

un point important dont le praticien doit être prévenu. Une injection dans la plèvre peut déterminer la mort immédiate par syncope, mais la syncope ne se produit que si le liquide séjourne un certain temps dans la cavité, s'il y exerce une pression. Employez donc une sonde à double courant ou bien une sonde plus petite que l'orifice fistuleux, afin de permettre au liquide de sortir à mesure qu'il est injecté. Faites dans ces conditions, l'injection ne présente aucun danger.

Introduisez dans la cavité une sonde en gomme. Lavez d'abord le foyer avec une solution d'acide borique et injectez ensuite la solution au chlorure de zinc; entourez le thorax d'un pansement antiseptique et contentez-vous les jours suivants de renouveler le pansement extérieur. Si la suppuration diminue, si le sujet reprend de l'embonpoint, attendez; sinon, après trois semaines ou un mois, faites une seconde injection. Cette méthode de traitement compte de nombreux succès.

Les injections ont échoué; la suppuration continue aussi abondante et le malade dépérit; la cavité est bien située, ne se prolonge pas trop loin en arrière: l'opération d'Estlander est alors indiquée. Voici comment il convient de procéder.

Vous avez pris soin de bien vous renseigner sur la disposition de la cavité purulente; vous en connaissez la hauteur et la largeur. A la face externe du thorax, là où les couches musculaires sont le moins épaisses, pratiquez une incision en forme d'U comprenant toutes les parties molles jusqu'aux côtes. Disséquez le lambeau et relevez-le jusqu'à sa base. Isolez successivement avec une rugine les côtes qui doivent être enlevées; passez en arrière d'elles une sonde de Blandin et divisez-les avec une cisaille de Liston. Ne craignez pas d'en enlever la plus grande longueur possible en évitant toutefois d'aller trop en avant, à cause du péricarde et du diaphragme.

Il n'est pas nécessaire de faire la résection sous-périostée, au contraire, puisque la paroi thoracique doit rester souple et molle.

Le nombre de côtes à réséquer est évidemment en rapport avec la hauteur de la cavité.

Il se produit une abondante hémorrhagie en nappe, mais on ne rencontre pas de vaisseaux importants; ne vous préoccupez ni des artères ni des nerfs intercostaux.

Cette opération est laborieuse, pénible même, mais singulière-

ment facilitée par l'épaississement de la plèvre, qui donne aux instruments séateurs une sorte de point d'appui. On peut ainsi enlever la presque totalité de la cage thoracique d'un côté.

L'opération terminée, lavez la plaie avec la solution phéniquée forte; agrandissez au besoin l'orifice fistuleux, afin d'introduire un gros drain dans la cavité. Suturez la plaie des téguments, drainez-la convenablement et appliquez un pansement antiseptique.

Pansez ultérieurement en faisant au besoin des lavages par le tube; vous raccourcirez ce dernier au fur et à mesure du retrait de la paroi et le maintiendrez en place jusqu'à guérison complète.

Lorsqu'un foyer gangréneux ou purulent siège dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire, ou, ce qui revient au même, dans une scissure interlobaire; lorsque la percussion et l'auscultation permettent de reconnaître que ce foyer est proche de la paroi thoracique et que par conséquent le poumon est adhérent, il est très rationnel de l'ouvrir largement, opération à laquelle on donne le nom de *pneumotomie*.

Pour cela, commencez par réséquer une ou deux côtes et divisez ensuite le parenchyme pulmonaire au thermocautère jusqu'à ce que vous arriviez dans le foyer. N'y pratiquez pas d'injection immédiate, pour éviter la syncope, mais bourrez-le de tampons de gaze iodoformée.

Dans les jours suivants, lavez la plaie, si cela est nécessaire, en prenant les précautions que j'ai indiquées plus haut.

