

La maladie peut se terminer par la mort; celle-ci est causée le plus souvent par les affections pleuro-pulmonaires (pleuro-pneumonie, tubercules) qui fréquemment ont précédé l'apparition des abcès périostiques, mais qui parfois se sont développées à titre de complication.

On peut admettre, en effet, que l'abcès froid périostique des côtes détermine l'inflammation de la plèvre ou du poumon, et d'ailleurs on connaît quelques exemples dans lesquels ces collections purulentes se sont ouvertes un chemin jusque dans les bronches. (Laennec, Andral.)

c. *Abcès ossifluents*. — Ils peuvent provenir d'une lésion des vertèbres, des côtes, du sternum, atteints d'ostéite, de carie, de nécrose, de tubercules.

Dans les abcès ossifluents thoraciques d'origine vertébrale, le pus, décollant la plèvre pariétale vient faire saillie au niveau d'un espace intercostal, le plus souvent au voisinage du sternum. La collection purulente présente l'apparence des abcès périostiques à la fois sus et sous-costaux dont nous avons parlé précédemment; elle est plus ou moins réductible, se tend et augmente de volume à chaque effort de toux, par suite du refoulement du liquide de l'intérieur de la poitrine à l'extérieur. On observe concurremment les symptômes habituels du mal de Pott; les douleurs rachidiennes, la gibbosité, les troubles de la motilité et de la sensibilité du côté des membres inférieurs, etc.

Les abcès ossifluents dépendant d'une ostéite, d'une carie, d'une nécrose des côtes ou du sternum s'accompagnent d'un gonflement, d'une déformation notable des os, s'étendant beaucoup au delà des limites de la collection purulente. Lorsque celle-ci est ouverte, l'exploration permet de constater la dénudation, le ramollissement ou la nécrose des os.

La marche ultérieure des abcès ossifluents des parois thoraciques n'offre d'autre particularité propre à la région que la possibilité de complications thoraciques, qui peuvent entraîner la mort. L'ouverture de ces abcès par les bronches a été signalée (1). On a même vu dans un cas de nécrose syphilitique du sternum, une portion de cet os rendue par l'expectoration (2).

DIAGNOSTIC. — Les abcès froids des parois thoraciques se distinguent des autres tumeurs par l'existence de la fluctuation. Les kystes, avec lesquels on pourrait les confondre, présentent généralement une plus grande rénitence.

L'abcès froid reconnu, il importe de déterminer à quelle variété on a affaire.

L'adhérence au squelette constitue, ainsi que nous l'avons dit, le caractère distinctif entre l'abcès périostique et l'abcès froid du tissu cellulaire. Mais ce caractère se montre également dans les abcès ossifluents

(1) Guérineau, *Sur un mode de terminaison des abcès par congestion*. Thèse de Paris, 1859.

(2) Goodève, *The London med. and phys. Journal*, juillet 1826.

dépendant d'une lésion des côtes et du sternum. Aussi est-il quelquefois difficile, avant l'ouverture de ces sortes d'abcès, de décider si le périoste seul est malade ou s'il n'existe pas une ostéite, une carie, une nécrose de l'os sous-jacent.

Il me semble cependant que cette distinction est souvent possible. Dans l'abcès froid *périostique* il existe le plus ordinairement, sur les limites de la collection purulente, une induration parfois assez prononcée, mais généralement très-circonscrite, tandis que l'abcès *symptomatique d'une lésion osseuse* s'accompagne toujours d'une augmentation très-notable du volume de l'os, qui s'étend assez loin.

Après l'ouverture de la collection purulente, l'exploration de la cavité à l'aide du doigt ou du stylet permettra de juger de l'état du périoste et de l'os.

La réductibilité plus ou moins complète par la pression, l'augmentation de volume et de tension sous l'influence de la toux, que l'on observe dans certains abcès froids des parois thoraciques, sont de nature à jeter quelque obscurité sur le diagnostic.

Ces caractères particuliers indiquent que la collection purulente pénètre dans l'intérieur de la cavité thoracique, mais on doit se demander si elle reste en dehors de la plèvre (abcès ossifluent de la colonne vertébrale, abcès périostiques ou ossifluents des côtes, à la fois sus et sous-costaux) ou si elle communique avec la cavité de la plèvre. Cette question est d'autant plus naturelle et plus difficile à juger que, dans le plus grand nombre de ces cas, on constate des symptômes de pleurésie ancienne ou récente.

Cependant l'abcès pleural, consistant dans une collection purulente de la plèvre, se faisant jour à l'extérieur à travers un espace intercostal, est un fait rare. Il peut exister indépendamment de toute lésion apparente du périoste ou des côtes.

