

b. Les abcès consécutifs à la suppuration d'un infarctus embolique ou hémorrhagique; ils sont assez rares.

c. Les kystes hydatiques suppurés.

2° *Les abcès pneumoniques.* — La terminaison par abcès est rare dans la pneumonie lobaire franche: on l'observe quelquefois chez les vieillards, surtout dans la pneumonie du sommet, et chez les enfants. Encore faut-il faire remarquer qu'on n'a peut-être pas toujours bien distingué chez l'enfant la broncho-pneumonie pseudo-lobaire de la pneumonie lobaire franche. Or les broncho-pneumonies donnent lieu fréquemment à des suppurations circonscrites. Mais elles constituent en général un épiphénomène d'une maladie infectieuse, et trouveront plus loin leur place.

Certaines pneumonies, ou plus exactement broncho-pneumonies chroniques, donnent lieu à la production d'abcès remarquables par la lenteur de leur développement.

3° Des *abcès bronchiques* soit aigus (pneumonie catarrhale surtout par corps étrangers des voies aériennes), soit chroniques par suppuration de la muqueuse tapissant une bronchiectasie.

Les abcès du second groupe sont consécutifs à une lésion d'un organe voisin; le poumon fixé par des adhérences pleurales communique plus ou moins largement avec le foyer primitif, abcès du foie, de la rate ou des reins, foyer de péritonite sus-hépatique ou de périplénite, abcès du médiastin par périadénite adéno-bronchique, pleurésie purulente enkystée, etc. Nous ne ferons que signaler ici les abcès consécutifs à une lésion osseuse du rachis, des côtes ou du sternum, de nature tuberculeuse en général.

Les abcès dits *métastatiques* forment le troisième groupe: on les rencontre dans la pyoémie et l'infection puerpérale, et aussi dans la variole, la fièvre typhoïde et même la rougeole, où ils se montrent comme terminaison de broncho-pneumonies. Ils sont assez fréquents dans la coqueluche où leur mode de formation est encore mal déterminé.

La morve et certaines formes d'endocardite ulcéreuse donnent également lieu à des abcès très analogues à ceux de la pyohémie.

Nous retrouverions pour les lésions *gangréneuses* du poumon un tableau étiologique analogue à celui des suppurations. Nous devrions seulement insister davantage sur les dyscrasies antérieures aiguës ou chroniques, affaiblissant, par suite de l'état constitutionnel du malade, la vitalité de tous les tissus. Une perturbation locale additionnelle qui ne produirait que peu d'effet dans un organisme sain suffirait alors pour entraîner la nécrose de fragments plus ou moins étendus du poumon.

A la suite de la pneumonie, des embolies ou des hémorrhagies pulmonaires on trouve généralement un foyer unique, le plus souvent au sommet dans le premier cas, à siège variable dans le deuxième. Le vo-

lume du foyer varie de celui d'un gros pois à celui d'une noix ou d'un œuf; la cavité est irrégulière, anfractueuse, traversée par des brides saillantes; ses parois sont déchiquetées, friables. Le pus est tantôt louable, tantôt grumeleux et présentant une odeur désagréable.

La zone du tissu pulmonaire avoisinant l'abcès est le siège d'une pneumonie interstitielle plus ou moins prononcée.

Plus tard la paroi même de l'abcès très épaissie prend un aspect fibreux, et devient parfois même crétaquée.

Le foyer peut ne présenter aucune communication avec les bronches; mais il n'est pas rare de voir s'y ouvrir un ou plusieurs canaux aériens.

L'abcès dans ce dernier cas se vide par les bronches. La suppuration est longue, mais peut aboutir parfois à la guérison. Dans d'autres cas, l'abcès s'ouvre dans la plèvre (surtout dans les abcès broncho-pneumoniques fréquemment sous-pleuraux) ou, si des adhérences se sont formées, il peut se faire jour à travers la paroi thoracique. Exceptionnellement on l'a vu s'ouvrir dans le péricarde, dans le médiastin et même dans le péritoine, à travers le diaphragme.

Les abcès broncho-pneumoniques, les abcès dits métastatiques sont généralement multiples; ils ne relèvent guère de la chirurgie. Au contraire les abcès bronchiectasiques et les abcès dits consécutifs peuvent nécessiter une intervention chirurgicale.

