

l'influence sur la marche des tumeurs est bien discutable. A peine existe-t-il quelques médications qui conviennent plus particulièrement à certaines tumeurs. Tel est entre autres l'iodure de potassium que l'on a prescrit dans le cas d'hypertrophie mammaire avec des résultats douteux. Quant à l'arsenic, au phosphore, ils n'ont pas une action plus efficace que la ciguë et les autres médications empiriques.

Le traitement local est palliatif ou curatif. Au premier se rapportent les antispasmodiques et les narcotiques, les antiseptiques, c'est-à-dire tous les moyens qui diminuent la souffrance, et ralentissent les progrès de l'épuisement. Les pansements compressifs, chloralés, phéniqués, les injections hypodermiques rendent tous les jours des services dans le traitement des cancers incurables.

Traitement curatif. — 1° La compression a été érigée en méthode générale par quelques chirurgiens; citons parmi eux YOUNG, RÉCAMIER, ERICHSEN BROCA. Ce dernier la préconisait contre l'adénome et il aurait obtenu neuf guérisons. C'est un moyen long, pénible, incertain dans ses résultats et même dangereux lorsqu'il est appliqué aux myxomes et aux sarcomes. On en retire quelques bons effets contre l'hypertrophie: des disques d'amadou superposés, des pelotes spéciales, pleines ou à air ont été imaginées pour réaliser cette indication. Mentionnons seulement le broiement sous-cutané, les injections interstitielles qui ne répondent pas à des indications bien précises; ces dernières pourraient convenir aux kystes simples.

La *cautérisation* comprend deux procédés suivant qu'elle est en nappe ou linéaire. La cautérisation en nappe est réservée aux carcinomes ulcérés et inopérables; on se sert à cet effet de pâte de Canquoin. Au contraire la cautérisation linéaire, préconisée par GIROUARD, MAISONNEUVE, consiste à circonscrire la tumeur à sa base avec la pâte de Vienne; on fend l'escarre et l'on enfonce dans la tumeur des flèches de Canquoin; le néoplasme mortifié tombe peu à peu. Cette méthode lente, douloureuse, est aujourd'hui un peu délaissée; l'action du caustique ne peut pas être exactement limitée; tantôt il agit trop profondément, on l'a même vu amener la perforation de la plèvre, tantôt il n'atteint pas les limites de la tumeur. Cependant la cautérisation compte quelques succès à son actif et, d'une façon générale, l'acide arsénieux, le chlorure de zinc, le beurre d'antimoine, le nitrate acide de mercure forment la base des emplâtres spécifiques qui feront longtemps encore la fortune des charlatans.

Extirpation. — Le principe admis par tous consiste à opérer les tumeurs du sein aussi largement que possible, surtout lorsqu'il s'agit de néoplasmes malins. Il s'est fait à cet égard une modification profonde dans les idées des chirurgiens; autrefois l'extirpation large n'était pas pratiquée dans toute sa rigueur, aussi les récidives étaient-elles rapides et fréquentes; aujourd'hui, surtout depuis les travaux de MOORE (1867), on sait que la guérison des tumeurs malignes est possible à la condition de ne laisser aucun vestige du néoplasme. Non seulement la section ne doit pas porter dans le tissu morbide, mais il faut de plus enlever les parties ambiantes, la graisse, les muscles pectoraux et les ganglions malades. Quelques chirurgiens ont en outre conseillé et pratiqué l'extirpation préventive des ganglions axillaires; parmi eux

nous citons: KÜSTER, KIRMISSON et nombre d'autres. La mortalité opératoire est certainement plus grande, presque le double. KÜSTER compte 15,15 p. 100 de décès; d'un autre côté le chiffre des guérisons définitives, c'est-à-dire sans récidive dans les trois années, s'élève à 21,5 p. 100, proportion inconnue jusqu'ici. De son côté STETTEGAST arrive à vingt-trois guérisons durables au lieu de 7,69. On a vu des malades rester guéries, huit, dix, et même quinze années sans récidive. En tous cas, si l'ablation préventive des ganglions ne met pas absolument à l'abri de la récidive, elle la retarde notablement et fait bénéficier les opérées de plusieurs années de vie.

