

malade, il y a bien des circonstances qui se trouvent peu en rapport avec ce genre d'interprétation. Il a cessé cette alimentation par le seigle depuis quarante ans; d'un autre côté, l'empoisonnement par l'ergot, l'ergotisme, ne se manifeste pas seulement par la gangrène; il produit surtout des troubles nerveux très graves. Les sujets deviennent lents et paresseux, ils éprouvent dans les membres un engourdissement qui entrave tous les mouvements; soumis à une sorte d'ivresse, ils n'ont plus le libre exercice de leurs facultés intellectuelles; surviennent enfin des contractures et des accidents convulsifs. On n'a pas cité de gangrène par l'ergot qui n'ait eu comme prologue ces troubles variés.

Nous avons conclu, Messieurs, à une origine artérielle et il nous reste maintenant à préciser la cause immédiate en établissant encore le mode d'oblitération.

Est-ce un caillot autochtone ou bien une embolie trouvant dans une lésion du cœur son explication facile? C'est qu'en effet, ces deux processus ne se ressemblent pas. L'embolie vient du cœur dont les valvules sont malades: ce sont des ulcérations, des indurations, des irrégularités, des infiltrations graisseuses ou calcaires qui modifient la face des soupapes et impriment à la circulation intra-cardiaque des troubles profonds; le caillot formé sur ces surfaces altérées poussé par le courant sanguin s'échappe dans les vais-

seaux, vers la périphérie, et, bientôt arrêté dans sa course, oblitère un département plus ou moins important de la circulation artérielle. Mais avant qu'il se détache, des symptômes graves se sont manifestés du côté du cœur; il y a eu de l'angoisse, des intermittences, des palpitations pénibles, de l'oppression.

L'anxiété cardiaque ne cesse qu'au moment où l'embolie se produit. Alors, dans le point précis où le caillot s'est arrêté, des douleurs vives, des fourmillements, le refroidissement paraissent, et si l'oblitération est complète, absolue, sur un gros tronc artériel, la gangrène s'établit dans les vingt-quatre heures ou les trente-six heures suivantes. L'oblitération incomplète n'amènera pendant longtemps que peu de troubles nutritifs et un abaissement relatif de la température, jusqu'au jour où des couches de fibrine surajoutées au caillot migrateur intercepteront tout à fait la circulation et amèneront enfin la gangrène.

Au contraire, les caillots autochtones ne sont point précédés de troubles du côté du cœur, du moins de troubles aussi nets, qui, s'ils existent avant l'apparition des symptômes périphériques, loin de se calmer alors redoublent au contraire. De plus, la douleur vive qui accompagne l'interception subite du courant sanguin dans l'embolie ne se produit pas; il n'y a que des fourmillements, de la gêne croissante, un refroidissement progressif, et un amoindrissement lent des

fonctions de la vie. Cependant le début, même dans ce dernier mode de lésion, peut être brusque quand, par exemple, une plaque athéromateuse s'est soulevée tout à coup pour s'opposer au passage du sang. Il n'existerait alors aucune différence capable de guider le diagnostic si, dans ce dernier genre d'oblitération, les phénomènes cardiaques du début ne manquaient absolument.

Ces considérations rendent facile le jugement définitif que nous devons porter sur nos deux malades; leur situation, comparée aux tableaux cliniques que nous venons de faire, est vite jugée dans un sens précis. Ils n'ont point eu de troubles cardiaques importants; la gangrène, chez eux, est venue peu à peu, sans douleurs vives, subites; la vie, dans une partie restreinte du membre malade, s'est éteinte avec lenteur, détruite par une cause dont le travail s'est fait lentement, sans brusquerie. Chez eux, le sang circulait dans des tubes inertes, sur une membrane interne, rugueuse, inégale et sans souplesse, où la fibrine pouvait se coaguler. Poussé par la simple impulsion du cœur, il ne trouvait plus dans les parois vasculaires cette élasticité capable de le diriger encore vers les tissus; aussi, pour peu qu'à un moment donné le cœur vint à fléchir, ce qui certes, est toujours à craindre chez des sujets athéromateux dont le cœur lui-même ne manque pas de présenter des lésions anatomiques; pour peu, enfin, que la seule force qui restait vint

à perdre de son énergie, la circulation devait être sérieusement compromise.

Telle est l'histoire de ces deux malades, que vous connaissez maintenant depuis leurs antécédents jusqu'au jour où, atteints d'une maladie grave, ils sont venus dans nos salles.

Est-il possible de déterminer exactement en quel point précis s'arrêtera le sphacèle? Non, Messieurs, l'artère pédieuse a depuis longtemps perdu ses battements; déjà la poplitée s'éteint, et je ne sais où finiront ces troubles profonds dans les vaisseaux. Autant qu'eux la gangrène peut marcher de proche en proche; mais il semble cependant que, chez nos deux malades, l'artère poplitée ait été le siège d'une oblitération lente. Nos prévisions s'arrêtent là.

Vous parler ainsi de l'incertitude où nous sommes sur l'issue du mal dont les progrès peuvent s'accroître tous les jours, c'est résoudre le problème du traitement. Faut-il intervenir? La raison répond aussitôt qu'une amputation verra les lambeaux tomber en gangrène et que le traumatisme opératoire venant tout à coup troubler des tissus déjà mal nourris, aura pour conséquence un désastre. *Dans la gangrène sénile, il ne faut pas intervenir.* Il faut se contenter par des pansements aussi fréquents que l'exige l'étendue du mal, entretenir la propreté, détruire les germes; l'antisepsie est de rigueur: l'acide phénique, l'iodoforme, seront des substances utiles; je me contenterai donc

de saupoudrer les escarres avec de l'iodoforme, de les laver s'il s'écoule du liquide, et cherchant encore à modérer le travail inflammatoire d'élimination et à calmer les douleurs, je laisserai le sphacèle se limiter de lui-même pour que, si vient un jour la nécessité d'agir, les limites de l'acte chirurgical soient tracées, et nettement tracées des mains de la nature qui aura tout fait et permis ainsi d'éviter un traumatisme nuisible.



## DIX-SEPTIÈME LEÇON

### **Chondro-sarcome de l'omoplate. — Extirpation de l'omoplate.**

Observation. Diagnostic du siège de la tumeur. — Diagnostic de la tumeur. — Diagnostic de la variété.

Indications fournies par l'état général du sujet. Discussion sur l'opportunité d'une intervention dans les tumeurs de l'omoplate.

Règle à suivre dans l'extirpation de l'omoplate.

Note sur l'opération pratiquée.

MESSIEURS,

Je viens de vous présenter un malade dont l'étude soulève deux problèmes également intéressants: le diagnostic du siège précis et de la nature exacte d'une volumineuse tumeur de l'épaule, et la discussion d'opportunité d'une opération grave dont ce cas paraît justiciable.

Agé de trente-quatre ans, exerçant la profession de quincaillier qui l'oblige à porter fréquemment sur l'épaule des fardeaux assez lourds, caisses, barres de