

opérés hâtivement; les autres sont souvent accompagnés de complications et laissent, après l'intervention, une fistule persistante.

L'opération de choix est la pneumotomie, bien que Hevelke, Chauffard, aient obtenu de bons résultats en injectant : le premier, une solution alcoolique de thymol à l'aide de la seringue de Pravaz; le deuxième, une solution de naphthol. On pourrait, d'après M. Tuffier, employer ces procédés dans des cas bénins, ou même à des malades atteints de petits foyers multiples qui ne sont pas justiciables de la pneumotomie. Cette dernière opération a été pratiquée au moins 72 fois, avec 42 succès, 29 morts et 1 résultat inconnu.

Le nombre des interventions et des succès déjà considérables, montre que la chirurgie pulmonaire a largement gagné sa place. Mais il ne faut guère compter comme succès que les cas où le malade a été définitivement guéri ou a été considérablement amélioré. Or, les statistiques nous montrent que, dans les cas les plus fréquents, c'est-à-dire dans les cavernes tuberculeuses, la dilatation des bronches, la mortalité opératoire est assez considérable et que le nombre de guérisons absolues est relativement faible. Nous avons déjà insisté sur la diffusion des lésions qui rend souvent, malheureusement, l'intervention inutile, et sur ce fait que les guérisons ou améliorations sérieuses ont été obtenues quand la dilatation, l'abcès, la gangrène, la cavité étaient localisés et que l'intervention avait été plus précoce.

La méthode des ponctions, suivies ou non d'injections, est repoussée par la plupart des chirurgiens, nous aurons donc à nous occuper seulement de la pneumotomie. Avant de pratiquer cette opération, il faut s'enquérir par tous les moyens : percussion, auscultation, radiographie, du siège précis, de l'étendue de la lésion et de la présence d'adhérences des deux feuillets pleuraux. Malheureusement cette localisation est difficile, et des cliniciens de grande valeur y ont été trompés et ont méconnu la profondeur et la hauteur du foyer. Ainsi, dans la gangrène pulmonaire seule, M. Tuffier trouve 10 défauts de localisations vérifiés par la chirurgie : plusieurs de ces faits ont été rapportés à la Société de chirurgie, par MM. Michaux, Ricard, Quénu, Berger, Tuffier. D'une façon générale, l'indication donnée par les signes physiques, nous fait viser un peu trop bas la lésion pulmonaire (Tuffier). Au contraire, dans le cas apporté par M. A. Ricard, l'opérateur se croyait bien au-dessous du foyer dénoté par la percussion, et cependant la poche purulente se trouvait encore plus bas.

Mêmes difficultés pour se rendre compte de l'étendue des lésions. La zone d'induration pulmonaire, qui entoure la cavité, l'abcès, donne souvent des signes qui font croire à une cavité beaucoup plus grande qu'elle n'est réellement. Il est difficile de savoir si le foyer est unique ou multiple, et le chirurgien, dans des cas assez

nombreux, a, après ouverture d'une petite cavité, laissé intacte la poche principale. La quantité de pus expectoré est un bon signe de l'étendue de la cavité, mais ce signe n'est pas absolument probant, le contenu de l'abcès, de la cavité et des bronches pouvant, dans un même effort, se vider d'un seul coup. La ponction exploratrice, sur 85 cas est restée impuissante 19 fois, et, dans 12 autres faits il a fallu de deux à douze ponctions pour tomber sur le foyer morbide (Tuffier). Il est extrêmement important de reconnaître la présence des adhérences, ou, si elles existent, on peut inciser franchement au travers pour aller vers le poumon, sans craindre la production d'un pneumo-thorax et l'infection de la grande cavité pleurale. Mais il n'existe aucun signe permettant d'affirmer qu'elles existent : les poussées pleurétiques antérieures, la douleur localisée en un point, l'enfoncement des espaces intercostaux pendant l'inspiration, la rétraction de la base du thorax ne sont que des signes de probabilité. Si une aiguille enfoncée dans le poumon reste immobile, cela indique que le poumon est fixé à la paroi. Mais, somme toute, il n'y a aucun signe de certitude.