Quant à distinguer l'abcès ossifluent de la colonne vertébrale des abcès sus et sous-costaux, le premier se reconnaîtra à l'intégrité du périoste et du squelette des côtes en même temps qu'aux signes tirés de l'examen de la colonne dorsale.

PRONOSTIC. — Il varie naturellement suivant la variété à laquelle on a affaire. Sans parler de l'abcès froid ordinaire du tissu cellulaire, les autres variétés d'abcès froids thoraciques se font remarquer par leur marche lente, par la persistance des fistules auxquelles leur ouverture donne lieu. La possibilité de complications pleuro-pulmonaires aggrave aussi leur pronostic.

TRAITEMENT. — L'état général du sujet commande le plus souvent l'emploi des médicaments anti-scrofuleux (huile de foie de morue, iodure de potassium, etc.). Le traitement spécifique sera prescrit dans le cas de diathèse syphilitique.

Quant au *traitement local*, il est subordonné à la variété d'abcès.

La compression, les résolutifs locaux (pommades iodurées, teinture

d'iode, vésicatoires) sont généralement incapables de prévenir le développement de la collection purulente. Il est préférable (sauf pour l'abcès ossifiant de la colonne vertébrale) de ne pas attendre l'ouverture spontanée de l'abcès et la formation de fistules.

Les ponctions répétées, seules ou suivies d'injections iodées, l'ouverture avec le bistouri ou les caustiques, et surtout le drainage, sont les méthodes que l'on peut mettre en usage. Elles suffisent à amener la guérison des abcès périostiques.

Quant aux abcès ossifiants des côtes et du sternum, leur guérison exige parfois une intervention chirurgicale plus active. Lorsque l'os est profondément altéré par la carie ou la nécrose, il devient nécessaire de le mettre à nu, afin d'extraire les séquestres ou d'enlever les parties malades. La cautérisation, l'évidement, la résection partielle des côtes et du sternum peuvent alors être pratiqués. On ne devra cependant y avoir recours que lorsque tous les autres moyens auront échoué. La résection des côtes en particulier, malgré les succès qu'elle a fournis entre les mains de quelques chirurgiens, expose à l'ouverture de la plèvre.

### 3<sup>e</sup> Abcès du médiastin.

Les abcès du médiastin sont connus depuis Galien, qui en a rapporté le premier exemple et a pratiqué la trépanation du sternum pour donner issue au pus accumulé derrière cet os. On trouve dans les annales de la science un certain nombre de faits analogues, et, dans un mémoire présenté à l'Académie de chirurgie, de la Martinière insiste sur les indications du trépan appliqué au sternum et fournit de nouvelles observations. Malgré ces faits relativement assez nombreux, les traités classiques de chirurgie ne renferment qu'une description incomplète de ces abcès. Deux mémoires importants, publiés par Guntner et Daudé, permettent aujourd'hui de combler en partie cette lacune.

DE LA MARTINIÈRE, *Mém. sur l'opération du trépan au sternum* (*Mém. de l'Acad. royale de chirurgie*, t. IV, p. 545). — GUNTNER, *Sur les abcès du médiastin* (*Oesterrich. Zeitschrift für prakt. Heilkunde*, mars 1859). — DAUDÉ, *Essai pratique sur les affections du médiastin* (*Montpellier médical*, 1871, t. XXVI et XXVII).

ÉTIOLOGIE. — On peut observer dans le médiastin des collections purulentes provenant des régions ou des organes voisins. Je me borne à rappeler que les abcès profonds de la région cervicale, les abcès rétro-pharyngiens en particulier, viennent fuser parfois jusque dans l'intérieur de la poitrine. De même, on a vu des pleurésies purulentes ou des abcès du poumon se frayer une voie dans le tissu cellulaire du médiastin.

Mais il doit être surtout ici question des abcès développés *in situ*. Ceux-ci sont *idiopathiques* ou *symptomatiques*. Les premiers résultent souvent de

traumatismes agissant sur la partie antérieure de la poitrine et reconnaissent pour causes les contusions, les plaies, avec ou sans fractures des côtes et du sternum. Dans ces diverses circonstances, le développement de l'abcès peut être favorisé par l'hémomédiastin, par la présence de corps étrangers, comme des esquilles provenant des côtes ou du sternum, des projectiles divers venus de l'extérieur. Nous signalerons à ce propos les déchirures de l'œsophage avec pénétration des matières alimentaires dans le médiastin postérieur.