Au point de vue clinique, on peut distinguer des abcès *latents*, dont rien n'indique le développement et la présence, des abcès *douteux*, que quelques signes font soupçonner, et enfin des abcès dont le diagnostic affirmatif est possible.

On comprend toute l'importance qui s'attache à l'étude des antécédents d'une part, et d'autre part des signes généraux qui accompagnent le début de toute collection de pus. Mais le signe le plus important est la *vomique*, c'est-à-dire l'expectoration d'une quantité notable de pus à la suite d'efforts de toux plus ou moins violents et prolongés. La quantité de pus rejeté varie beaucoup suivant son origine: abondante dans les abcès consécutifs, elle est restreinte s'il s'agit d'un abcès pulmonaire proprement dit.

La vomique peut manquer et être remplacée par une expectoration purulente continue. L'examen du pus pourra fournir quelques notions importantes, telles que la présence de fibres élastiques, et surtout de fragments de tissu pulmonaire ou de cristaux. Enfin on devra rechercher avec soin et constater minutieusement l'absence des bacilles de Koch.

L'examen de la poitrine permet quelquefois, mais non pas toujours, de constater les signes des cavernes, gargouillement, souffle amphorique, pectoriloquie, etc.

On comprend toutes les difficultés que doit présenter le diagnostic de ces abcès. On ne peut affirmer avec certitude l'existence d'un abcès du

poumon que lorsqu'on constate à la fois, d'une part des crachats purulents rendus ou non sous forme de vomique, des signes d'excavation récente, et la présence de fragments pulmonaires dans le pus en même temps que d'autre part l'absence de bacilles de Koch prouvée tant par les recherches microscopiques que par l'inoculation à plusieurs reprises des crachats à des cobayes.

Enfin si l'on soupçonne l'existence d'un abcès non évacué, il sera indiqué de tenter une ponction exploratrice avec un appareil à aspiration. On devra être prêt à achever une opération plus radicale, en considérant la ponction comme un simple temps préparatoire.

Les lésions gangréneuses ont été distinguées par Laennec en circonscrites et diffuses. Les premières seules ont de l'intérêt pour le chirurgien. Leur histoire est très analogue à celle des abcès. Au lieu de pus, le foyer gangréneux contient un putrilage plus ou moins ramolli, une bouillie noirâtre, mêlée de débris parenchymateux sphacelés sous forme de petites masses grumeleuses, d'un blanc sale. Les symptômes sont à peu près ceux des abcès avec un état général plus grave, et une expectoration non pas seulement purulente, mais fétide, putride pour ainsi dire.

Nous ne parlons ici, bien entendu, que des gangrènes à foyer limité, de celles qui restent relativement localisées et n'ont pas une grande puissance d'extension. Pour les formes de gangrènes pulmonaires étendues et rapides, pour celles que leur nature infectieuse et leur malignité mettent hors de l'intervention chirurgicale, nous renvoyons le lecteur aux traités de pathologie médicale.

Nous n'étudierons pas davantage au point de vue pathologique les lésions tuberculeuses ni les kystes hydatiques du poumon. Il nous suffira d'examiner quelles circonstances peuvent rendre nécessaire une intervention chirurgicale.

Traitement. — Les opérations qui peuvent être pratiquées sur le poumon sont :

1° La ponction capillaire simple ou suivie d'injections détersives, antiseptiques ou plus ou moins caustiques;

2° La ponction avec un trocart volumineux permettant la mise en place d'un drain.

Ces opérations peuvent être faites soit directement à travers la paroi thoracique, soit après incision des parties molles, et au besoin résection sous-périostée d'un fragment de côte.

3° La pneumotomie, ou incision du tissu pulmonaire, qui peut être pratiquée en un temps, incision des parties molles directement, ou en se servant de l'aiguille exploratrice comme conducteur, avec ou sans résection costale : incision de la plèvre, puis du tissu pulmonaire, soit au bistouri, soit en creusant avec un instrument mousse, soit mieux avec le thermo-cautère pour se mettre à l'abri de l'hémorrhagie. Si on

tombe sur une cavité, elle peut être soit drainée simplement, soit curée, soit lavée, soit tamponnée avec un tissu antiseptique. Les lavages ont le tort de provoquer une irritation et des quintes de toux violentes. Le tamponnement met généralement fin aux hémorrhagies en nappes.