Quant à réséquer une portion de poumon, dans la tuberculose, par exemple, cela est évidemment praticable, mais je doute que l'opération soit utile. Que l'on ouvre au besoin une caverne bien limitée, peut-être y aurait-il avantage dans certains cas que je ne saurais d'ailleurs préciser pour mon compte, mais enlever un fragment de poumon tuberculeux alors que tout le reste est probablement déjà envahi par le bacille me paraît une opération bien peu justifiée.

### 3° AFFECTIONS ORGANIQUES DE LA POITRINE.

Les lésions organiques de la poitrine susceptibles d'être rattachées à la chirurgie sont peu nombreuses et d'ailleurs très rares. Je n'ai pas en effet à m'occuper ici des tumeurs des médiastins,



qui rentrent dans le domaine de la pathologie interne, et les tumeurs du sein seront étudiées séparément.

Qu'il puisse se rencontrer des sarcomes, des cancers, etc., soit des parties molles, soit du squelette, cela n'est pas douteux, mais il ne surgit du siège de ces tumeurs aucun signe spécial, aucune indication particulière.

Je signalerai comme propres à la poitrine les kéloïdes, qui affectent pour la région sternale une certaine prédilection et auxquelles il est préférable de ne pas toucher.

Je mentionnerai encore la tumeur formée par l'anévrysme de la crosse de l'aorte après usure du sternum, mais cette affection doit être, dans son ensemble, rattachée à la pathologie interne.

Une tumeur plus rare encore que les précédentes est la *hernie du poumon*, qui succède en général à un traumatisme de la paroi thoracique, bien qu'il existe des hernies congénitales. Après une contusion, une fracture de côtes, la paroi reste plus faible en ce point et le poumon, surtout s'il est emphysémateux, la soulève et vient peu à peu faire saillie sous la peau.

La tumeur est molle, élastique, sonore à la percussion, réductible, et se tend fortement pendant une brusque expiration. Elle ne pourrait être confondue qu'avec un abcès de la paroi, communiquant avec la plèvre à travers un espace intercostal, mais le plus simple examen permettra d'éviter cette erreur.

Le malade portera simplement un appareil contentif.

**Affections de la région mammaire.** — Nous n'avons rien à dire des traumatismes de la région mammaire. Les plaies, les contusions, ne diffèrent pas de celles des autres régions.

Le bout du sein des femmes qui nourrissent est fréquemment atteint de *gerçures*, de *crevasses* très douloureuses, qui obligent à suspendre l'allaitement, et sont la cause habituelle des abcès du sein. Il faut les laver avec des solutions légèrement astringentes et les recouvrir de vaseline boriquée.

Il n'est pas très rare de rencontrer au bout du sein des ulcérations syphilitiques pouvant provenir de l'allaitement d'un enfant infecté. Je n'ai pas à insister ici sur les conséquences de toute nature résultant d'un semblable accident.

Je signalerai aussi l'existence fréquente de croûtes eczémateuses.

On a plusieurs fois trouvé dans le sein des corps étrangers pointus, tels qu'une aiguille, par exemple, sans que la malade en soupçonnât la présence. Le corps s'enkyste et autour de lui se développe une gangue indurée pouvant faire croire à quelque lésion organique. Une tumeur petite, dure, limitée, conservant depuis longtemps le même volume, déterminant une vive douleur à la pression, devrait faire songer à la possibilité de ce léger accident.

On observe assez souvent chez les jeunes garçons, vers la puberté, une sorte de fluxion de la glande mammaire rudimentaire. Il existe une petite tumeur douloureuse dont les parents s'inquiètent, mais à tort, car elle disparaît spontanément au bout d'un certain temps. Cependant j'ai quelquefois vu survenir un abcès.

Les affections dont est le plus fréquemment atteinte la région mammaire sont les abcès et les tumeurs du sein.

**1° Abcès du sein.** — Les abcès du sein se rencontrent presque exclusivement chez les accouchées. Ils se développent en général dans deux circonstances : la mère a commencé l'allaitement, mais pour une cause quelconque elle a dû le suspendre, bien que le sein soit intact ; ou bien des gerçures se sont développées au bout du sein pendant l'allaitement et ont obligé à suspendre au moins de ce côté.

