

Le malade fut seulement amélioré. Dans la seconde observation, due à Mosetig-Moorhof<sup>(1)</sup>, la pneumotomie fut pratiquée pour extraire des fragments osseux qui avaient pénétré dans le poumon à la suite d'un coup de feu. L'opéré succomba vingt et un jours après, à un abcès cérébral probablement. Ces cas en quelque sorte traumatiques mis à part, les autres lésions peuvent être réunies en deux groupes. Dans un premier, nous réunissons *les lésions limitées*, savoir : la gangrène limitée du poumon, la plupart des abcès pulmonaires, les kystes hydatiques; un second groupe comprend *les lésions diffuses* : cavernes pulmonaires, bronchectasie.

Pour les lésions du premier groupe, on peut dire que la pneumotomie est parfaitement indiquée. Dans les abcès du poumon, quelle qu'en soit l'origine, dans la gangrène circonscrite, il est clair qu'une large incision sera presque toujours le seul moyen d'assurer la guérison; mais c'est dans le kyste hydatique que la pneumotomie fournit ses plus beaux résultats. Dans son étude critique sur la chirurgie du poumon, Lopès a réuni 56 cas de kystes hydatiques traités par la pneumotomie. La guérison a été obtenue chez 51 de ces opérés; 5 seulement ont succombé. Tuffier, dans son rapport au Congrès de Moscou (1897), sur la *Chirurgie du poumon*, a réuni 61 cas de pneumotomie pour kyste hydatique avec 55 succès, ce qui donne 90,1 p. 100 de guérisons.

Ces résultats sont intéressants, assurément. Mais combien plus importante serait la pneumotomie, si elle convenait aussi bien aux lésions de notre deuxième groupe, aux bronchectasies et surtout aux cavernes pulmonaires! Les malades atteints d'abcès ou de kystes hydatiques du poumon sont relativement rares. Les tuberculeux sont légion. Par malheur les résultats sont loin d'être bien satisfaisants. Il est certain que les cavernes tuberculeuses et les bronchectasies influent d'une façon funeste sur l'état général par la décomposition et la résorption des produits qu'elles contiennent. Il est certain aussi que l'ouverture, le nettoyage et le pansement de ces cavités combattent efficacement cette auto-infection. Mais la dilatation bronchique à l'état isolé n'existe pas. Mais quand on ouvre une caverne tuberculeuse, caverne forcément volumineuse, puisqu'elle a pu être reconnue, on est certain qu'il existe à côté d'elle des cavernes plus petites et des foyers tuberculeux plus ou moins nombreux. On fait donc courir aux malades, en les opérant, les risques d'une opération assez grave, sans avoir la chance d'atteindre toutes les parties malades. Les statistiques fournies par les auteurs sont assez contradictoires. Tandis que *Roswell Parck* indique celle-ci :

Bronchectasies . . . . .	25 cas.	9 morts.
Cavernes tuberculeuses. . . . .	15 —	6 —

et Lopès :

Bronchectasies . . . . .	12 cas.	8 morts.
Cavernes tuberculeuses. . . . .	15 —	15 —

nous voyons Poirier et Jonesco, au Congrès français de la tuberculose, 50 juillet 1891, indiquer pour 29 cas :

Améliorations. . . . .	15
Guérisons. . . . .	4
Résultats nuls. . . . .	9
Résultat non indiqué . . . . .	1

<sup>(1)</sup> *Wiener med. Presse*, n° 1, p. 1, 1889.

Tuffier rapporte 26 cas de pneumotomie pour cavernes tuberculeuses avec 15 succès, soit 50 pour 100 de guérisons.

Leser (*Münch. Wochenschrift*, 1891, n° 8) propose d'ouvrir les cavernes tuberculeuses pour faciliter l'élimination des tissus malades après l'injection de la tuberculine de Koch. Ce conseil devient inutile maintenant que cette méthode est tombée en défaveur pour les raisons qu'on connaît.

Avant de pratiquer la pneumotomie, le chirurgien s'assure autant que possible que des adhérences existent au niveau du point qu'il va attaquer. On a indiqué comme moyen de les reconnaître le procédé suivant : une aiguille fine est enfoncée normalement à la paroi jusque dans le parenchyme pulmonaire. Si des adhérences empêchent le déplacement du poumon pendant la respiration, l'aiguille reste immobile. Dans le cas contraire, elle oscille à chaque mouvement respiratoire.

On peut se tromper dans cette épreuve, et le mieux est d'agir avec précaution de façon à reconnaître, au cours de l'opération, l'état de la plèvre. Si le poumon est libre, on le fixe, avant de l'inciser, à l'ouverture pratiquée sur la plèvre pariétale. Mais les cas de ce genre sont toujours dangereux. Un pneumothorax immédiat, souvent mortel, s'est produit quelquefois sous les yeux de l'opérateur. Bouilly résume comme il suit le procédé opératoire<sup>(1)</sup> :

1° Inciser les téguments comme pour pratiquer l'opération d'Estlander : diviser les muscles pectoraux si l'on agit à leur niveau;

2° Pratiquer la résection costale;

3° Faire lentement l'incision du poumon, avec un thermocautère porté à une température peu élevée, pour éviter l'hémorragie;

4° Faire l'antisepsie et le drainage de la cavité, mais s'abstenir de tout lavage, le liquide injecté pouvant pénétrer dans les bronches comme cela s'est produit dans quelques cas, et amener la mort.

Chez certains opérés on a établi une contre-ouverture pour mieux évacuer les liquides retenus dans la cavité.