Le procédé est excellent s'il existe des adhérences de la plèvre. Dans le cas contraire on pourra se contenter d'établir une couronne de fines sutures au catgut et d'inciser ensuite dans la zone ainsi limitée : ou bien on pratiquera l'opération en deux temps : après avoir placé sur la plèvre quelques points de suture, on attendra quarante-huit heures pour continuer l'incision et la faire porter sur le tissu pulmonaire.

4° La pneumectomie, ou résection d'un fragment du poumon plus ou moins étendue.

Les injections interstitielles ont été tentées au début de la tuberculose. Les résultats ne permettent guère encore de recommander cette méthode. Dans les foyers suppurés ou gangréneux, et même dans les kystes hydatiques où elle a longtemps été prônée, nous la croyons inférieure aux procédés d'intervention plus actifs. Nous en dirons autant de la ponction avec un trocart assez volumineux pour permettre le passage d'un drain. A notre avis, la ponction doit être considérée comme un simple moyen d'exploration. Si l'évacuation large est jugée nécessaire, c'est à la pneumotomie qu'on aura recours, en se servant de l'aiguille exploratrice comme d'un conducteur. Le tissu pulmonaire sera incisé au thermo-cautère ; on évitera les lavages : mieux vaudra établir un drainage capillaire en tamponnant la cavité avec un tissu antiseptique, la gaze iodoformée par exemple.

En résumé, la pneumotomie semble indiquée dans trois catégories d'affections thoraciques :

1° Les affections aiguës, gangrène ou abcès spontanés, traumatiques ou consécutifs à une thrombose ou une embolie.

2° Les excavations chroniques surtout bronchiques. Pour les cavernes tuberculeuses l'indication est très discutable. Cependant Cérenville la considère comme réelle si la lésion est circonscrite et n'a pas donné lieu à une infiltration de voisinage. Le curage des parois serait alors nécessaire. A titre même de palliatif, l'opération serait profitable en diminuant les sécrétions et la toux.

3° Les excavations de nature douteuse, telles que les suppurations enkystées de la plèvre avec pénétration dans une bronche.

C'est encore la pneumotomie suivie de drainage que nous considérons comme le procédé de choix, si l'on se décide à intervenir pour un kyste hydatique. Mais ici les injections dans la cavité kystique n'ont aucun inconvénient.

La pneumotomie n'est franchement indiquée que pour la hernie traumatique primitive du poumon.

Cependant Krönlein l'a appliquée avec succès pour un sarcome embryonnaire du poumon, et quelques auteurs considèrent la résection du lobe pulmonaire supérieur comme possible au début de la tuberculose. Nous ne pouvons insister davantage sur un sujet qui est encore du domaine expérimental.

§ 6. — Fistules thoraciques.

Nous n'étudierons ici que les fistules des parois thoraciques et les fistules en communication avec la cavité thoracique :

1° *Fistules pariétales*. — Ces fistules succèdent à l'ouverture des abcès chroniques de la paroi thoracique, que ces abcès soient d'origine sous-cutanée, périostique ou osseuse. Plus rarement elles reconnaissent pour cause la présence d'un corps étranger.

Leur histoire n'offre rien de spécial à noter.

2° Les *fistules thoraciques* proprement dites sont *médiastines, pleurales, pulmonaires, péricardiques, œsophagiennes* (nous renverrons pour leur étude à la description des lésions du médiastin, de la plèvre, du poumon, du péricarde et de l'œsophage).

§ 7. — Tumeurs de la poitrine.

On divise les tumeurs de la poitrine en trois groupes :

1° Les tumeurs des parties molles ;

2° Les tumeurs du squelette ;

3° Les tumeurs provenant des organes intrathoraciques.

1° Les *tumeurs des parties molles* comprennent les fibromes, dont le *molluscum pendulum* est une variété, les lipomes, dont la partie supérieure du dos est un siège de prédilection, les angiomes, les sarcomes, les myxomes, les carcinomes. Ces diverses tumeurs n'empruntent à la région que nous étudions aucun caractère particulier.

On a encore signalé assez fréquemment des *kystes* de nature variée : nous n'avons rien à dire des *kystes sébacés*, ni des *kystes hydatiques*, généralement intramusculaires. — Les *kystes congénitaux* sont des *kystes dermoïdes* dont le siège ordinaire est à l'union des première et deuxième pièces du sternum ; des *kystes mucoïdes*, très rares, ou des *kystes séreux*, moins fréquents ici qu'au cou. — Pour les symptômes et le diagnostic de ces kystes congénitaux, nous renverrons le lecteur à l'étude de ces tumeurs en général.

