

## ARTICLE II

## LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA POITRINE.

Nous devons nous borner à peu près exclusivement à l'étude des lésions vitales et organiques des parois de la poitrine qui seules sont du domaine de la pathologie externe. Les affections de la *région mammaire* seront l'objet d'une description spéciale.

## § I. — Maladies inflammatoires.

Il suffit de mentionner le *furoncle* et l'*anthrax* qui ne sont pas très-rare dans la région postérieure du tronc.

L'*érysipèle* des parois thoraciques reconnaît le plus souvent pour point de départ les affections du sein et surtout les opérations pratiquées sur la région mammaire. Il se complique assez fréquemment d'inflammation de la plèvre qui aggrave son pronostic.

L'étude des *phlegmons* et des *abcès* de la poitrine devra nous arrêter un peu plus longuement. Nous décrirons successivement : 1° les *phlegmons* et *abcès aigus des parois*; 2° les *abcès chroniques des parois*; 3° les *abcès du médiastin*.

1° *Phlegmons et abcès aigus des parois thoraciques.*

Quoique les auteurs classiques en fassent à peine mention, les phlegmons des parois thoraciques sont loin d'être rares et se distinguent souvent par une gravité exceptionnelle, ainsi que l'attestent les faits rapportés dans les thèses de Demartial (1) et de Serez (2). Dans la description qui va suivre, nous aurons surtout en vue le *phlegmon diffus* de la poitrine.

Celui-ci se présente dans deux conditions différentes : tantôt il succède à un phlegmon diffus des régions avoisinantes et plus particulièrement à un phlegmon profond de l'aisselle : c'est un *phlegmon par propagation*; tantôt il se développe sur place et occupe de préférence la paroi latérale du tronc.

Succédant parfois à une lésion traumatique (contusion, plaie simple ou compliquée des corps étrangers), le phlegmon diffus de la poitrine reconnaît souvent pour cause une influence générale et s'observe chez des sujets affaiblis par les fatigues, les excès, les mauvaises conditions hygiéniques. Suivant Serez, l'exercice musculaire exagéré des membres

(1) *Contribution à l'étude des abcès des parois latérales du thorax*. Thèse de Paris, 1875.

(2) *Quelques considérations sur trois cas de phlegmon diffus des parois du thorax*. Thèse de Paris, 1875.

supérieurs expliquerait le début fréquent de la maladie au niveau des masses musculaires qui entourent l'épaule.

On doit enfin signaler le développement du phlegmon diffus de la poitrine dans le cours ou la convalescence de la pleurésie aiguë. Le docteur Mazade (1) en a rapporté un exemple intéressant. Dans ces cas, la propagation de la phlegmasie de la plèvre au tissu cellulaire des parois thoraciques ne se fait pas d'une manière directe et semble s'effectuer par la voie des lymphatiques.

Dans la plupart des cas, des phénomènes généraux, tels que fièvre vive, céphalalgie, prostration extrême, etc., ont précédé l'apparition du phlegmon. Celui-ci s'annonce par une douleur plus ou moins vive dans un point du thorax, bientôt suivie d'un empatement diffus, avec rougeur et chaleur de la peau. La région douloureuse ne tarde pas à devenir le siège d'un gonflement, qui s'accuse de plus en plus et occupe une surface plus ou moins considérable, pouvant s'étendre depuis l'aisselle jusqu'au niveau de la base de la poitrine.

La suppuration s'annonce tantôt par une véritable fluctuation, tantôt par cette rénitence spéciale propre au phlegmon diffus, en même temps que par l'aggravation des phénomènes généraux.

Il est fréquent de voir la maladie marcher vers une terminaison fatale, malgré l'intervention chirurgicale la plus active, et, dans ces cas, les malades succombent à la septicémie, à la pyohémie ou à l'invasion d'une complication inflammatoire du côté de la plèvre.