D'après la statistique de M. Tuffier, sur 215 opérations pour lésions septiques, l'adhérence fut constatée 190 fois, c'est-à-dire 86 p. 100. Dans un cas, elles étaient lâches ou insuffisantes, et manquaient tout à fait dans 25.

DE LA PNEUMOTOMIE. — Ce que nous avons dit de la difficulté de préciser le siège exact de la cavité suffit à condamner la pratique des opérateurs, qui se sont contentés d'ouvrir simplement un espace intercostal sur une étendue variable parallèlement à cet espace. Cette façon d'agir ne peut être applicable qu'à des cas tout à fait exceptionnels.

L'incision des téguments doit être large. L'incision en U à convexité inférieure, donnant un lambeau unique assez étendu et facile à réunir en haut est généralement adoptée. D'après Brezard, il doit toujours mesurer au moins 12 centimètres à sa base et avoir la hauteur de deux côtes séparées par un espace intercostal. Le lambeau relevé, les côtes sont réséquées, leur ablation favorisant plus tard la guérison des cavités pulmonaires. Arrivé à la plèvre, les difficultés et les divergences commencent, si les adhérences n'existent pas, si le poumon, reconnaissable à travers la plèvre pariétale à son aspect gris rosé, paraît se mouvoir librement sur le feuillet pariétal.

Un certain nombre de chirurgiens incisent franchement la plèvre et vont à la recherche des adhérences. Ainsi, M. Bazy préconise l'incision de la plèvre dans une étendue suffisante pour permettre l'introduction du doigt, qui doit être faite rapidement pour éviter l'entrée d'une trop grande quantité d'air : la plaie est bourrée avec une éponge et une compresse aseptiques. Le doigt introduit dans la plèvre permet d'explorer le poumon et la cavité séreuse dans tous les sens, d'en

percevoir les différences de consistance et la présence d'adhérences. M. Bazy, dans le cas rapporté par lui au Congrès de chirurgie (1896), put ainsi reconnaître des adhérences et une consistance anormale du poumon en un point. Retirant son doigt, il le reporta à la surface de la peau dans la même direction, marqua ce point, sutura la plaie pleurale et cutanée, puis fit une nouvelle incision au point marqué : la plèvre costale lui apparut épaissie avec une teinte feuille morte, et, à travers cette symphyse pleuro-pulmonaire, il pénétra, en incisant au thermocautère, dans une poche purulente. D'autres chirurgiens, M. Ricard entre autres, conseillent d'inciser largement le feuillet externe de la séreuse pleurale, ce qui permettra d'explorer la cavité pleurale et la surface du poumon. Delagenière n'hésite pas à préconiser l'ouverture large de la plèvre, après résection des 9^e, 8^e et 7^e côtes. Cette large ouverture permet l'exploration facile des lobes inférieurs du poumon dans toute leur étendue, et d'atteindre même la scissure interlobaire, à condition de réséquer jusqu'à la 5^e côte. Mais cette ouverture large de la plèvre s'accompagne fatalement d'un pneumothorax total s'il n'existe aucune adhérence ; le poumon se rétracte vers son hile, et son exploration en devient, sinon impossible, du moins très difficile. Dans 8 cas où ce pneumothorax total s'est produit, on compte deux morts rapides par infection ; deux fois les accidents immédiats empêchèrent d'ouvrir la cavité pulmonaire et les malades moururent, l'un quelques heures après, l'autre de pleurésie purulente. Le seul fait dans lequel le pneumothorax paraît n'avoir déterminé aucun accident est le fait de Kurz, et encore s'agissait-il probablement de pneumothorax incomplet.

Kœnig, qui considère le pneumothorax comme négligeable, perdit lui-même un malade de cette complication.

Sur 15 cas de pneumothorax expérimentaux chez le chien, M. Quénu a vu 12 morts produites par asphyxie. Ce n'est donc pas un accident négligeable.

