeuse; c'est dire qu'à côté de la pleurésie tubercu-