

**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-



ration, les phénomènes qui se passent au niveau de l'ouverture, durant les efforts d'inspiration et d'expiration, indiquent la communication avec la plèvre. En effet, l'écoulement de pus, généralement très-abondant, augmente durant les fortes expirations, et quelquefois même le liquide est projeté sous forme de jet dans les efforts de la toux.

Au moment de l'inspiration, au contraire, il se fait parfois une sorte d'aspiration à l'ouverture de la fistule et même une certaine quantité d'air peut pénétrer à chaque mouvement inspiratoire, en sorte que le pus expulsé dans les efforts de toux est mélangé de gaz, ce qui pourrait faire croire à une communication avec les bronches.

Les phénomènes que je viens de signaler dans le mode d'écoulement du pus n'appartiennent pas en propre aux fistules *pleuro-cutanées*. Nous les retrouverons dans les fistules communiquant avec le poumon; mais il importe d'être prévenu qu'ils peuvent aussi s'observer dans certains cas de fistules qui n'ont aucune communication avec la cavité pleurale. Il n'est pas rare, en effet, de constater au niveau de l'ouverture fistuleuse, la même propulsion du liquide purulent à chaque effort de toux, et la même aspiration accompagnant les efforts inspireurs, dans certaines fistules aboutissant à des cavités plus ou moins larges, placées en dehors de la plèvre, mais subissant l'influence des mouvements de dilatation et de resserrement auxquels sont soumis les organes intra-thoraciques. Les fistules résultant de l'ouverture des abcès sous-costaux, rétro-sternaux, des abcès par congestion du rachis, se trouvent dans ces conditions, et nous avons déjà appelé l'attention sur cette cause d'erreur.

Le diagnostic présente donc, dans quelques cas, de sérieuses difficultés, et on ne saurait, pour l'établir avec certitude, se fier à l'examen stéthoscopique de la poitrine, attendu que l'existence bien constatée de lésions du côté de la plèvre et du poumon ne suffirait pas pour décider qu'il s'agit d'une fistule pleuro-cutanée. Nous avons vu que les abcès péri-pleuraux et rétro-sternaux, quoique ne communiquant pas avec la plèvre, s'accompagnent très-fréquemment de pleurésie. C'est donc par un examen très-minutieux des symptômes et une étude très-attentive des commémoratifs que l'on parviendra, dans ces cas difficiles, à établir le diagnostic.

La persistance des fistules pleuro-cutanées est souvent due à la situation défectueuse de l'ouverture extérieure, qui ne permet pas un libre écoulement du liquide purulent, en sorte que celui-ci s'accumule dans une poche plus ou moins vaste, dont le fond occupe une position déclive. Dans ces cas, le meilleur mode de traitement consiste à établir une contre-ouverture dans un point convenable, de manière à passer un tube à drainage qui, en même temps qu'il facilite l'écoulement du pus, permet de pratiquer des injections de liquides antiseptiques et modificateurs.

Il va sans dire que dans le cas de fistules entretenues par la présence d'un corps étranger, l'extraction de celui-ci doit être pratiquée.

Il est ordinaire de voir la guérison de ces fistules pleuro-cutanées suivie d'une rétraction quelquefois très-considérable de la paroi thoracique.

c. Les fistules thoraciques communiquant avec le poumon ou mieux avec les bronches (*fistules broncho-cutanées*) succèdent le plus souvent à des plaies pénétrantes de poitrine ayant intéressé le poumon. Elles reconnaissent fréquemment pour cause la présence d'un corps étranger fixé dans le tissu pulmonaire. On peut, cependant, observer des fistules broncho-cutanées développées spontanément par suite de l'ouverture à l'extérieur de cavernes tuberculeuses ou d'abcès pulmonaires. Mais ces faits sont extrêmement rares.

Les fistules broncho-cutanées d'origine traumatique présentent les mêmes symptômes que les fistules pleuro-cutanées. Mais, outre l'influence exercée par les efforts de toux sur le mode d'écoulement du pus, on constate l'issue de l'air à travers la fistule. Dans quelques cas, et en particulier dans un fait rapporté par Hannover (1), la communication avec les bronches était tellement large que les liquides injectés dans la fistule passaient par la trachée et étaient rejetés par la bouche.

Ces fistules peuvent finir par se cicatriser après un temps quelquefois considérable ou persister indéfiniment. Leur traitement ne diffère pas de celui des fistules pleuro-cutanées. On doit seulement être réservé dans l'emploi des injections, en raison de l'action des substances injectées sur les bronches.

d. Les *fistules péricardiques* paraissent être extrêmement rares. On n'en connaît qu'un exemple, rapporté par Larrey, et encore est-il permis d'élever des doutes sur l'existence d'une communication avec la cavité du péricarde. La fistule, qui avait succédé à un coup de couteau, a fini par guérir.

e. Enfin je citerai un cas très-complexe de *fistule œsophagienne* communiquant à l'extérieur à travers le poumon et la plèvre. Ce fait, publié par Maclachlan (2), est susceptible d'interprétations diverses. Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans qui, après avoir présenté des signes de pleurésie du côté droit, vit se former au-dessous et à gauche du mamelon droit un abcès dont l'ouverture fut suivie de l'issue de pus et d'air, puis, quelque temps après, de l'issue de parcelles alimentaires. Dans la situation verticale, les liquides ingérés, le lait, par exemple, s'échappaient par la fistule dès qu'ils étaient avalés. L'examen de la poitrine indiquait l'existence d'une vaste cavité contenant des liquides et de l'air.

Le docteur Maclachlan pense que l'origine de cette lésion doit être rapportée à un abcès du poumon ouvert dans la plèvre et que la com-

(1) *Die Danischen Invaliden aus dem Kriege*, 1864. *Artzlicher Beziehung*. Berlin, 1870, p. 17.