M. Tuffier a proposé d'aller à la recherche des adhérences et des lésions pulmonaires par le décollement de la plèvre pariétale. Mais ce décollement, bien que facile, s'accompagne fréquemment de déchirure de la plèvre. J'ai vu, dit M. Terrier, opérer M. Tuffier, et j'ai pu constater que la plèvre avait été déchirée ; du reste, l'absence de tout accident indiquait que les feuillets pleuraux restaient en contact et qu'il ne se produirait pas fatalement de pneumothorax ; bien plus, le décollement ne donne, dans le cas d'absence d'adhérences, que des renseignements nuls ou vagues sur la lésion pulmonaire elle-même. En l'absence d'adhérences, les chirurgiens se sont proposé d'en créer. Arrivés à la plèvre pariétale, certains s'arrêtent là et cherchent à provoquer des adhérences, Quincke par des applications répétées de chlorure de zinc, Krause par un tamponnement antiseptique. Ce procédé en deux temps a donné, sur 19 cas, 13 guérisons opératoires et 6 morts.

De Cérenville, Godlee, Laache, pratiquèrent une suture des feuillets pleuraux dans le but de créer des adhérences inflammatoires, et n'opérèrent qu'au bout de quelques jours, Roux (1) de Lausanne suture, tout autour de la plaie, la plèvre pariétale avec la plèvre viscérale en harponnant avec l'aiguille courbe la substance du poumon. Mais, au lieu de placer de simples points de suture coupés, ce qui provoque des hiatus dans la plèvre pariétale par lesquels l'air pénètre instantanément, il fait une suture dite *à arrière-point*, c'est-à-dire que, l'aiguille traversant la plèvre et harponnant le poumon et ressortant un peu plus loin en sens inverse, est réintroduite de la même manière entre le point d'entrée et celui de sortie pour émerger plus loin que le premier point de sortie et rentrer de nouveau entre les deux derniers points de sortie, etc.

M. Quénu, jugeant les différents procédés de suture pleuro-pleurale primitive, arrive à conclure que, dans les cas de foyers morbides centraux du poumon avec intégrité des plèvres, cette suture est absolument impossible, et que, quelle que soit la finesse du fil et de l'aiguille, on n'arrive qu'à produire des trous et des hiatus par où l'air s'engouffre dans la cavité pleurale. MM. Quénu et Longet ont encore démontré que des sutures aseptiques ne déterminaient jamais d'adhérences : c'est à quoi on devait s'attendre, deux séreuses revêtues de leur endothélium ne pouvant se souder.

D'ailleurs, dans les cas de lésion centrale, en admettant que les adhérences puissent se produire artificiellement, sur quelle partie du poumon ira-t-on porter la suture ? Nous avons vu combien il était difficile, par les signes cliniques, de localiser la lésion, et l'on risquerait fort de suturer le poumon à la paroi, en un point par lequel il serait impossible d'aborder l'abcès ou la caverne. De sorte que l'on peut dire qu'utiles pour les lésions superficielles, les sutures sont, sinon nuisibles, du moins inutiles dans les lésions profondes. Aussi, malgré tous les moyens, malgré des ponctions exploratrices souvent inutiles, un pneumothorax total vient-il compliquer l'intervention, soit que la plèvre ait été accidentellement déchirée, soit qu'elle ait été largement ouverte. Le poumon se rétracte alors vers son hile. Dans ce cas, la meilleure conduite à tenir, d'après M. Tuffier, est de profiter de l'accident pour examiner à la main, rapidement, le poumon, de chercher à sentir s'il existe un point induré, d'attirer cette partie du poumon à la paroi et de l'y fixer. Or, d'après M. Quénu, cette suture, possible et assez bonne lorsque le poumon est sclérosé, est de valeur à peu près nulle lorsque les feuillets pleuraux sont intacts. Les tractions ne ramènent pas en bloc toute la surface de l'organe, ce que l'on attire c'est non pas une surface du poumon, mais un point qui s'effile en cône. Lorsqu'on a ainsi attiré une couronne de ces cônes

(1) ROUX, *Soc. de chir.*, 1891, p. 442.

et qu'on les a suturés à la plèvre pariétale, il persiste une foule de pertuis par où s'insinue l'air et où filtreront les liquides infectieux venus du poumon. Aussi a-t-on cherché à maintenir le poumon à la paroi en augmentant la pression intra-pulmonaire, soit par le procédé de M. Quénu, soit par celui de M. Tuffier qui, l'un et l'autre, je crois, n'ont été pratiqués qu'expérimentalement.