Le processus inflammatoire diffère dans les deux cas : dans le premier il se produit ce qu'on a appelé un engorgement laiteux aboutissant à la suppuration ; dans le second le point de départ de l'abcès est très vraisemblablement une angioleucite.

Quoi qu'il en soit de la théorie, la collection purulente peut occuper trois points différents : la couche sous-cutanée, le parenchyme glandulaire et la couche celluleuse rétro-glandulaire.

L'abcès de beaucoup le plus fréquent est l'abcès parenchymateux, dont l'abcès sous-cutané n'est souvent qu'une dépendance.

L'abcès sous-cutané diffère lui-même suivant qu'il siège au niveau de l'auréole du sein ou bien en dehors de l'auréole. Dans le premier cas, ce sont, en quelque sorte, de petits abcès tubéreux saillants à l'extérieur, semblables à ceux de l'aisselle, et qui ont sans doute pour siège anatomique les glandes sébacées de la ré-



gion. Je rappelle qu'à ce niveau la peau, adhérente par sa face profonde, n'est pas doublée d'une couche cellulo-graisseuse comme sur les autres points de la glande, ce qui explique l'aspect et le mode d'évolution de ces abcès. Il en existe souvent plusieurs simultanés ou successifs, et il n'est pas très utile de les inciser, car ils n'ont pas de tendance à s'étendre et les malades en souffrent peu.

Dans le second cas, lorsque l'abcès est extra-auréolaire, il ne diffère pas des abcès ordinaires, et je n'ai pas à y insister.

L'abcès *parenchymateux* présente beaucoup plus d'importance que le précédent, et c'est aussi, je le répète, celui que l'on observe dans la grande majorité des cas à la suite des couches, ou plutôt de l'allaitement, car les femmes qui ne nourrissent pas y sont bien moins exposées que les autres.

Voici comment les phénomènes se déroulent.

La femme a cessé brusquement de donner le sein ou bien elle continue à le donner, mais elle a des gerçures. La glande se tuméfié et devient douloureuse; la peau se tend, prend l'aspect luisant, sans changer d'abord notablement de couleur; la consistance du sein est ferme. Après quelques jours, il se ramollit, les douleurs deviennent de plus en plus intenses, la température s'élève et la peau ne tarde pas à rougir. A ce moment on perçoit la fluctuation, mais le foyer est encore profond, occupe l'épaisseur de la glande et ne fait pas relief à l'extérieur. Le pus se rapproche des téguments, finit par former un foyer superficiel, soulève la peau, forme une saillie appréciable à la vue et s'échappe enfin au dehors.

L'abcès *parenchymateux* abandonné à lui-même commence donc par un foyer intra-glandulaire; le pus traverse les couches superficielles de la glande en suivant un trajet étroit et vient former un second foyer sous la peau. C'est pourquoi Velpeau lui donna le nom d'*abcès en bouton de chemise*. Cette disposition est très importante à connaître, car, si l'abcès s'ouvre de lui-même, ou bien si on se contente d'ouvrir le foyer sous-cutané, le foyer profond persiste et avec lui un trajet fistuleux qui dure un temps infini et tourmente beaucoup les femmes. Les *fistules du sein* n'ont pas d'autre origine.

La glande mammaire se compose de 12 à 15 lobes isolés l'un de l'autre et aboutissant chacun à un conduit galactophore. Or

l'inflammation peut s'emparer successivement de plusieurs de ces lobes, d'où résulte la production d'abcès à répétition qui découragent les malades et consécutivement de fistules multiples traversant le sein dans tous les sens.

Le diagnostic de cet abcès est en général facile. On en peut craindre la formation lorsque le gonflement et la douleur persistent pendant plusieurs jours et surtout vont en augmentant; lorsque les douleurs prennent le caractère lancinant. Cependant il n'est pas rare de voir un engorgement du sein se terminer par résolution. La fluctuation est le seul signe qui permette d'affirmer l'existence d'un abcès, toutefois ce phénomène est relativement difficile à percevoir lorsque le pus est encore emprisonné dans le parenchyme; il devient par contre très facile quand le liquide s'est étalé sous la peau.