Le traitement est, pour les kystes dermoïdes ou mucoïdes, l'ablation ; pour les kystes séreux, la ponction suivie d'injection iodée peut réussir si la tumeur est uniloculaire. Dans le cas contraire on aura recours à l'extirpation préférable à l'ouverture simple ou à l'excision partielle.

2° Les *tumeurs dépendant du squelette* sont d'abord les *enchondromes* :

ces tumeurs, assez rares, siègent plutôt à la face externe des côtes, quelquefois au niveau de leur tête : elles peuvent aussi siéger sur les cartilages (ecchondromes de Virchow).

Les *exostoses* costales sont assez fréquentes. Le plus souvent elles sont d'origine syphilitique. On les rencontre à l'angle antérieur ou parfois au-dessous du scapulum.

Enfin les os du thorax sont assez souvent envahis secondairement par des tumeurs malignes, lymphadénomes, sarcomes ou carcinomes, surtout à la suite de cancers du sein et du médiastin. L'ostéosarcome des côtes peut être cependant quelquefois primitif ; si on le reconnaissait assez tôt, il serait justiciable d'une résection suffisamment étendue.

3° Les *tumeurs provenant des organes intrathoraciques* appartenant au domaine chirurgical sont, outre la hernie ou les néoplasmes du poumon que nous avons déjà étudiés, les anévrysmes du tronc brachio-céphaliques. Les anévrysmes de l'aorte sont du domaine médical ; ceux de la carotide primitive et de la sous-clavière sont étudiés ailleurs.

ANÉVRYSMES DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE.

Le nombre des anévrysmes de l'artère innominée est assez considérable, eu égard au peu de longueur de ce vaisseau. Bien que les malades donnent toujours comme cause de leur affection un effort, une contusion, ces anévrysmes sont presque toujours spontanés. On les rencontre exclusivement chez des hommes (90 p. 100 d'après Lefort) entre trente et quarante-cinq ans d'âge.

L'anévrysme peut occuper tout le tronc innominé, ou siéger à son origine, à sa partie moyenne, à sa terminaison. Les cas où l'anévrysme est limité à la partie moyenne de l'artère, ou encore occupe toute sa longueur sans que les vaisseaux en rapport de continuité avec elle soient altérés, sont assez rares. La terminaison de l'innominée est plus fréquemment le siège de la dilatation anévrysmale ; mais ordinairement, dans ces cas, la lésion envahit l'origine de la carotide ou de la sous-clavière, ou plus souvent encore les deux vaisseaux à la fois. Mais le siège de prédilection de l'anévrysme est l'origine même du tronc brachio-céphalique. Il est rare que la lésion ne soit pas une extension d'un anévrysme de la crosse aortique.

On a longuement disserté sur la nature de ces anévrysmes. Nous nous garderons bien de revenir sur ces distinctions surannées. Nous dirons seulement que souvent l'artère brachio-céphalique porte une simple ectasie, analogue aux ectasies de la crosse aortique ; l'examen des parois de la dilatation permet de reconnaître les tuniques de la paroi vasculaire avec leur disposition normale, mais plus ou moins altérée. Dans d'autres cas, surtout quand l'anévrysme a acquis un volume considérable, le sac est constitué par un tissu se rapprochant plus ou

moins du tissu embryonnaire à des degrés divers d'organisation ou de désorganisation.

Le volume de ces tumeurs, d'abord peu considérable, peut s'accroître dans de grandes proportions. Elles déplacent alors et compriment les organes intra-thoraciques, la trachée et l'œsophage, et peuvent même les perforer, et s'ouvrir dans leur cavité. Aussitôt que l'anévrysme vient au contact des parois thoraciques, il les refoule, disloque les pièces osseuses, amène des luxations des clavicules et des côtes, et peut même user, corroder, non seulement le sternum et les côtes, mais encore les vertèbres.

La présence d'un de ces anévrysmes amène dans les vaisseaux voisins d'importantes modifications. Nous noterons surtout l'oblitération spontanée de la carotide et de la sous-clavière, comme pouvant constituer un mode de guérison naturelle. Mais un des vaisseaux seul peut être imperméable. La carotide et la sous-clavière gauche peuvent aussi être oblitérées. Il en est de même des grosses veines de la base du cou.