Lorsque, au contraire, la maladie s'est terminée par la guérison, après l'évacuation du pus et l'élimination des parties sphacélées, on a toujours constaté une lenteur excessive dans la période de réparation et de convalescence.

Le phlegmon de la paroi thoracique a pu être confondu, à son début, avec une pleurésie, en raison de la douleur de côté, coïncidant avec un appareil fébrile intense. On évitera cette erreur en ayant le soin d'examiner directement la région qui est le siège de la douleur et où l'on pourra, même au début, constater l'existence d'un léger empatement.

La gravité exceptionnelle du phlegmon diffus des parois thoraciques impose la nécessité d'un traitement énergique. On devra donc pratiquer de bonne heure de larges incisions et assurer l'écoulement facile du pus à l'aide du drainage. On insistera sur l'emploi des préparations toniques et on prescrira une alimentation aussi substantielle que possible.

A l'occasion des *phlegmons* et *abcès aigus* des parois thoraciques, nous devons mentionner une affection signalée déjà par Boyer et qui consisterait dans l'inflammation aiguë du tissu cellulaire sous-pleural. Wunderlich, Billroth et plus récemment Bartels (de Kiel) (2) ont attiré de nouveau l'attention sur cette forme particulière d'abcès

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1865, t. II, p. 130.

(2) *Étude sur les abcès péripleuraux* (*Gaz. hebdomadaire*, 1874, p. 317).



des parois thoraciques, qu'ils désignent sous le nom d'*abcès péripleuraux*.

La lecture des observations rapportées par les auteurs précédents ne permet pas d'adopter sans restriction l'existence d'une *péripleurite*, c'est-à-dire d'une inflammation spontanée, essentielle du tissu cellulaire péripleural. On doit se demander, pour un certain nombre de cas où la plèvre était le siège d'un épanchement, si la phlegmasie n'avait pas commencé par la séreuse, et pour ceux dans lesquels la plèvre était intacte, s'il ne s'agissait pas d'ostéites des côtes, car on signalé des lésions plus ou moins étendues de ces os.

En résumé, je pense que de nouvelles observations sont nécessaires pour faire admettre définitivement l'existence d'une *péripleurite* aiguë, essentielle.

#### 2° *Abcès chroniques.*

L'étude de ces abcès est encore plus négligée dans les auteurs classiques que celle des phlegmons et abcès aigus. Malgré quelques travaux dus à Menière, Leplat, Choné, Legrand, l'histoire des abcès chroniques des parois thoraciques reste encore inachevée. Ces abcès, cependant, sont loin d'être rares, et j'en ai, pour ma part, observé un grand nombre d'exemples, qui m'ont permis d'en faire une étude assez complète.

MENIÈRE, *Observ. et réflexions sur des abcès chroniques qui se développent sur le trajet des côtes* (Archiv. gén. de méd., 1829, t. XXI, p. 381 et t. XXII, p. 59). — LEPLAT, *Des abcès de voisinage dans la pleurésie* (Archiv. gén. de méd., 1865, 6<sup>e</sup> série, t. V, p. 403 et 565). — CHONÉ, *Étude sur une variété d'abcès froids thoraciques*, thèse de Paris, 1873. — LEGRAND, *Des abcès des parois du thorax, causes ou conséquences de lésions des organes thoraciques*, thèse de Paris, 1876. — DUPLAY, *Des abcès chroniques des parois thoraciques*, Progrès médical, 1876.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les abcès chroniques des parois thoraciques reconnaissent des origines différentes, et on peut, jusqu'à nouvel ordre, en se plaçant au point de vue de leurs connexions anatomiques, admettre les trois variétés suivantes : a. *abcès froids du tissu cellulaire*; b. *abcès périostiques*; c. *abcès ossifluents*.

a. Les *abcès froids du tissu cellulaire* se distinguent par leur indépendance complète du squelette du thorax (vertèbres, côtes, sternum). Ils n'offrent aucune particularité digne d'être notée.

b. *Abcès périostiques*. — Sous ce nom, je comprends une classe d'abcès en rapport direct avec la surface des côtes ou du sternum, sans pourtant que ces os présentent de lésions profondes et sans même que leur surface soit dénudée, au moins dans la première période de la maladie.