Faut-il ouvrir les abcès du sein?

Je pose la question parce que quelques praticiens ont conseillé de les abandonner à eux-mêmes, à cause, sans doute, de la répétition possible des mêmes accidents dans un lobe voisin. Les malades se trouvent en effet dans ces conditions exposés à des opérations successives qui les désespèrent. Je suis cependant d'avis que, s'il n'y a pas intérêt à fendre un abcès de l'auréole, il y a grand avantage à ouvrir un abcès *parenchymateux* avant même qu'il soit venu faire foyer sous la peau. N'avons-nous pas le chloroforme à notre disposition dans le cas où de nouveaux abcès surviendraient? En donnant issue au pus, on épargne à la malade plusieurs jours de grande souffrance et on évite presque à coup sûr la production des fistules consécutives.

Si l'abcès est devenu sous-cutané, ne vous contentez pas d'ouvrir la poche extérieure. Comportez-vous ici comme dans la paume de la main: cherchez l'orifice de communication avec le foyer profond et fendez largement ce dernier.

Traitez les *trajets fistuleux* du sein en les ouvrant dans toute leur étendue.

Les *abcès rétro-mammaires*, beaucoup plus rares que les deux précédents, résultent sans doute de l'inflammation des granulations les plus profondes de la glande confinées à la couche lamelleuse très lâche qui sépare celle-ci du muscle grand pectoral. L'abcès repousse fortement la mamelle en avant. En saisissant



à pleines mains cette dernière, dont l'aspect est d'ailleurs tout à fait normal, on peut la refouler en arrière et constater qu'elle est soulevée. Le pus vient alors faire saillie à la circonférence de la glande, et c'est là qu'il convient de lui donner issue aussitôt que l'on a perçu la fluctuation.

2° *Tumeurs du sein.* — J'ai à peine besoin de dire que les tumeurs du sein constituent l'un des chapitres les plus importants de la chirurgie. En raison de leur extrême fréquence, elles soulèvent à chaque instant, relativement au diagnostic et au traitement, des problèmes dont la solution est souvent fort difficile.

Comme toujours, je suivrai dans cette étude l'ordre clinique, supposant le lecteur en présence d'une femme qui le vient consulter pour une tumeur du sein.

Et d'abord, existe-t-il une tumeur?

Cette question ne semblera pas oiseuse aux praticiens qui ont déjà observé un assez grand nombre de malades, beaucoup de femmes s'imaginant être atteintes d'une tumeur du sein alors qu'il n'y en a pas trace. D'où vient cette erreur? De ce que la glande est douloureuse et présente un certain degré de tuméfaction et d'induration. Si vous saisissez entre les doigts dans son diamètre vertical ou transversal la mamelle, même tout à fait saine, vous sentirez en effet une sorte de tumeur plus ou moins volumineuse : mais pressez la glande à plat en l'appliquant contre le thorax, vous ne trouverez plus rien. Il s'agit donc là d'un mode d'exploration de la plus haute importance et qui met à l'abri de bien des méprises.

L'existence d'une saillie costale indépendante de la glande constitue une autre cause d'erreur dont il suffit d'être prévenu.

Ce premier examen vous permet de conclure à la présence d'une tumeur dans le sein. Étudiez-en maintenant les caractères. Pour cela, placez les malades sur une chaise, en pleine lumière; faites débarrasser la poitrine et le cou de tout vêtement, afin de comparer entre eux les deux côtés non seulement au niveau de la mamelle, mais aussi au niveau des creux sus et sous-claviculaires.

Il est utile d'établir un premier départ dans le diagnostic. Recherchez donc si la tumeur est solide, ou bien si elle est liquide. Les tumeurs solides sont infiniment plus fréquentes que les tumeurs liquides. Nous verrons que l'une des tumeurs solides

se creuse à un moment donné de cavités kystiques, mais la partie fondamentale est solide, les kystes sont l'accessoire.

