

ou à une péricardite. D'autre part, même dans le cas où la perforation s'est produite à l'extérieur, si le pus n'a pas eu un écoulement facile, la mort peut survenir comme conséquence de la pyémie et de la fièvre hectique.

La **trépanation du sternum** conseillée pendant longtemps dans cette maladie, et que l'on fait même remonter jusqu'à GALIEN, n'est certainement indiquée que dans de très rares exceptions. Tant que le diagnostic n'est pas absolument certain, on ne voudra assurément pas s'exposer au danger d'ouvrir le médiastin et peut-être même la plèvre. Mais si l'abcès se montre latéralement dans un espace intercostal, et paraît être sur le point de s'ouvrir, on n'aura également aucun motif de se frayer une voie à travers l'os ; c'est seulement dans les cas où le pus aurait déjà perforé le sternum que l'on pourrait peut-être, si l'ouverture était trop petite, agrandir la fistule osseuse à l'aide du trépan. Sauf ces cas, nous conseillons d'inciser l'abcès à l'endroit que nous venons d'indiquer. Pour diviser les couches superficielles on emploiera le bistouri, mais dans la profondeur on se servira, pour perforer l'abcès, d'un crochet mousse ou d'une sonde cannelée, ou bien encore d'une pince à pansement que l'on ouvre après l'avoir introduite dans le foyer purulent.

§ 39. — **Abcès péripleurétique.**

Un autre abcès qu'il nous reste à étudier, et qui ressemble à ceux que nous venons de passer en revue, étant données les couches dans lesquelles la suppuration s'établit, c'est celui qui a été décrit sous le nom d'abcès péripleurétique par WUNDERLICH, BILLROTH, LEPLAT, BARTELS, etc.

Dans les couches de tissus dont il est ici question et les couches analogues d'autres cavités, par exemple le tissu sous-séreux du péritoine, il est clair que les foyers purulents trouvent des conditions très favorables à leur propagation, soit dans le fait de l'extension progressive de l'infection purulente à de nouvelles portions de tissu conjonctif, soit dans la pression hydrostatique produisant un décollement de la membrane séreuse. Par contre la cause première du phlegmon est obscure dans un certain nombre de cas. On ne peut évidemment l'attribuer souvent à une affection des côtes ; dans un plus grand nombre de cas la cause doit être cherchée dans une **lésion traumatique**, soit une contusion simple, soit une contusion avec fracture. LEPLAT, qui a rassemblé une série de 30 observations de ces abcès prises dans la littérature médicale ancienne et récente, en attribue une partie à une pleurésie aiguë ou chronique. La pleurésie guérit, mais laisse à sa suite un abcès péripleurétique.

Tout dernièrement BARTELS a cherché à établir pour les abcès en question une symptomatologie permettant de faire le diagnostic différentiel avec l'empyème. Pour un grand nombre de ces abcès, surtout pour ceux qui sont situés sur les faces antérieure et latérale du thorax, on pourra, à l'aide de ces symptômes, reconnaître le foyer purulent avant l'incision ou l'autopsie.

Le **diagnostic** est basé sur le mode d'extension de l'abcès. Comme ce dernier occupe une portion circonscrite de la paroi thoracique, et qu'il se trouve sous une certaine pression, il **écarter les côtes localement et refoule en dehors les espaces intercostaux**, tandis que l'empyème agrandit plus

ou moins tous les espaces intercostaux. En outre, dans le cas d'un abcès, l'inflammation se propage plus rapidement aux muscles intercostaux, dont elle trouble bientôt les fonctions et altère la structure, et l'on constate de bonne heure une **fluctuation limitée**. Les côtes situées loin de l'abcès, surtout les côtes supérieures, se rapprochent plutôt l'une de l'autre.

La **matité** suit simplement les limites de l'abcès et ne se montre pas en premier lieu, comme dans l'empyème, principalement à la partie postéro-inférieure du thorax. La **forme de la matité correspond donc aux limites du foyer purulent**. Si un tel foyer occupe en avant la partie moyenne du thorax, on pourra même, dans certains cas, à l'aide de l'auscultation et de la percussion, constater que le poumon a conservé sa forme et son expansibilité normales dans les parties du thorax situées plus bas que l'abcès. En outre, dans l'abcès péripleurétique, on n'observe pas de déplacement des organes.