Outre les symptômes ordinaires des anévrysmes, existence d'une tumeur siégeant dans la région, bruits anormaux perceptibles à l'auscultation, etc., il existe presque toujours une série de signes résultant de la compression exercée sur les organes voisins; ce sont : des douleurs, de la dyspnée, de la dysphagie, des altérations de la voix.

Les symptômes les plus importants sont fournis par l'examen comparatif de la circulation dans les membres supérieurs et dans les moitiés droite et gauche de l'extrémité céphalique. On sait que le pouls de deux artères symétriques explorées à une même distance du cœur retarde d'un temps égal sur le début de la systole cardiaque; si l'une des deux artères symétriques est atteinte d'anévrysme, ce retard est exagéré de son côté, en même temps que l'amplitude de la pulsation est diminuée. Donc la modification du pouls radial droit diminué dans son amplitude et surtout retardé permet d'affirmer qu'il existe un anévrysme sur le système vasculaire du membre supérieur droit. Si le retard existe non seulement pour le pouls radial, mais aussi pour le pouls carotidien droit, on pourra affirmer que l'anévrysme siège sur la portion commune des deux systèmes, c'est-à-dire sur le tronc brachio-céphalique (François-Franck).

Le pronostic est des plus graves. La tumeur s'accroît toujours, et finit par se rompre. La mort peut encore survenir par asphyxie ou inanition. Les exemples de guérison spontanée sont des plus rares.

Traitement. — L'expectation, secondée par la méthode Valsalva ou l'électro-puncture, est la conduite la plus fréquemment employée.

Quant aux ligatures, celle du tronc brachio-céphalique au-dessous de l'anévrysme (méthode d'Anel) est à peu près impossible. L'opération tentée plusieurs fois n'a jamais pu être terminée. La méthode de Brasdor

(ligature au delà de l'anévrysme) a donné naissance à de nombreux procédés que l'on peut ranger sous les chefs suivants :

a. *Ligature de l'artère sous-clavière seule ou de la carotide seule.*

b. *Ligature consécutive des deux artères* après un intervalle variant de quelques mois à deux ans.

c. *Ligature simultanée des deux artères.* — Ce dernier procédé est le plus fréquemment employé. Mais aucune des méthodes que nous avons mentionnées n'a donné jusqu'ici de résultats bien encourageants.

ARTICLE III. — MALADIES DE LA MAMELLE.

La région mammaire, soumise, au point de vue physiologique, à une série de transformations amenées par le développement régulier de la glande, pourvue de vaisseaux d'une grande richesse dont le volume augmente en proportion de l'activité glandulaire, de lymphatiques dont les origines se présentent sous forme de lacunes, de gaines autour des acini, enfin d'un tissu cellulaire épais, est fréquemment atteinte par des inflammations étendues, et par des tumeurs bénignes ou malignes.

Les inflammations offrent ici une durée et quelquefois une gravité spéciale expliquées par la structure de la glande mammaire dont les divers lobes entourés d'une nappe cellulaire représentent chacun la texture principale de la glande et forment des départements reliés entre eux par les vaisseaux et le tissu cellulaire.

Les tumeurs nombreuses, qu'elles soient composées d'un tissu normal ou qu'elles se rangent dans la catégorie des tissus malins à généralisation rapide, trouvent la raison de leur développement dans l'abondance du tissu connectif, dans l'activité formative qui, à des époques déterminées, se produit sur les éléments épithéliaux des culs-de-sac glandulaires, et enfin dans la disposition même des éléments sécréteurs et excréteurs qui, soumis à des compressions, à des oblitérations, deviennent le siège de dilatations kystiques.

Les rapports de la mamelle avec la paroi costale, sur laquelle elle repose et dont elle est séparée par le grand pectoral et par une couche celluleuse lâche, nous expliquent encore certaines lésions chroniques, abcès froids ou trajets fistuleux de nature ostéopathique.

C'est de l'ensemble de ces lésions propres à la glande mammaire et à ses rapports que nous devons surtout nous occuper dans ce chapitre, car les affections communes à d'autres régions telles que les contusions, les plaies, les brûlures ne présentent aucun intérêt direct. Nous passerons rapidement sur elles.

§ 1. — Lésions traumatiques.

a. *Contusions.* — L'épaisse nappe celluleuse qui enveloppe la glande