Les abcès périostiques en rapport avec les côtes offrent plusieurs variétés: tantôt la collection purulente siège tout entière à l'extérieur et repose sur la face externe des côtes (*abcès sus-costaux*); tantôt, dévelop-

pée dans le tissu cellulaire sous-pleural, elle répond d'une part à la face interne des côtes, et, d'autre part, à la plèvre généralement altérée, épaissie (*abcès sous-costaux*); tantôt, enfin, l'abcès, situé à la fois à l'intérieur et à l'extérieur, se compose de deux loges, l'une sous-costale, l'autre sus-costale, communiquant ensemble par une ou plusieurs ouvertures produites au niveau d'un espace intercostal.

Les abcès périostiques en rapport avec le sternum peuvent occuper tous les points de la surface externe ou interne de cet os; ils siègent souvent à son bord externe et semblent une propagation des abcès développés à la surface du périoste des cartilages costaux. Je les ai d'ailleurs observés moins fréquemment que les abcès périostiques.

La cavité des abcès périostiques, qui peut acquérir des dimensions considérables et occuper une partie très-étendue de la paroi thoracique, est généralement irrégulière, anfractueuse et souvent traversée par des brides plus ou moins épaisses, constituées par des débris de muscles. Elle est remplie par un pus tantôt louable, tantôt séreux, fréquemment de couleur sale et brunâtre. Les parois de l'abcès sont plus ou moins épaisses, suivant le siège qu'occupe la collection liquide; à la région dorsale, à la partie antéro-supérieure de la poitrine, la paroi externe est constituée par une épaisse couche musculaire.

Mais, ce qui caractérise surtout cette variété d'abcès, c'est qu'une partie de leur paroi est constamment formée par le périoste, épaissi, fongueux, des côtes ou du sternum. Les lésions du périoste paraissent limitées aux couches externes de cette membrane, qui reste adhérente aux os sous-jacents; ceux-ci sont également sains, et, sauf une vascularisation et une friabilité un peu plus grandes, leur tissu n'offre aucune altération profonde. Cependant, dans une période avancée de la maladie, les lésions du périoste peuvent gagner en profondeur et atteindre l'os sous-jacent; mais, même dans ce cas, l'altération osseuse se présente encore avec les caractères d'une lésion consécutive.

Le périoste est alors ramolli, légèrement décollé; il a disparu dans quelques points souvent très-limités. L'os sous-jacent est injecté, plus mou et plus friable qu'à l'état normal, mais sans présenter les lésions de la carie ou de la nécrose. Dans les points où le périoste a disparu, l'os dénudé offre à peu près les mêmes caractères; parfois il est légèrement excavé, érodé à ce niveau. Mais ce qui me paraît surtout mériter l'attention, c'est qu'on n'observe presque jamais, dans ces cas, les productions ostéophytiques qui accompagnent constamment l'ostéo-périostite, ce qui prouve que l'inflammation n'a pas débuté par l'os ou les couches profondes du périoste.

Les abcès périostiques que nous étudions s'accompagnent fréquemment de lésions pleuro-pulmonaires plus ou moins graves. Tantôt on trouve à l'autopsie des tubercules pulmonaires, tantôt, le poumon étant relativement sain, on rencontre les lésions propres à la pleurésie ancienne ou récente (épanchements, fausses membranes, etc.) Ces lésions



plus ou moins étendues occupent parfois tout un côté ou même les deux côtés de la cavité thoracique; mais elles peuvent être limitées au voisinage de l'abcès. Lorsqu'il existe une collection purulente sous-costale, il est fréquent de voir le poumon, doublé d'une plèvre épaissie par l'union des feuilletés pariétal et viscéral, constituer la paroi interne de l'abcès.

c. *Abcès ossifluents*. — Ces abcès se distinguent des précédents en ce qu'ils s'accompagnent de lésions osseuses graves et profondes (ostéite, carie, nécrose, tubercules) qui affectent tantôt les vertèbres dorsales, tantôt les côtes ou le sternum.