Indépendamment de ces abcès de cause traumatique, Daudé admet l'existence d'abcès du médiastin tout à fait primitifs et spontanés, mais les observations qu'il rapporte et qu'il emprunte à Guntner sont loin d'être concluantes. On voit, en effet, qu'il existe constamment une nécrose du sternum, et rien ne prouve que cette lésion osseuse soit la conséquence de l'accumulation du pus dans la cavité médiastine, ainsi que Daudé n'hésite pas à l'admettre.

Les abcès du médiastin *symptomatiques* d'une ostéite, d'une carie, d'une nécrose des côtes ou du sternum sont, en effet, ceux que l'on rencontre le plus souvent, soit que les lésions osseuses reconnaissent une origine traumatique ou qu'elles se soient développées sous l'influence d'un état diathésique (scrofule ou syphilis). Dans ces cas, le pus provenant de l'altération des faces postérieures des côtes et du sternum envahit le tissu cellulaire des médiastins.

Il reste enfin à mentionner une dernière variété d'abcès du médiastin, signalée par Daudé; ce sont les *abcès métastatiques*, dont il rapporte quelques observations.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes qui précèdent le développement des abcès du médiastin varient nécessairement suivant les circonstances étiologiques au milieu desquelles ils prennent naissance. Dans certains cas de médiastinite aiguë, idiopathique, la maladie s'annonce parfois par des phénomènes généraux extrêmement intenses : fièvre vive, avec augmentation considérable de la température, céphalalgie, vertiges, cyanose de la face, palpitations, toux, gêne de la respiration, oppression. Lorsque l'inflammation succède à un traumatisme, le début est souvent insidieux. Après avoir présenté pendant quelques jours du malaise général, de la courbature, les malades accusent derrière le sternum une douleur fixe, profonde, généralement sourde, continue, rarement lancinante, exceptionnellement très-aiguë; parfois elle traverse la poitrine de part en part, du sternum à la colonne vertébrale. La pression est peu sensible; mais la percussion réveille la douleur, qui est accrue par les fortes inspirations, la toux, l'éternement, les mouvements du tronc.

L'inspiration est brusque et saccadée; la respiration abdominale très-marquée; il existe un peu de dyspnée et le malade est tourmenté par une petite toux sèche.

Enfin, si l'abcès du médiastin est symptomatique de l'ostéite, de la carie des côtes ou du sternum, les phénomènes du début sont encore

plus obscurs. Les malades ont présenté, pendant un temps plus ou moins long, des douleurs sourdes au niveau du sternum et des côtes, douleurs s'exaspérant par la pression et la percussion, s'accompagnant quelquefois d'un gonflement appréciable à l'extérieur. Comme il arrive pour les abcès symptomatiques des autres régions, le pus s'accumule lentement dans le tissu cellulaire du médiastin, écartant les deux feuillets séreux de la plèvre et constituant ainsi une sorte de poche enkystée derrière le sternum.

Quel qu'ait été son mode de début, l'abcès du médiastin, une fois formé, se présente avec les symptômes suivants :

La douleur, plus ou moins vive, s'accompagne d'une sensation de poids qui se manifeste surtout vers l'épigastre, lorsque le malade est debout, et qui se déplace dans les diverses attitudes du corps. Les malades éprouvent des accès de suffocation, un sentiment de constriction vers la gorge, quelquefois de la dysphagie. La dyspnée est constante et s'accroît par les mouvements ; elle existe surtout dans le décubitus dorsal, et les malades se couchent souvent sur le ventre pour respirer plus librement. On constate encore une petite toux sèche, qui augmente dans les efforts, les mouvements. Enfin on a signalé les palpitations de cœur, le gonflement des veines du cou, l'état congestif de la face, les vertiges, les syncopes, une fièvre continue avec frissons paroxystiques quotidiens.

La percussion de la poitrine révèle parfois une matité sous-sternale, perceptible dans toute la longueur du sternum, variant suivant la position du malade.

Après un temps plus ou moins long, une tumeur vient se montrer presque subitement, soit au niveau de la fourchette sternale, soit vers l'appendice xiphoïde, soit au milieu du sternum, soit enfin le plus souvent sur les bords de cet os, et plus particulièrement, selon Guntner, le long du bord gauche du sternum, entre la deuxième et la troisième côte.

Cette tumeur, qui ne tarde pas à s'étendre et peut envahir une partie des parois thoraciques, est molle, fluctuante, susceptible de diminuer ou même de se réduire complètement par la compression ; elle augmente au contraire de volume et de tension dans les efforts, dans la toux ; dans quelques cas, on a constaté des pulsations isochrones au pouls et transmises à la tumeur par les gros vaisseaux de la poitrine. Mate à la percussion, la tumeur ne présente aucun bruit particulier lorsqu'on l'ausculte.