Que convient-il de faire lorsque les ganglions axillaires sont volumineux, adhérents, intimement unis aux vaisseaux? En pareil cas GROSS conseille de tenter tout d'abord leur extirpation, avant d'enlever le sein. Si l'opération de l'aisselle est impraticable on aura évité à la malade une intervention au moins inutile. Quelques chirurgiens allemands poussent encore plus loin la hardiesse opératoire; GUSSENBAUER ne se borne pas à vider l'aisselle de tous les ganglions; il extirpe aussi les ganglions sus-claviculaires. Il semble qu'on ne puisse guère être plus radical et cependant ESMARCH, dans les cas graves, pratique la désarticulation de l'épaule (*Congrès des chir. allemands*, 1883).

Traitement des récidives. — Les mêmes préceptes que nous exposons plus haut s'appliquent rigoureusement aux récidives; l'opération hâtive et large ne doit pas être négligée, surtout pour les sarcomes. L'exemple le plus curieux que l'on puisse citer à l'appui est assurément celui de GROSS, dont nous avons parlé plus haut; il fit en quatre ans vingt-deux opérations pour le même sarcome et dix ans après la femme jouissait d'une bonne santé.

L'opération en elle-même variera suivant les cas; le bistouri est toujours préférable au thermo-cautère ou au galvano-cautère, à l'écraseur, aux ligatures en masse. Toutes les fois qu'il sera nécessaire d'enlever une certaine étendue des téguments, mieux vaudra sacrifier la réunion primitive et faire un pansement antiseptique ouvert; de cette façon la rétention n'est pas à craindre. On se trouve bien dans ce dernier cas de laver la plaie opératoire avec la solution forte au chlorure de zinc ou de la toucher au fer rouge.

§ 4. — Affections du sein de l'homme

Bibliographie générale. — *Traité des maladies du sein*, et *Traité des tumeurs du sein*.

Thèses de Paris. — 1852, ROBÉLIN. — 1872, HORTELOUP (Agrég.) — 1876, CHENET. — 1880, OLFAN. — 1881, MOIZARD. — 1883, POIRIER (*Tumeurs du sein*, Bibliogr. complète).

Bien que l'importance de la pathologie du sein soit beaucoup moindre chez l'homme que chez la femme, nous exposerons brièvement quelques-unes des affections qui s'y rencontrent accidentellement, entre autres la *mammite*, l'*hypertrophie* et les *tumeurs*.

1° MAMMITE

Bibliographie. — GIRALDÈS, *Gaz. des Hôp.*, 1854, p. 581. — GUBLER, *Union méd.*, 1852, et *Soc. de biologie*, 1855. — N. GUILLOT, *Arch. gén. de méd.*, 1853, p. 513. — JOLY, Th. de Paris, 1851. — DE SINETY, *Soc. de biologie*, 1875.

Sans parler des phlegmons péri-mammaires ou sous-mammaires qui se développent ici comme dans d'autres points du thorax, nous distinguerons trois variétés de mammite, suivant qu'elle existe chez le nouveau-né, à la puberté ou à l'âge adulte.

La *mammite du nouveau-né* apparaît vers le quatrième jour et dépasse bien rarement les limites physiologiques. D'après N. GUILLOT, GUBLER, il pourrait exister une sorte d'engorgement laiteux qui amènerait insensiblement au bout de quinze jours la formation d'un abcès. Les ganglions axillaires se gonflent et même suppurent quelquefois; dans un cas de GUILLOT un érysipèle enleva l'enfant. Cette mammite se termine encore par induration. Une douce pression sur le sein, les cataplasmes, l'incision si l'abcès existe, constituent le traitement.

Mammite des adolescents. — Vers l'âge de quatorze ans le gonflement physiologique de la mamelle détermine exceptionnellement des accidents; dans ce cas la douleur est plus vive, le mamelon laisse suinter un peu de sérosité trouble, la glande reste gonflée pendant un temps qui dépasse les limites ordinaires, parfois plusieurs années. VELPEAU, MOIZARD ont seuls signalé la suppuration de cette mammite; ici encore la terminaison par induration est commune.

Mammite de l'adulte. — Le plus souvent consécutive à un traumatisme léger ou violent (contusions) à un refroidissement, la mammite se montre à tout âge; elle est quelquefois liée à une névrite intercostale, comme dans un cas de KIRMISSON. CHASSAIGNE l'a vue succéder à l'application d'un vésicatoire et BRYANT a eu l'occasion d'observer des abcès dans les deux seins.

DUPLAY avance que la suppuration n'a jamais été notée; cependant MOIZARD en a réuni plusieurs cas. Au début on constate un gonflement, une douleur que le moindre contact exagère; la tuméfaction pourrait acquérir les dimensions d'une mandarine en cinq ou six jours; la peau devient rouge, puis violacée; un léger mouvement fébrile se produit, les ganglions axillaires se gonflent. Peu à peu la tumeur s'acumine et l'incision donne issue à un liquide crémeux, épais. La résolution est en général assez prompte.