Poirier et Jonesco pensent qu'on pourrait éviter la résection costale en passant dans le premier espace intercostal, qui a une hauteur de 2 centimètres. Mais d'une part cette incision ne convient qu'aux cavernes du sommet, les plus nombreuses il est vrai, et d'autre part on se prive de l'affaissement de la paroi résultant de la résection costale. Cet affaissement est pourtant très utile pour arriver à la guérison d'une grande cavité de n'importe quelle nature.

c. *Excision du poumon, pneumectomie* — L'expérimentation a fourni à divers auteurs des résultats curieux. Th. Gluck<sup>(2)</sup> pratique sur des lapins la ligature du hile d'un poumon; il extirpe même ce poumon et l'animal guérit parfaitement, pourvu que l'opération soit antiseptique. Block<sup>(3)</sup> résèque des portions du poumon sain ou tuberculeux chez plus de 50 animaux (lapins, chiens, porcs, vaches), avec les plus grands succès. Il rend compte des travaux de Virchow, König et d'autres, démontrant que les animaux supportent bien la suppression des branches de l'artère pulmonaire, des bronches, l'ablation des lobes du poumon en partie ou en totalité, et il conclut de ces prémisses qu'on peut intervenir de la même façon chez l'homme, dans les cas d'hémorragies pulmonaires

<sup>(1)</sup> BOUILLY, Société de chir., 28 janvier 1886.

<sup>(2)</sup> TH. GLUCK, *Experimenteller Beitrag zur Frage der Lungenextirpation*. Berl. klin. Woch. 31 octobre 1881.

<sup>(3)</sup> BLOCK, *Ueber Lungenresectionen und ihre Indicationen*. Ibid., 17 juillet 1882.



traumatiques menaçant de devenir mortelles, de tumeurs, de corps étrangers, de gangrène et d'abcès pulmonaire, mais surtout de tuberculose à son premier stade, alors qu'elle n'atteint qu'un lobe pulmonaire d'un ou des deux côtés. Biondi, au dire de Kœnig, a même, chez un animal, provoqué une tuberculose locale dans un poumon et a extirpé ensuite avec plein succès l'organe malade.

Toutes ces expériences ont pu exciter un enthousiasme passager; elles n'ont pas fait avancer d'un pas la thérapeutique des affections pulmonaires chez l'homme. La résection du poumon pourrait être appliquée à deux ordres d'affections: aux tumeurs et aux affections tuberculeuses.

Les tumeurs du poumon, les kystes hydatiques mis à part, sont des tumeurs malignes le plus souvent secondaires. Il y a cependant des tumeurs primitives: lymphomes, sarcomes, carcinomes; mais lorsque celles-ci ont atteint un volume suffisant pour être diagnostiquées, leur ablation exigerait des délabrements qui sans aucun doute entraîneraient la mort immédiate. La pneumectomie pour tumeur n'a trouvé son emploi chez l'homme que dans un cas très particulier, celui de Krœnlein, qui, enlevant un sarcome récidivé de la paroi costale, fut conduit à faire une grande perte de substance à la plèvre pariétale. Par la large fenêtre qu'il venait de créer, il aperçut une petite tumeur du poumon qu'il excisa avec une portion peu étendue de l'organe.

Pour ce qui touche la résection du poumon tuberculeux chez l'homme, qui n'a du reste été pratiquée que trois fois, je ne saurais, malgré mon peu de goût pour les excommunications, cacher la répugnance qu'elle m'inspire. Je dirais volontiers, avec Kœnig, que pour pratiquer ces opérations, il faut faire abstraction complète de toutes les connaissances acquises en pathologie, et que nous devons protester contre ces tentatives tout à fait injustifiables.

## MAMELLE

Par le D<sup>r</sup> PIERRE DELBET

Professeur agrégé. — Chirurgien des hôpitaux.

### CHAPITRE PREMIER

#### ANOMALIES

Les anomalies de la mamelle sont congénitales ou acquises. Les anomalies congénitales peuvent se faire par défaut ou par excès. Dans le premier cas, les deux mamelles, ou plus souvent l'une d'elles manquent. C'est l'état que l'on désigne sous le nom d'*amazie*. Dans le second cas, outre les deux mamelles normales, il existe une ou plusieurs mamelles surnuméraires. Cette anomalie porte le nom de *polymastie* ou *pleiomastie*.

Les anomalies acquises sont également de deux ordres: l'atrophie et l'hypertrophie.

A ces anomalies anatomiques il faut ajouter les anomalies physiologiques, ou anomalies de la sécrétion.

#### I

#### ANOMALIES CONGÉNITALES

##### A. — AMAZIE

L'absence des deux mamelles est d'une extrême rareté. Elle est le plus souvent compliquée de graves malformations du thorax, incompatibles avec la vie. Il n'existe guère que quatre observations d'amazie double ne s'accompagnant pas d'autres malformations du thorax. Ce sont celles de Wylie, Batchelor, Hutchinson, Pilcher. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un hermaphrodite mâle.

L'absence d'une seule mamelle est un peu moins rare, et sauf dans deux cas, elle n'a été jusqu'ici observée que chez la femme. Elle s'accompagne parfois de malformations plus ou moins graves de la moitié correspondante du thorax. Dans un cas de Fœrster, le membre supérieur faisait défaut, et il existait une fente par laquelle sortaient les viscères thoraciques et abdominaux. Dans l'observation de Froriep, les 5<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> côtes étaient incomplètement développées, le grand pectoral était réduit à sa portion claviculaire, le petit manquait complè-