*Tumeurs solides du sein.* Il ne serait pas rationnel de faire reposer notre étude clinique sur les classifications proposées par les histologistes, puisque les caractères qui leur servent de base ne se révèlent qu'au microscope et sont inapplicables au lit du malade. Je répète ce que j'ai déjà fait remarquer en étudiant les tumeurs de la région parotidienne : l'histologie des tumeurs du sein est très intéressante au point de vue de l'histoire naturelle, il est indispensable de la connaître, mais ce n'est pas elle qui nous permet d'arriver au diagnostic; elle ne vient qu'en second lieu pour le vérifier, le confirmer lorsque la tumeur a été enlevée. Il nous faut donc d'autres caractères pour asseoir notre jugement et prendre nos déterminations.

Le grand signe clinique sur lequel repose presque entièrement le diagnostic des tumeurs solides du sein est le suivant : *La tumeur fait-elle corps avec la glande ou bien en est-elle indépendante?*

Suivant la réponse à cette question, vous déterminerez le départ entre les deux groupes principaux des tumeurs solides du sein. Si la tumeur fait corps avec la glande, vous aurez affaire au *groupe des cancers*; si elle en est indépendante, vous serez en présence d'une tumeur appartenant au *groupe des adéno-sarcomes*.

Ce signe doit donc être recherché tout d'abord avec le plus grand soin. Une certaine expérience est nécessaire pour le bien percevoir, mais on y arrive en général facilement. Si vous appliquez doucement le doigt à la surface d'une tumeur incorporée à la glande, vous sentez un corps dur qui se continue insensiblement par sa circonférence avec les granulations de la glande sans ligne bien nette de démarcation, ainsi que le montre la figure 84. Vous sentirez, au contraire, s'il s'agit d'une tumeur indépendante (fig. 85), une séparation très nette entre le néoplasme et la glande.

Saisissez la tumeur entre les doigts et imprimez-lui des mouvements; la tumeur incorporée est immobile sur la glande, tandis que l'autre est très mobile; elle roule et glisse, en quelque sorte, comme une bille sous les doigts. Évitez avec soin cette cause d'erreur consistant à prendre la mobilité en masse de la mamelle sur le grand pectoral pour la mobilité partielle de la tumeur.

Il existe sans doute entre ces deux groupes de tumeurs bien



d'autres signes différentiels qui apparaissent au cours de l'évolution du néoplasme et que nous signalerons plus loin, mais celui-ci, basé sur l'anatomie pathologique, est essentiel, primordial, et doit servir de base à notre classification clinique.

Les tumeurs solides du sein se divisent donc en deux groupes ; les tumeurs fusionnées avec la glande et celles qui en sont indé-

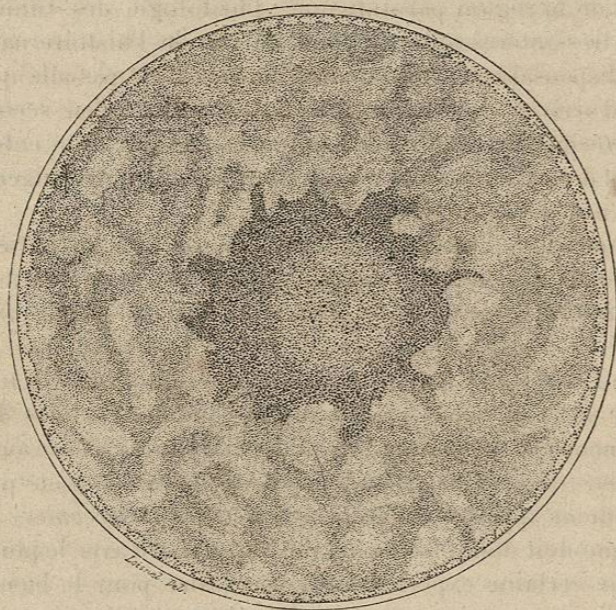


Fig. 84. — Carcinome circonscrit de la mamelle (schéma).

pendantes ; les premières sont encore dites *non encapsulées*, et les secondes *encapsulées*.