(2) *Glasgow med. Journ.*, janvier 1860.



munication de l'œsophage avec l'extérieur avait lieu à travers la cavité de l'abcès pulmonaire. Il est plus probable qu'il s'agissait d'un épanchement purulent de la plèvre, qui s'était fait jour à la fois dans diverses directions et qui avait perforé simultanément la paroi thoracique, le poumon et l'œsophage.

### § III. — Tumeurs.

Si l'on excepte celles qui siègent à la région mammaire, et qui seront décrites ultérieurement, les tumeurs des parois thoraciques sont peu fréquentes, ou du moins n'ont pas été de la part des auteurs l'objet d'une étude spéciale.

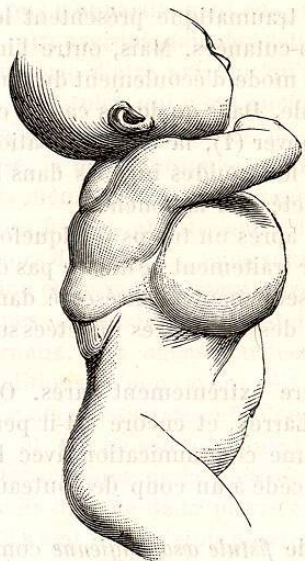


FIG. 76. — Kyste congénital et lipome diffus de la paroi thoracique.

Les unes naissent des parties molles, les autres tirent leur origine du squelette.

D'autres, enfin, après avoir pris naissance dans l'intérieur de la cavité thoracique, viennent faire saillie au dehors après avoir détruit une portion plus ou moins étendue de la paroi; tels sont les anévrysmes intrathoraciques, les tumeurs du médiastin, etc. Nous laisserons de côté ces tumeurs, dont l'étude appartient à la pathologie interne. Nous décrirons seulement dans ce groupe la *hernie du poumon* ou *pneumocèle*.

#### 1° Tumeurs dépendant des parties molles.

Parmi les tumeurs dépendant des parties molles, on peut citer les *tumeurs érectiles*, les *fibromes*, les *sarcomes*, les *cancers*, d'ailleurs assez rares et qui n'offrent aucune particularité digne d'être notée.

Le *lipome* s'observe assez fréquemment à la région postérieure du tronc et se présente avec ses caractères habituels. Il en est de même des *kystes*. Nous devons mentionner à cette occasion l'existence de *kystes congénitaux* et de *kystes hydatiques* des parois thoraciques.

a. Dans une observation de Bérend (1), un enfant de 5 mois présentait un kyste congénital de la région dorsale en même temps qu'un *lipome diffus* de la paroi latérale droite de la poitrine. La tumeur kystique, commençant en arrière à l'angle inférieur de l'omoplate, s'étendait oblique-

(1) Des tumeurs congénitales volumineuses. Rapport de Sichel (*Union méd.*, 1864, nouvelle série, t. XXIV, p. 174).

ment de dehors en dedans dans une longueur de 5 pouces et une largeur de 4 pouces. Recouverte par des téguments minces et normaux, elle présentait partout une fluctuation manifeste. En avant de cette tumeur et n'offrant avec elle que des rapports de contiguité, existait une seconde tumeur, aussi volumineuse, étendue au côté droit du thorax, et présentant partout la consistance dure d'un lipome diffus. La ponction pratiquée dans la tumeur postérieure donna issue à de la sérosité parfaitement limpide.

Dans ces cas de kystes congénitaux, on pourra suivre l'exemple de Bérend qui employa la ponction suivie d'injection iodée et remit à une époque ultérieure l'ablation du lipome.

b. On trouve dans la science quelques observations de *kystes hydatiques* développés dans les muscles ou le tissu cellulaire des parois thoraciques.

Dans quelques cas, le kyste avait pour siège le tissu cellulaire sous-pleural, ou du moins s'était développé au niveau d'un espace intercostal et faisait saillie à la fois à l'extérieur et à l'intérieur de la poitrine. Le diagnostic n'a d'ailleurs presque jamais été fait qu'après l'ouverture de la tumeur.

#### 2° Tumeurs dépendant du squelette.

Parmi les tumeurs des *côtes* et du *sternum*, on cite quelques exemples de *fibromes*, d'*enchondromes*, d'*exostoses* et de *sarcomes*.

Demarquay (1) a observé deux fois un *fibrome* paraissant avoir pris naissance dans le périoste des côtes; la tumeur était venue au contact de la plèvre, ce qui rendit son ablation délicate.

Suivant le même auteur, les *exostoses* des côtes seraient plus fréquentes qu'on ne le pense généralement. Leur présence donne quelquefois lieu à la production d'un bruit de frottement particulier dans les mouvements du scapulum.

L'*enchondrome* des côtes et du sternum est rarement primitif et se rencontre plus souvent dans les cas de généralisation de cette variété de tumeur. Dans son développement on l'a vu se propager à la plèvre et au poumon, ainsi que Virchow en a cité des exemples. Nous signalerons aussi le fait curieux, rapporté par Paget, d'un enchondrome de la tête des côtes qui pénétra par les trous intervertébraux dans le canal médullaire et détermina une paralysie par compression de la moelle.

Les *tumeurs cancéreuses* des côtes et du sternum sont le plus souvent consécutives à la propagation d'un cancer du sein ou d'un cancer du médiastin. De même que l'enchondrome, le cancer des côtes et du sternum s'observe aussi fréquemment dans les cas de généralisation de la diathèse cancéreuse. A ce sujet, je signalerai l'apparition fréquente de

(1) *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*. Art. CÔTE, t. IX, p. 587.