INCISION DU POUMON. — S'il existe des adhérences, une symphyse pleuro-pulmonaire, l'opération est simple. Il suffit d'aller à travers ces adhérences dans le poumon à la recherche du foyer purulent ou gangreneux ou du kyste hydatique.

Dans le cas contraire, la teinte brunâtre du parenchyme pulmonaire dans le cas d'abcès, la coloration blanche et lardacée dans le cas de kyste non suppuré, indiquent la lésion sous-jacente. On va droit au foyer, mais après avoir toutefois fixé la périphérie de la zone malade à la plèvre pariétale. C'est ce que fit M. Tuffier au malade opéré en présence de M. Terrier. Cette suture des feuilletts pleuraux peut rendre des services, non point seulement en empêchant l'entrée, mais en protégeant la séreuse contre les hydatides qui peuvent y tomber et s'y greffer. Dès qu'on aura ouvert la cavité péri-kystique, le kyste lui-même se présentera sous forme d'une membrane blanche mobile, faisant saillie à chaque effort de toux. En tirant sur la membrane, et avant que d'ouvrir le kyste, celui-ci peut se rompre et le liquide pénétrer dans les bronches (Terrier) (1).

Mais il n'en est pas toujours ainsi et l'opérateur peut être très embarrassé pour trouver le siège de la lésion. Les uns alors, pratiquent un certain nombre de ponctions exploratrices, et la cavité une fois trouvée, se servent de l'aiguille comme conducteur. Mais, comme dans un assez grand nombre, la ponction exploratrice n'a pas été positive, d'autres chirurgiens pratiquent d'emblée la pneumotomie. Ainsi fit M. Ricard (2), qui ne sentant rien par la palpation du poumon, incisa celui-ci sur une étendue de 2 centimètres et, coiffant son doigt du fond de cette incision, l'insinua par effraction lente dans le tissu pulmonaire. Le doigt put pénétrer dans toute sa longueur et reconnaître ainsi un foyer profond.

Quant au choix de l'instrument, M. Terrier préconise le bistouri, quand il a affaire à du tissu dur, résistant, peu vasculaire, et le thermocautère au contraire, si le tissu pulmonaire est élastique, vasculaire ou congestionné. Brezard, dans sa thèse, préconise dans tous les cas le thermocautère chauffé au rouge sombre.

Quoi qu'il en soit, une fois le foyer ouvert, il faudra le vider, l'explorer, et ne pas oublier que souvent les poches sont multiples. S'il existe des débris sphacelés il faut les enlever, mais avec prudence. M. Terrier condamne l'emploi de la curette comme dangereux et con-

(1) TERRIER, *Progrès médical*, 1896.

(2) A. RICARD, *Soc. de chir.*, 1896, p. 692.

seille de nettoyer la poche avec des tampons montés. Si l'on avait affaire à une grande épaisseur de tissu sphacélé, on pourrait, comme le fit Delagenière, les enlever à l'aide de ciseaux et du doigt, en s'arrêtant dès que le sang apparaît. Cependant, étant donnée la friabilité du tissu pulmonaire enflammé et des vaisseaux atteints d'artérite, de dilatations anévrysmales, comme on le voit dans les dilatations bronchiques, il sera prudent de s'en tenir à la conduite préconisée par M. Terrier.

Il peut se faire que, par la ponction et l'incision même du poumon, l'on ne puisse trouver la collection. Dans ce cas, il faudra drainer la plaie pulmonaire, et souvent la poche purulente voisine viendra s'ouvrir d'elle-même. Dans le cas de Groubé, rapporté par M. Reclus, la collection ne se vida que cinq jours après; dans un autre de Quinke, le pus ne sortit que vingt-trois jours après.