Poursuivons l'étude de la malade que nous supposons placée devant nous.

Nous avons acquis les trois notions suivantes : cette femme est atteinte d'une tumeur du sein ; la tumeur est solide et fait corps avec la glande : elle appartient donc au groupe des cancers, c'est-à-dire au groupe des tumeurs essentiellement malignes. Je dis au groupe des cancers, ce n'est peut-être pas absolument certain, mais nous touchons ici à un point de diagnostic différentiel des

plus délicats et qui trouvera mieux sa place un peu plus loin lorsque nous aurons étudié l'évolution et les diverses formes du cancer du sein.

Recherchons maintenant les autres signes confirmatifs de notre première hypothèse de cancer du sein.

L'un des premiers à apparaître est l'adhérence de la peau.

Cette adhérence est si nette et si évidente à une certaine période

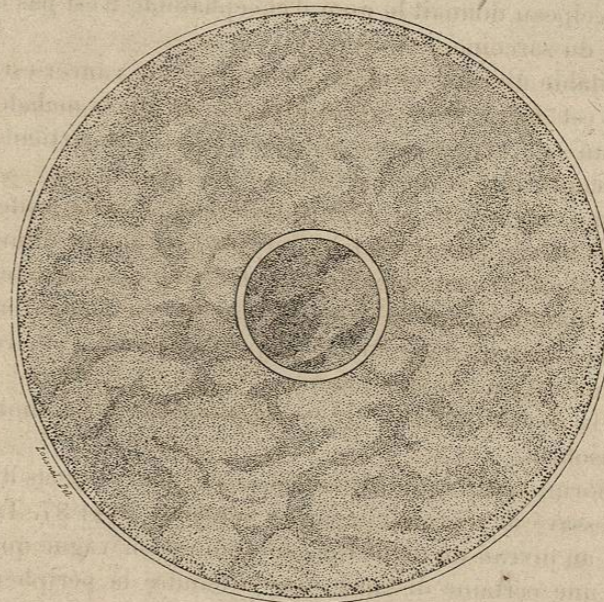


Fig. 85. — Tumeur encapsulée de la mamelle (adéno-sarcome) (schéma).

que la malade elle-même la signale à notre attention, mais il n'en est pas ainsi au début de l'affection, alors que le diagnostic peut encore être douteux, surtout si le signe tiré de la fusion de la tumeur avec la glande n'est pas très nettement perçu, ce qui arrive souvent.

Pour reconnaître l'adhérence, explorez de la façon suivante : à une certaine distance au-dessus et au-dessous de la tumeur, saisissez la peau entre le pouce et l'index et rapprochez les doigts de façon à former un pli : vous constaterez que vers la partie culminante de la tumeur la peau ne se soulève pas et reste déprimée en se fronçant là où devrait se trouver le sommet du pli. Il semble



que le sein soit *capitoné* en ce point. Faites la même exploration sur une partie saine, et vous saisirez nettement la différence. Lorsque ce signe existe, même à l'état de nuance, il suffit pour permettre d'affirmer l'existence du cancer, car jamais une tumeur encapsulée ne lui donne naissance.

A quelle forme de cancer avez-vous affaire ?

J'estime que les expressions de squirrhe et d'encéphaloïde n'ont plus de raison d'être, d'autant plus que la grosse tumeur molle à laquelle Velpeau donnait le nom d'encéphaloïde n'est pas du cancer, mais du sarcome.

La véritable division clinique est celle-ci : le cancer est *circonscrit* ou il est *diffus*. Donc, après avoir établi que la malade est atteinte d'un cancer, résolvez cette question : Appartient-il à la forme circonscrite ? revêt-il la forme diffuse ?