La mammite chronique est exceptionnelle chez l'homme.

2° HYPERTROPHIE. — GYNÉCOMASTIE

Bibliographie. — BEDOR, *Gaz. méd. de Paris*, 1836. — NÉLATON, *Gaz. des Hôp.*, 1856. — MARTIN, LEREBOLLÉ, *Gaz. hebdom.*, 1877. Thèses de Paris. — 1872, HORTELOUP (Agrég.) — 1880, OLPHAN.

On désigne sous le nom de gynécomastie l'hypertrophie des seins chez l'homme.

PAUL D'ÉGINE paraît être le premier auteur qui parle de cette maladie et il a même décrit un procédé opératoire pour la traiter. A. PARÉ signale les rapports qui existent entre la gynécomastie et l'atrophie testiculaire ou la castration. Les connaissances que nous possédons aujourd'hui sur ce sujet sont dues à BEDOR, NÉLATON, HORTELOUP, OLPHAN.

Étiologie. — La gynécomastie ne s'observe guère que de quatorze à vingt-cinq ans, après la puberté. Si cette hypertrophie est souvent liée au féminisme, à l'atrophie testiculaire, ou à une ectopie de cet organe (LE DENTU), il y aurait bon nombre de cas où ces affections n'existent pas. Pour expliquer l'hypertrophie consécutive à la castration et à l'atrophie des testicules d'origine ourlienne, on a admis une sorte de balancement fonctionnel des organes. Or, OLPHAN cite des faits de gynécomastie chez des hommes qui avaient les glandes séminifères normalement développées. D'autre part les exemples d'indifférence des seins dans les cas d'atrophie ne manquent pas. Il faut donc admettre aujourd'hui que « la relation de cause à effet n'est ni absolue, ni proportionnelle, ni symétrique ».

Anatomie pathologique. — Dans les sept cas où l'autopsie a pu être faite, deux fois seulement on a trouvé une hypertrophie du tissu glandulaire. Dans un fait il s'agissait d'un fibrome et quatre fois la tumeur était constituée par de la graisse.

Tantôt l'hypertrophie porte sur un sein, plus souvent sur tous les deux. La glande ressemble à un sein de femme, le mamelon fait saillie; au toucher le doigt éprouve la sensation granuleuse de la glande mammaire; enfin il s'écoule par le mamelon un liquide séreux parfois trouble. La glande, habituellement grosse comme un mandarine, acquiert exceptionnellement les dimensions du poing ou d'une tête de fœtus à terme. Parfois le malade éprouve des douleurs névralgiques.

Le pronostic de cette affection est bénin; essentiellement chronique, elle ne retentit en aucune façon sur la santé générale. Aussi est-il recommandé de n'intervenir que si les dimensions de l'organe devenaient capables d'engendrer une difformité.

3° TUMEURS

Bibliographie. — Thèses de Paris. — 1872, HORTELOUP (Agrég.). — 1876, CHENET. — 1883, POIRIER (Bibliogr.), LANDRY.

Nous retrouvons dans la mamelle de l'homme les mêmes tumeurs que chez la femme, mais on conçoit qu'elles soient beaucoup moins communes en raison de la différence d'activité fonctionnelle.

Tumeurs bénignes. — Parmi les tumeurs bénignes nous signalerons :

1° Les *kystes séreux* observés par VELPEAU, ARNOTT, GOWLAND, HOFMANN, ROUX; TH. ANGER aurait rencontré un exemple de *kyste multiloculaire* avec des végétations proliférantes. VELPEAU parle d'un *kyste sébacé* et BURGRAEVE d'un

kyste probablement *dermoïde*. 2° VIRCHOW décrit, dans son *Traité des tumeurs*, un *fibrome* du sein. 3° POIRIER a publié, dans sa thèse intéressante, le premier cas connu de tubercule de la mamelle chez l'homme. Ce fait rend encore plus évidentes les analogies qui existent entre la pathologie de cette glande dans les deux sexes.

4° L'*adénome* a été rencontré dans le sein de l'homme mais de nouvelles observations sont nécessaires pour confirmer ce fait.