L'abcès, abandonné à lui-même, finit par s'ouvrir spontanément, par suite de l'amincissement graduel de la peau, qui rougit, s'ulcère et livre passage à une quantité de pus plus ou moins considérable, mais généralement disproportionnée avec le volume de la tumeur extérieure. Après l'ouverture de l'abcès, il est facile de s'assurer que le liquide vient de l'intérieur de la poitrine, soit à l'aide du stilet, soit en observant l'influence des mouvements respiratoires sur le mode d'écoulement du

pus. Dans les efforts de toux, on voit ce liquide sortir plus abondamment et quelquefois par jet. Enfin, quand l'abcès siège au milieu du sternum, il est quelquefois possible de reconnaître que l'os est perforé et que l'ouverture est limitée par des bords épais, irréguliers.

Les abcès du médiastin, au lieu de faire leur apparition sur un point de la circonférence du sternum, peuvent suivre un autre trajet. Malgré l'épaississement des plèvres, on a vu le pus se frayer une voie à travers le poumon, perforer une bronche et être expectoré, ainsi que de la Martinière en rapporte un exemple. On trouvera dans la *Gazette hebdomadaire* (1) une observation d'abcès du médiastin, dû à la présence d'un corps étranger venant de l'œsophage, et ouvert dans la bronche droite et dans l'oreillette gauche. Enfin, dans un cas cité par Daudé, un abcès du médiastin a fusé jusque dans la cuisse droite en suivant les vaisseaux.

DIAGNOSTIC. — Tous les auteurs s'accordent à reconnaître la difficulté du diagnostic des abcès du médiastin. Cette difficulté est grande surtout au début et lorsqu'il s'agit de médiastinites idiopathiques. Les symptômes généraux, la douleur, la dyspnée, la toux, les palpitations doivent surtout faire penser à la pleuro-pneumonie, à la péricardite, à l'endocardite. Nous ne nous arrêterons pas sur ce diagnostic différentiel, qui repose presque exclusivement sur l'étude attentive des symptômes stéthoscopiques.

Lorsque l'abcès est formé et surtout lorsqu'il vient faire saillie à l'extérieur, le diagnostic devient beaucoup plus facile. Je dois cependant citer un fait extrêmement curieux, rapporté par Maclachlan (2) et dans lequel un abcès du médiastin antérieur communiquait avec les deux côtés de la poitrine, avec la trachée et le péricarde et formait au-dessus de la clavicule une tumeur qui simulait un anévrysme du tronc innominé ou de la crosse de l'aorte.

Lorsque l'existence d'un abcès du médiastin aura été reconnue, on devra rechercher la cause qui lui a donné naissance. L'étude des commémoratifs, l'exploration du sternum et des côtes, permettront de déterminer si l'abcès est idiopathique ou symptomatique d'une lésion osseuse.

PRONOSTIC. — D'après les faits consignés dans les auteurs, la guérison ne serait pas une terminaison rare des abcès du médiastin. Le plus souvent, cependant, cette guérison a été longue à obtenir et a souvent exigé une intervention chirurgicale. C'est surtout dans les cas d'abcès symptomatiques de lésions du sternum ou des côtes que le pronostic s'aggrave, et par la longue durée de la maladie, et par la nécessité d'opérations ayant pour but de donner une issue facile au pus et d'enlever les portions osseuses malades.

(1) *Gaz. hebdomadaire*, 1874, p. 459.

(2) *Medical Times*, avril 1850.

**TRAITEMENT.** — Au début, on devra recourir à l'emploi des moyens antiphlogistiques et résolutifs : émissions sanguines, vésicatoires, frictions mercurielles, iodurées, etc.

L'indication d'une intervention chirurgicale n'existe que dans les cas où la présence d'une collection purulente derrière le sternum ne saurait être mise en doute, soit que la collection purulente se montre sur un point de la circonférence de cet os ou à sa face antérieure, soit que, l'abcès étant ouvert ou compliquant une plaie de la cavité thoracique, le diagnostic se trouve assuré par le mode d'écoulement du pus et par l'exploration avec le stylet.

Lorsque l'abcès vient se montrer à l'extérieur, on doit l'ouvrir par une incision convenable et assurer l'issue facile du pus, en même temps qu'on prévient l'altération putride de ce liquide par les injections antiseptiques. La guérison a parfois été obtenue par ces moyens simples, malgré la situation défavorable de l'ouverture.