Enfin BARTELS attire l'attention sur un phénomène que l'on constate au moment où la fluctuation apparaît au niveau de l'espace intercostal. Contrairement à ce que l'on observe dans l'empyème, la tension du pus dans l'abcès péripleurétique diminue dans l'inspiration et augmente dans l'expiration.

Ces suppurations peuvent être facilement le point de départ d'inflammations de la plèvre et du péricarde, bien que l'abcès ne s'ouvre pas volontiers dans la cavité pleurale. Une coïncidence remarquable est celle de l'abcès péripleurétique avec une néphrite diffuse. — Comme la perforation au dehors se fait généralement de manière que l'écoulement ne s'opère pas facilement, on comprend que les conséquences de la stagnation et de la décomposition du pus puissent aggraver considérablement le pronostic. Sur les huit cas rassemblés par BARTELS, quatre moururent et deux furent guéris incomplètement.

Le **traitement** qui donne le plus de garanties de guérison, consiste dans de **grandes incisions** pratiquées si possible en plusieurs points, à cause des irrégularités et des anfractuosités de la cavité de l'abcès ; puis on drainera cette cavité, on fera des lavages de la plèvre, et l'on appliquera un pansement antiseptique comme dans l'opération de l'empyème. Pour pratiquer une contre-ouverture à l'endroit convenable, on introduira une grosse sonde cannelée, avec laquelle on refoulera de dedans en dehors le point de la paroi thoracique qui doit être incisé. L'incision sera faite le plus tôt possible, car si l'on tardait trop longtemps, il en résulterait une rétraction et une diminution de volume d'autant plus considérables de la cavité thoracique.

§ 40. — Les **néoplasmes des parois thoraciques** n'ont qu'un intérêt tout à fait secondaire pour le chirurgien ; cependant nous ne pouvons passer sous silence que l'on a observé des **exostoses** et des **enchondromes** des côtes. On a vu quelquefois ces derniers se développer sous la glande mammaire et affecter la forme pédiculée, au point même de faire croire à une tumeur du sein. Les côtes peuvent, en outre, être le siège de **sarcomes malins** ; de même on a observé des tumeurs semblables dans la région sternale, soit sous la forme d'un **sarcome myéloïde** du sternum lui-même, soit sous celle d'un sarcome médullaire du médiastin apparaissant à l'extérieur après avoir déterminé l'usure du sternum. Nous devons enfin mentionner le **carcinome des côtes** par propagation d'un carcinome du sein.

Parmi ces divers néoplasmes les **enchondromes des côtes** sont ceux dont l'opération offre le plus de chances de succès; cependant SCHLÄPFER qui a étudié avec soin cette question, a prouvé que même l'enchondrome pur peut donner lieu à des métastases et que des récidives se produisent parfois à la suite de l'opération. Ces tumeurs qui surviennent quelquefois après la vingtième année, peuvent être ramenées soit à un traumatisme, soit à des troubles de développement pendant la période d'ossification de la côte; en règle générale, elles ne sont pas formées de cartilage hyalin pur, mais se montrent à l'état de combinaison avec le myxome, le sarcome etc. Souvent elles ont une tendance très marquée au ramollissement muqueux et à la formation de kystes. Elles siègent souvent à la surface des côtes, s'accroissent lentement, forment des tumeurs arrondies, assez souvent bosselées, d'une dureté variable et parfois d'un volume considérable. Tantôt, par le fait de leur situation, elles ne se développent qu'à l'extérieur, tantôt, et dans la majorité des cas, elles s'accroissent également à l'intérieur du thorax et refoulent la plèvre; celle-ci peut alors ne présenter aucune altération, tandis que dans d'autres cas elle s'altère d'une façon notable, s'épaissit et paraît être soudée avec la tumeur. En général, celle-ci s'accroît avec lenteur; quelquefois cependant elle prend tout à coup un développement rapide; le plus souvent alors des kystes se forment dans son intérieur. Grâce aux symptômes que nous venons de décrire, le diagnostic peut être parfois posé d'une façon assez sûre, tandis que dans d'autres cas on reste dans l'incertitude même au sujet du point de départ du néoplasme.