Une fois la poche purulente ouverte, il faut la drainer avec soin, et surtout, tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point, s'abstenir de tout lavage.

Les complications à craindre sont l'hémorragie, le pneumothorax et la pleurésie purulente.

L'hémorragie primitive est peu grave, elle est rapidement arrêtée par le tamponnement. Il n'en est pas de même dans l'hémorragie secondaire, qui est surtout grave dans les cas de gangrène. Elles viennent d'être étudiées par Latruffe (1). Dans 9 cas, relevés par M. Tuffier, 4 furent mortels. Cet accident se produit en général pendant un pansement, un effort. La mort survint dans les cas ci-dessus avec une rapidité que l'abondance du sang perdu n'expliquait même pas (Tuffier). Il faut, dans les pansements, employer un drain souple, et avoir soin que les drains et les mèches de gaze ne restent pas trop longtemps en place.

La pleurésie purulente peut être la conséquence de l'ouverture d'un abcès, soit que celui-ci se soit en partie vidé dans la plèvre, soit que celle-ci ait été infectée pendant l'opération. Delagenière conseille toujours de pratiquer le drainage de la plèvre au niveau du sinus costo-diaphragmatique, même si l'abcès siège dans le lobe supérieur du poumon. Brezard, avec un mépris profond pour le pneumothorax, défend énergiquement ces conclusions, malgré leur exagération évidente. Sans doute, s'il y a quelque raison de croire que la plèvre est infectée, il y aura intérêt à la drainer. Mais dans le cas contraire, il me semble inutile de faire subir au malade, déjà en général assez affaibli, des délabrements tels que la résection des 6^e, 7^e, 8^e, 9^e côtes dans la plus grande partie de leur étendue. D'ailleurs, les observations montrent que cette méthode n'a pas été suivie dans la majorité des cas, et que cependant nombre de malades ont guéri. Sans doute, dans

(1) LATRUFFE, thèse de Paris, 1897.

plusieurs cas, il a fallu intervenir pour évacuer une pleurésie, mais dans la majorité la guérison s'est effectuée sans incidents. Je crois qu'il sera toujours temps d'en revenir à la pleurotomie si la plèvre s'infecte, ce que la surveillance et l'examen attentif du malade permettront toujours de reconnaître.

FIN DU TOME VI

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME VI

MALADIES DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX

Par H. MORESTIN

| | |
|---|-----|
| I. Maladies inflammatoires | 2 |
| Stomatite mercurielle, 2. — Glossite aiguë parenchymateuse, 14. — Ulcérations d'origine dentaire, 31. — Leucoplasie buccale, 35. — Amygdalite phlegmoneuse, 52. — Amygdalite chronique lacunaire..... | 63 |
| II. Tuberculose de la bouche et du pharynx | 70 |
| Ulcérations tuberculeuses, 75. — Lupus de la cavité bucco-pharyngienne, 83. — Abscess froids..... | 84 |
| III. Syphilis | 88 |
| Chancres buccaux, 88. — Accidents secondaires, 102. — Syphilis tertiaire, 105. — Syphilis héréditaire bucco-pharyngée..... | 124 |
| IV. Suppurations développées au voisinage de la bouche et du pharynx | 136 |
| A. Suppurations péribucales, 136. — B. Suppurations péripharyngiennes.. | 151 |
| V. Tumeurs | 165 |
| I. Tumeurs des lèvres, 165. — II. Tumeurs des joues, 189. — III. Tumeurs de la langue, 199. — IV. Tumeurs du plancher de la bouche, 261. — V. Tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais, 294. — VI. Tumeurs des amygdales et du pharynx..... | 309 |
| VI. Traumatismes | 352 |
| Opérations réparatrices de l'orifice buccal. Chéiloplastie..... | 368 |

MALADIES DES GLANDES SALIVAIRES

Par H. MORESTIN

| | |
|---|-----|
| I. Fistules salivaires | 378 |
| II. Calculs salivaires | 387 |
| III. Inflammation des glandes salivaires | 394 |
| IV. Tumeurs des glandes salivaires | 404 |
| V. Tumeurs de la glande sous-maxillaire | 418 |