Dans le premier cas, le pus provenant des vertèbres dorsales peut s'engager dans un espace intercostal, décoller la plèvre, moins adhérente à ce niveau qu'à la face interne des côtes, et se montrer à l'extérieur sur le côté du sternum; ou bien, fusant dans le tissu cellulaire qui enveloppe les vaisseaux et les nerfs intercostaux, il peut se glisser entre les deux plans musculaires et apparaître en un point de l'espace intercostal, après avoir percé ou écarté les fibres du muscle intercostal externe.

Lorsque l'abcès provient d'une ostéite, d'une carie, d'une nécrose des côtes ou du sternum, il est généralement sessile et se présente avec les caractères des abcès ossifluents des autres régions. Nous n'avons pas à les décrire, non plus que les lésions du squelette. Nous dirons seulement que, contrairement à ce que l'on observe pour les abcès que nous avons désignés sous le nom de *périostiques*, les lésions du squelette sont rarement limitées au siège même de la collection purulente et s'étendent plus ou moins loin.

Enfin les abcès ossifluents des côtes et du sternum, de même que les abcès périostiques, sont tantôt extérieurs, tantôt intérieurs, tantôt à la fois extérieurs et intérieurs, suivant la limitation de la lésion osseuse. Ils s'accompagnent aussi fréquemment d'altérations pleuro-pulmonaires.

ÉTILOGIE.—PATHOGÉNIE.—Les abcès chroniques des parois thoraciques se rencontrent à tous les âges. Cependant ils paraissent plus communs dans la jeunesse. Si l'on en croyait la plupart des auteurs, ils seraient surtout fréquents dans l'armée, ce qui explique l'attention particulière dont ils ont été l'objet de la part des médecins militaires. Néanmoins, d'après mon observation personnelle, la population civile y serait tout aussi exposée. Le sexe masculin semblerait être une prédisposition.

Nous avons montré précédemment que les abcès chroniques des parois thoraciques reconnaissent des origines variées, et la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet ont eu le tort de vouloir rattacher toutes les variétés à une origine commune.

L'étiologie des *abcès froids* idiopathiques du tissu cellulaire ne présente ici rien de particulier. Il en est de même des *abcès ossifluents*, symptomatiques d'une ostéite, d'une carie, d'une nécrose ou d'une tuberculisation des vertèbres, des côtes ou du sternum. La scrofule, la syphilis,

en sont les causes les plus ordinaires. Je désire surtout examiner ici l'étiologie des *abcès périostiques*, variété, selon moi, la plus fréquente.

Plusieurs auteurs, parmi lesquels on doit surtout citer Larrey et Sedillot (1), remarquant la fréquence de ces abcès chez les jeunes militaires, ont pensé qu'on devait attribuer leur développement aux froissements produits par les objets d'équipement (buffleteries, courroies de sac, etc.) et aux chocs du fusil contre la poitrine durant les exercices. Mais cette étiologie banale, qui, d'ailleurs, ne serait pas applicable à la population civile, est évidemment insuffisante pour expliquer la fréquence et la physionomie particulière de ces abcès. Si donc l'action des agents extérieurs peut être admise dans quelques cas, ce n'est assurément qu'à titre de cause accessoire.

Nous acceptons encore moins l'opinion de Menière, qui explique la production des abcès chroniques des parois thoraciques par les secousses de la toux. En effet, un grand nombre de sujets, atteints de cette affection, ne toussent pas ou toussent à peine, et, par contre, si cette cause était véritablement déterminante, les abcès en question devraient se montrer principalement dans les maladies accompagnées de toux intense (catarrhe pulmonaire, grippe, coqueluche, etc.).