Abandonné à lui-même, l'enchondrome entraîne la mort par son volume et ses métastases. C'est pourquoi il est tout à fait indiqué de les opérer de bonne heure. Ces opérations ont été pratiquées déjà nombre de fois à l'époque pré-antiseptique. Leur nombre s'est accru depuis l'avènement de la méthode listérienne; KAPPELER, FISCHER et d'autres chirurgiens ont extirpé avec succès de grosses tumeurs de ce genre, bien qu'ils fussent obligés de pratiquer une résection étendue des côtes et de mettre à nu le poumon et le cœur. Un certain nombre de ces opérés auraient même été guéris définitivement. Il va sans dire que l'antiseptisme doit être pratiqué dans toutes les règles.

Les **tumeurs du sternum** (enchondromes, sarcomes myéloïdes, ostéenchondromes) peuvent aussi rester suffisamment limitées dans leur développement, surtout à l'intérieur, pour que l'on puisse enlever avec le néoplasme des portions étendues de l'os, et même dans certains cas l'os tout entier, comme le prouvent le cas de KUSTER et un autre opéré par moi. Dans ce dernier cas il s'agissait d'un ostéenchondrome du sternum qui n'avait épargné que la poignée et l'appendice xiphoïde. Après avoir fait une grande incision de la peau, je pratiquai la section des cinq derniers cartilages articulés avec le sternum. Un élévatoire était introduit sous le cartilage, de façon à créer entre ce dernier et les parties molles une gouttière dans laquelle je faisais passer un crochet mousse,

permettant d'exercer une certaine traction; puis le cartilage était sectionné sur l'instrument. Ce moyen réussit pour les côtes supérieures, tandis que pour les inférieures la section dut être opérée avec précautions sans l'aide du crochet mousse. Puis je divisai le sternum transversalement à l'aide de la scie, à sa partie supérieure, au-dessous des premières côtes, après avoir introduit sous l'os un élévatoire. Enfin, le sternum, avec la tumeur, fut soulevé au moyen d'érigines, puis séparé avec précaution du médiastin, d'abord d'un côté et ensuite de l'autre; un fort crochet introduit à l'endroit où le sternum avait été divisé, souleva à son tour la partie supérieure de l'os. La plèvre gauche se déchira à ce moment au niveau de la quatrième côte. Un tampon de gaze fut aussitôt appliqué sur l'orifice par un aide, tandis qu'on continuait à détacher les adhérences. Le péricarde était soudé à la tumeur et dut être détaché avec les ciseaux. La plèvre droite fut aussi probablement ouverte, mais encore ici l'ouverture fut aussitôt fermée au moyen d'un tampon de gaze, avant que la section de l'appendice xiphoïde eût permis de séparer complètement le sternum. La plaie fut réunie de bas en haut; je fis d'abord des points de suture de la peau au niveau du tampon de gaze, puis j'enlevai le tampon que j'appliquai aussitôt sur la ligne de suture, de façon à exercer une certaine pression de dehors en dedans. Je pus ainsi terminer la suture sans que la pression sur le médiastin eût été interrompue un instant. La guérison s'opéra sous le pansement antiseptique. La malade succomba deux ans plus tard, probablement à une récidive dans les poumons.

Les tumeurs développées dans la cavité thoracique sont en grande partie en dehors des limites du traitement chirurgical. Il nous reste seulement à mentionner l'existence de **kystes dermoïdes rétro-sternaux** qui peuvent se développer au point de former une tumeur au-dessus de la fourchette sternale. ROSER, dans un cas semblable, a d'abord incisé le kyste au-dessus du sternum, puis plus tard, des phénomènes de décomposition putride étant survenus dans le contenu de la poche, il établit par trépanation du sternum une fistule qui permit de désinfecter ce contenu et de l'évacuer.

IV. OPÉRATION DE L'EMPHYÈME. THORACOCENTÈSE

§ 41. — L'indication d'évacuer un épanchement pleurétique peut se présenter principalement dans deux cas.

Dans l'un d'eux il s'agit de *sauver le malade du danger de mort immédiat*. La pression d'un épanchement unilatéral exerce aussi une influence fâcheuse sur le poumon du côté opposé; elle limite les mouvements du thorax, et produit dans le poumon sain des phénomènes de stase, dont la conséquence est une insuffisance de la respiration, c'est-à-dire l'as-