Dans d'autres cas, les accidents persistent au même degré après que l'abcès a été ouvert, il s'y joint même des signes de septicémie, et il devient nécessaire d'établir une contre-ouverture en pratiquant la trépanation du sternum, dans le point qui correspond à la partie la plus déclive du foyer. Cette opération, faite un assez grand nombre de fois depuis Galien et sur laquelle de la Martinière a surtout appelé l'attention dans son mémoire, est principalement indiquée lorsque le sternum est le siège d'altérations plus ou moins profondes, qui ont été le point de départ de l'abcès; telles sont : les fractures avec plaie, l'ostéite, la carie, la nécrose. Dans ces cas, le pus accumulé derrière le sternum s'écoule avec peine à travers une fissure, un pertuis étroit; en appliquant à ce niveau une ou plusieurs couronnes de trépan, on a pu vider complètement le foyer et amener une guérison complète.

Lorsqu'il s'agit d'ostéite, de carie, de nécrose du sternum, l'intervention chirurgicale peut être à la fois plus active et plus efficace. En même temps qu'il facilite l'écoulement du pus, le chirurgien devra s'attaquer à la cause même du mal, en modifiant la vitalité de l'os par la *cautérisation* ou en enlevant les parties malades à l'aide de l'*évidement* ou de la *résection* : on a pu ainsi réséquer avec succès une partie considérable du sternum en même temps que des portions de cartilages costaux.

## § II. — Fistules.

Les fistules que l'on peut observer au thorax reconnaissent des origines diverses et ont été déjà signalées pour la plupart.

Les unes ne dépassent pas l'épaisseur des parois thoraciques, les autres communiquent avec les organes contenus dans l'intérieur de la poitrine.

A. On doit distinguer, parmi les premières, les *fistules des parties molles* et les *fistules ossifluentes*. Dans cet exposé, nous laissons de côté les fis-

tules ayant leur origine dans la glande mammaire et celles qui prennent leur point de départ à la région de l'aisselle; les unes et les autres devant être décrites dans d'autres parties de cet ouvrage.

a. Les *fistules des parties molles* des parois thoraciques succèdent à l'ouverture de collections purulentes à marche chronique, et particulièrement à l'ouverture des abcès périostiques des côtes et du sternum. Dans certains cas, ces fistules sont entretenues par la présence d'un corps étranger. Leur diagnostic est généralement facile, et leur guérison s'obtient à l'aide d'incisions convenablement pratiquées, d'injections modificatrices, ou après l'ablation des corps étrangers, s'il en existe.

b. Les *fistules ossifluentes* peuvent succéder à une lésion du sternum, des côtes, de la colonne vertébrale. On observe aussi des fistules thoraciques ayant leur point de départ à la clavicule et à l'omoplate; mais l'étude des abcès et des fistules consécutives, reconnaissant cette dernière origine, appartient à l'histoire des maladies chirurgicales du membre supérieur. Le siège de l'ouverture, la direction du trajet fistuleux, les renseignements fournis par l'exploration du squelette, soit au moyen du palper extérieur, soit au moyen du stylet introduit dans la fistule, permettront d'établir le point de départ et la nature de la lésion, dont le traitement a été exposé ailleurs.

B. Les fistules communiquant avec l'intérieur de la cavité thoracique peuvent avoir leur siège dans le tissu cellulaire sous-pleural, dans le médiastin, ou être en communication avec le péricarde, la plèvre, le poumon, l'œsophage.

a. Les *fistules du tissu cellulaire sous-pleural* succèdent à ces abcès sous-costaux qui ont été décrits précédemment; elles peuvent s'accompagner de lésions osseuses ou bien persister en l'absence de celles-ci. Il en est de même des fistules résultant de l'ouverture des abcès du médiastin ou rétro-sternaux qui peuvent s'ouvrir en un point de la circonférence de cet os, ou à sa face antérieure à travers une perforation.

b. Les *fistules communiquant avec la plèvre (fistules pleuro-cutanées)* sont *traumatiques* ou *spontanées*. Nous avons signalé les premières comme un accident assez fréquent à la suite des plaies pénétrantes de poitrine avec ou sans corps étrangers. De même on peut observer de semblables fistules à la suite de pleurésies purulentes ouvertes spontanément à l'extérieur. Dans ces circonstances, il est plus fréquent de voir les fistules pleuro-cutanées succéder à l'ouverture artificielle de la plèvre par la thoracocentèse ou l'empyème.

Quoique les fistules pleuro-cutanées puissent occuper tous les points du thorax, il est bon de remarquer que les fistules consécutives à la pleurésie purulente siègent le plus souvent sur les parties antérieures du thorax.

Le diagnostic de ces fistules repose sur la connaissance des commémoratifs indiquant l'existence antérieure d'une plaie pénétrante de poitrine ou d'une pleurésie spontanée. En outre, l'abondance de la suppu-