Dans ces dernières années, Leplat ayant soumis la question à une étude sérieuse, a cherché à démontrer que les abcès froids des parois thoraciques sont toujours le résultat d'une pleurésie antérieure. Suivant cet auteur, l'inflammation de la plèvre, transmise au tissu cellulaire sous-pleural, se terminerait par suppuration, et le pus se ferait jour à l'extérieur, tantôt en suivant les vaisseaux et nerfs intercostaux, tantôt en décollant la plèvre pariétale et en perforant les muscles intercostaux.

Il est évident que, dans un certain nombre de cas bien observés, la relation qui existe entre le développement des abcès froids thoraciques et la pleurésie antérieure ne saurait être méconnue. Mais, dans d'autres cas, il devient plus difficile de comprendre par quel mécanisme l'inflammation de la plèvre se transmet à l'extérieur; lorsqu'il s'agit, par exemple, d'abcès *sus-costaux* ou *sus-sternaux*. Leplat admet alors que par voisinage et sans inflammation du tissu cellulaire sous-pleural, le périoste des côtes s'enflamme chroniquement. Il va même jusqu'à supposer une phlegmasie réflexe.

Il est, enfin, toute une catégorie de faits qui échappent complètement à la doctrine précédente et qui ne peuvent plus s'expliquer par la propagation de l'inflammation de la plèvre aux parois thoraciques, je veux parler des cas dans lesquels la forme d'abcès que j'étudie se rencontre chez des sujets n'ayant jamais eu de pleurésie et ne portant aucune trace de lésion pleurale. Choné, dans sa thèse, en rapporte des exemples, et j'ai, pour ma part, observé plusieurs malades qui n'avaient

(1) *Soc. de chirurgie*, 30 octobre 1861.



jamais eu la moindre affection thoracique et chez lesquels on ne trouvait aucun signe de pleurésie. Chez d'autres malades, les lésions pleurales étaient tellement légères et si exactement limitées au voisinage de l'abcès, qu'il m'a paru beaucoup plus vraisemblable d'admettre que la pleurésie était consécutive à l'abcès.

Dans ces cas, où l'on ne peut invoquer une cause pleurale, on est bien forcé d'admettre une inflammation spontanée, idiopathique, affectant la lame externe seule du périoste des côtes et du sternum. Dans cette doctrine, soutenue par Choné dans sa thèse, cette périostite spontanée des côtes et du sternum se développerait sous l'influence de causes générales dont l'action se fait sentir principalement chez les jeunes soldats; tels sont : les fatigues, le changement de régime, le mauvais air, la nourriture insuffisante. Les contusions, les froissements de la poitrine dans les exercices agiraient localement et joueraient le rôle de causes occasionnelles.

D'après les faits que j'ai observés, je partage entièrement l'opinion précédente. J'espère même démontrer un jour, par des exemples nombreux, que cette périostite *externe*, suivie d'abcès *sus-périostiques* et qui n'a pas encore été décrite, ne s'observe pas seulement sur les côtes ou le sternum, mais peut se montrer sur les autres os du squelette, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, qu'elle affecte plus particulièrement les sujets jeunes, anémiques, affaiblis par les fatigues, la misère ou la maladie, et qu'elle se montre souvent chez eux sous l'influence de causes externes, quelquefois légères.