Tumeurs malignes. — Le *sarcome* de la mamelle de l'homme n'est pas absolument rare, et parmi les tumeurs considérées comme des cancers un certain nombre appartiennent à cette variété. DUPLAY, CROFT, BOURDILLAT, DAWSON, ont enlevé des sarcomes, les uns à cellules fusiformes, les autres à cellules rondes. BOLENSKI fait mention d'un adénome myxomateux.

Le carcinome est assurément la tumeur la plus commune; POIRIER en a réuni une centaine d'exemples. Sur deux cent cinquante-deux carcinomes du sein, BILLROTH en note sept chez l'homme. Tantôt il s'agit d'épithéliomes, plus souvent de squirres, assez rarement d'encéphaloïdes. HORTELOUP signale, d'après OLLIER, le squirre en cuirasse, et dans un fait de COOKE il s'agissait d'un squirre atrophique. POIRIER n'a pu rassembler que trois cas de carcinome mélanique dont deux publiés en France par CHENET et MARCANO.

Les irritations mécaniques (succion, contusion, frottements répétés) sont signalées dans quelques observations comme causes de l'affection. Le carcinome présente son maximum de fréquence de quarante-cinq à soixante-cinq ans; le sein gauche y est plus prédisposé.

Après une période longue et insidieuse le carcinome acquiert brusquement un volume plus considérable; primitivement gros comme une noix, il peut atteindre les dimensions d'un œuf, d'une orange et même d'une tête de fœtus. Parmi les symptômes du début, notons les picotements, les élancements, l'écoulement sanguin ou séro-purulent par le mamelon. Plus tard la peau devient adhérente, le mamelon se rétracte; parfois de petits nodules cancéreux se développent autour du néoplasme; les adhérences profondes sont exceptionnelles; comme le carcinome du sein de la femme, celui de l'homme s'ulcère, se propage aux ganglions axillaires. On a signalé les formes végétantes et hémorragiques. Enfin au bout d'un temps assez long le carcinome retentit sur l'état général; la dissémination viscérale et osseuse survient et amène la cachexie. CACCIOLA a vu un épithéliome du sein déterminer un foyer secondaire dans le cœur. La durée moyenne de la survie serait de trois ans et demi. Quoique opérées largement, ces tumeurs récidivent dans un certain nombre de cas soit localement, soit dans les ganglions; cependant les chances de guérison radicale sont plus grandes chez l'homme que chez la femme.

CHAPITRE II

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA POITRINE

Le thorax est fréquemment atteint dans les divers traumatismes : suivant les circonstances, il y a contusion ou plaie. Dans ces deux cas, les lésions peuvent se borner aux parois thoraciques, ou intéresser en même temps les organes contenus dans cette cavité. De là une série de phénomènes que nous allons successivement passer en revue.

§ 1^{er}. — Contusion

1° CONTUSION DES PAROIS THORACIQUES

Étiologie. — Les contusions des parois thoraciques se produisent souvent dans les grands traumatismes (éboulements, chutes d'un lieu élevé, tamponnement de chemins de fer, passage d'une roue de voiture sur le corps, etc.). L'élasticité spéciale de la cage thoracique permet de comprendre comment le squelette peut alors résister dans quelques cas.

Symptômes. — La douleur est fort variable, mais immédiatement après l'accident, et bien avant l'apparition des signes ordinaires de la contusion (épanchement sanguin, ecchymose), on constate la présence d'un symptôme caractéristique, la dyspnée. Pendant les premiers instants, l'oppression est tellement accentuée que le patient a beaucoup de peine à respirer; bientôt douleur et dyspnée se calment, toutefois ces deux symptômes reparaissent dès que les mouvements respiratoires prennent un peu d'amplitude; aussi le malade immobilise complètement sa poitrine et respire uniquement avec son diaphragme. Durant plusieurs jours les tentatives faites par le blessé pour dilater la cage thoracique réveillent de vives douleurs.

Il n'est pas rare d'observer à la suite de ces contusions la formation de bosses sanguines, d'épanchements sanguins, on a même constaté de véritables décollements avec épanchement de sérosité.

Lorsqu'il n'existe pas de lésions du côté des parties profondes ou du squelette, la contusion des parois thoraciques ne présente aucune gravité, cependant les douleurs produites par les mouvements respiratoires persistent souvent pendant plusieurs semaines; de plus, nous verrons que les contusions sont fréquemment invoquées pour expliquer l'apparition de périostites et d'ostéites.

Diagnostic. — Il faut éviter de confondre la contusion avec les ruptures musculaires simples et les douleurs névralgiques. L'étude des commémoratifs suffira pour écarter l'erreur. Il est parfois difficile de savoir si le squelette