La forme circonscrite se définit d'elle-même ; vous sentez nettement dans le sein un noyau très dur, plus ou moins volumineux, inégal, irrégulier, mais bien limité et dont vous saisissez nettement les contours (fig. 84). Vous apprenez en même temps que la tumeur a marché d'une façon relativement lente : elle remonte, par exemple, à une ou deux années.

Dans la forme diffuse, il est impossible de délimiter une tumeur isolée.

Cette forme se présente elle-même sous deux aspects différents que j'ai essayé de représenter par les schémas 86 et 87. Tantôt on constate au niveau du mamelon une induration vague qui se prolonge à une certaine distance sans atteindre la périphérie de la glande ; le sein paraît plutôt ratatiné, plus petit que l'autre ; la peau très adhérente est comme plissée, ridée. On trouve à sa surface des trainées blanchâtres formées par la dilatation du réseau lymphatique ; autour du mamelon, qui est très dur et rétracté, on sent une sorte de tuméfaction mollasse diminuant insensiblement à mesure qu'elle gagne la circonférence de la mamelle. La marche du cancer est assez lente : c'est un *cancer rameux* (fig. 86).

L'autre variété du cancer diffus mérite le nom de *cancer en masse*. En effet, au lieu d'un noyau cancéreux qui, né d'un point de la glande, rayonne plus ou moins vite pour envahir toute la mamelle, le néoplasme apparaît dans tous les points à la fois, et ce travail morbide se fait souvent en quelques mois (fig. 87). Le sein est un peu augmenté de volume ; il est dur comme s'il était congelé ; la peau est rapidement adhérente, et sur toute la surface de

la tumeur on trouve difficilement l'endroit où elle cesse d'être envahie. C'est dans ce cas surtout que, par le plissement, la peau est criblée de petites dépressions et ressemble à une peau d'orange. Le plus souvent le sein est lisse ; quelquefois cependant il présente des bosselures. On trouve souvent dans la peau, à une certaine distance de la tumeur, des petits grains cancéreux isolés.

Cette division clinique du cancer du sein me paraît d'autant plus importante que c'est elle qui fournit les indications thérapeutiques.

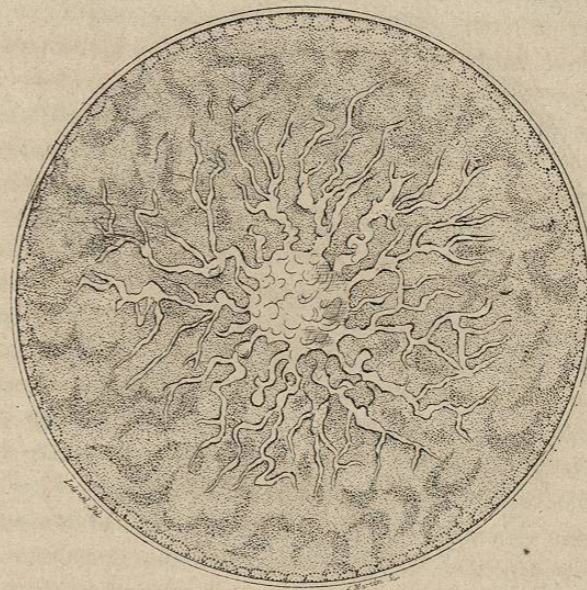


Fig. 86. — Carcinome diffus du sein ; carcinome rameux (schéma).

Mais continuons l'examen des signes que nous avons à rechercher chez notre malade.

Ces signes varient nécessairement suivant la période où en est arrivée l'affection. Nous en avons déjà constaté deux des plus importants : la fusion de la tumeur avec la glande et l'adhérence de la peau sur une plus ou moins grande étendue.

Le mamelon ne tarde pas à subir une profonde modification ; il se rétracte et finit presque par disparaître. On l'a quelquefois vu le siège d'un écoulement roussâtre, mais ce phénomène ne présente aucune valeur diagnostique et se rencontre d'ailleurs rarement dans le cancer.