En résumé, voici selon moi comment on doit comprendre la pathogénie des abcès chroniques des parois thoraciques indépendants d'une lésion profonde du squelette, et que je désigne sous le nom de *périostiques*. Tantôt ils sont primitifs, tantôt ils sont consécutifs à une inflammation de la plèvre. Dans le premier cas, la périostite se développe sous l'influence de causes générales, prédisposantes, auxquelles vient se joindre l'action de causes extérieures souvent légères. Dans le second cas, l'inflammation de la plèvre donne lieu aux abcès que nous étudions, suivant deux mécanismes : tantôt le tissu cellulaire sous-pleural s'enflamme et suppure, et le périoste, dans ses couches extérieures, participe à l'inflammation; tantôt la pleurésie de date ancienne déjà agit d'une façon plus obscure pour produire l'inflammation du périoste des côtes. On peut admettre alors, selon l'hypothèse émise par Legrand dans sa thèse, que les tractions exercées par les adhérences ne sont pas étrangères au développement de cette périostite. Mais on doit aussi faire intervenir l'action des causes générales qui, dans certains cas, suffisent à faire éclore la maladie chez des sujets qui n'ont jamais été atteints de pleurésie.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — a. *Abcès froids du tissu cellulaire.* — Je n'ai pas à insister sur la symptomatologie de ces abcès, qui se présentent ici avec leurs caractères ordinaires.

b. *Abcès périostiques.* — Ils peuvent se montrer sur tous les points du thorax; mais, quel que soit leur siège, ils offrent ce caractère commun d'adhérer solidement et par une base plus ou moins large au squelette sous-jacent (côtes et sternum), ce qui les distingue des abcès froids du tissu cellulaire.

Leur début est parfois marqué par une douleur locale, légère, qui précède l'apparition d'une petite tumeur. Celle-ci, tout en restant à peu près indolente, s'accroît lentement, de manière à acquérir le volume d'un œuf, du poing. Elle présente souvent une forme allongée suivant la direction des côtes; parfois elle est étendue verticalement; dans d'autres cas, elle est peu proéminente et recouvre une large surface. Il n'est pas rare, lorsque la tumeur a acquis un gros volume, de la voir composée de plusieurs lobes inégaux ou de loges communiquant les unes avec les autres. La fluctuation y est évidente, mais il est toujours possible de reconnaître à la périphérie de la collection un bord induré, reposant directement sur une côte ou sur le sternum, et la pression à ce niveau éveille une douleur plus ou moins vive.

Nous avons vu, en décrivant leurs caractères anatomiques, que les abcès périostiques du thorax se composaient souvent de deux loges, l'une sous-costale, l'autre sus-costale, communiquant ensemble par une ouverture accidentelle à travers un espace intercostal. Lorsque l'abcès se présente dans ces conditions, on constate un phénomène particulier en rapport avec l'existence du diverticule intra-thoracique. La portion extra-thoracique est en partie réductible, et à chaque effort de toux on la voit se soulever et se tendre, par suite du refoulement à l'extérieur du liquide contenu dans le diverticule interne.

La peau qui recouvre les abcès périostiques des parois du thorax conserve longtemps sa couleur et ses caractères normaux, mais au bout d'un temps variable, elle s'amincit, s'enflamme et finalement s'ulcère en un ou plusieurs points, à moins que le chirurgien n'intervienne pour donner issue à la collection purulente. Il est alors facile de constater, par une exploration minutieuse, qu'il n'existe aucune dénudation osseuse, et que l'os est recouvert par un périoste épais, tomenteux, fongueux.

Après leur ouverture, ces abcès restent longtemps fistuleux et leur guérison ne s'obtient souvent qu'au bout de plusieurs mois, laissant à sa suite une cicatrice adhérente aux os sous-jacents, mais sans que ceux-ci présentent une augmentation de volume notable.

Au lieu de se terminer d'une manière aussi favorable, ces abcès persistent quelquefois indéfiniment à l'état de fistules; c'est ce que l'on observe surtout lorsqu'il existe une double poche extra et intra-thoraciques, et que l'affection coïncide avec des lésions pleuro-pulmonaires. Dans ces conditions, lorsque la maladie a une longue durée, il est fréquent de voir l'inflammation du périoste gagner l'os sous-jacent; mais même alors, les altérations osseuses sont rarement très-profondes.