

Roux (de Lausanne) a plutôt recours à deux incisions obliques pratiquées sur les lèvres de la plaie, l'une, supérieure courant vers la clavicule, l'autre inférieure, vers le rebord costal : elles lui permettent de mobiliser la peau et d'amener les lèvres au contact.

Quénu et Robineau procèdent à peu près de la même façon. Si la plaie est étroite, ils se contentent, comme Roux, d'une incision oblique en bas et en dehors qui libère la lèvre inférieure. Si la peau est plus vaste, ils prennent, comme Tansini, sur l'hypochondre un lambeau quadrilatère à base postérieure, à direction parallèle à la perte de substance ; ils l'attirent en haut et le suturent aux bords de la plaie mammaire. La surface cruentée résultant de la transplantation du lambeau, est comblée à son tour soit par suture simple des bords, soit par une deuxième autoplastie pareille, dont le lambeau est pris alors sur la paroi abdominale et parfois jusqu'au niveau de la fosse iliaque.

J'ai eu recours à un procédé différent et qui consiste à utiliser le sein du côté opposé. En avril 1897, j'avais à fermer une énorme plaie thoracique provenant de l'ablation d'une récidive cancéreuse : en cherchant un lambeau de peau pour recouvrir cette large surface cruentée, je me demandai pourquoi l'on n'utiliserait pas la peau voisine du sein opposé, peau intacte, toujours exubérante et inutile, et j'imaginai le procédé que j'ai communiqué au Congrès de chirurgie en 1898.

Bien que la paternité de ce procédé m'appartienne, il est juste de reconnaître que déjà quelques opérateurs avaient eu l'idée d'utiliser la peau du sein pour recouvrir une plaie du voisinage.

C'est ce que faisait Verneuil en 1858 : il avait à traiter pour la quatrième fois une récidive de cancer du sein. Il opéra largement, dénuda les côtes, dédoubla les muscles intercostaux « et pour trouver un lambeau suffisant, il eut l'idée de prendre le tégument de la mamelle saine, qui était très volumineuse et très mobile ». Il tailla sur ce sein un lambeau en forme de spatule, à pédicule large et supérieur, qui fut facilement amené sur la brèche par un simple mouvement d'inflexion latérale et fixé par quelques points de suture. La réunion se fit très exactement, et Verneuil qualifiait le résultat de merveilleux. La plaie d'emprunt elle-même, pansée à plat, était cicatrisée au bout d'un mois. Malheureusement la récidive se produisit bientôt sur le lambeau, et la malade ne tarda pas à mourir.

1. Legueu. *De l'autoplastie par glissement du sein* (Douzième congrès français de Chirurgie, Paris, 1898, p. 225).

Ici la peau avait été seule utilisée, et encore sur cette peau un seul lambeau avait été pris.

Une seconde tentative dans ce sens fut faite par mon collègue P. Delbet, et communiquée à l'Académie de médecine le 7 février 1897. Delbet avait à combler une plaie dorsale consécutive à une brûlure considérable : la plaie était énorme et mesurait 40 centimètres de hauteur sur 36 de largeur.

Il se servit de la peau du sein, qu'il décolla de chaque côté du thorax et fit glisser en arrière, jusque sur le dos. Pour avoir plus de surface cutanée, il supprima la glande, ne conserva que la peau, qui de chaque côté formait ainsi un grand volet à charnière sternale et s'adaptait exactement aux parois antérieure, latérale et postérieure du thorax.

La longueur des lambeaux n'était pas suffisante cependant pour que leur réunion fut possible en arrière, sur la ligne médiane. Il resta à ce niveau une partie non recouverte, pour laquelle une nouvelle autoplastie dut être pratiquée. La malade guérit complètement, et ce fait constitue la première application autoplastique de la peau du sein.

Malgré certaines analogies, le procédé que j'ai imaginé est assez différent. Je prends la glande mammaire toute entière avec la peau qui la recouvre et après l'avoir décollée du thorax, je la ramène sur la plaie, je fais une autoplastie par mobilisation et transplantation du sein.

Pour cela, je pratique dans un premier temps deux incisions horizontales et parallèles partant de la plaie primitive (fig. 29) ; l'une est supérieure et se porte en dehors, parallèlement à la clavicule jusque sur le bord externe du sein, qu'elle dépasse ; l'autre est inférieure, elle a les mêmes dimensions.

Dans un second temps, je mobilise le grand lambeau circonscrit et délimité par ces incisions : je le décolle avec les doigts et les ciseaux, de la paroi thoracique, en cheminant dans le tissu cellulaire sous-cutané, au-dessous du sein, en avant de la couche aponévrotique. Et j'ob-

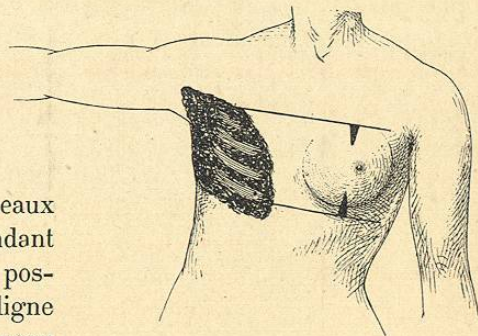


Fig. 29. — Tracé des incisions pour l'autoplastie par transplantation du sein. Le sein droit est supposé malade et enlevé. La plaie sera recouverte avec la peau circonscrite par les incisions.

tiens ainsi un grand lambeau carré, un volet qui comprend tout le sein : il est mobile et libre sur trois ou quatre côtés, le quatrième se continue avec la peau de l'aisselle.

Ce lambeau est souple, élastique : je puis par traction l'amener en dedans. Cependant la traction ne lui donnerait pas toujours des dimensions assez étendues pour recouvrir complètement la plaie thoracique si je n'ajoutais un complément que je juge nécessaire. Pour permettre l'étalement du sein lui-même, je pratique sur sa périphérie deux incisions verticales et opposées (fig. 29). L'une part du bord supérieur du lambeau et se dirige vers le mamelon dans une étendue

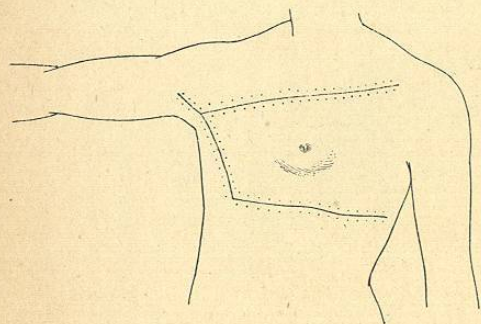


Fig. 30. — État des parties après la mobilisation du lambeau et du sein.

de 3 ou 4 centimètres. En bas, une autre incision semblable part du bord inférieur du lambeau et remonte sur une étendue à peu près égale. Ces deux incisions étendent beaucoup le diamètre transversal du lambeau : en tirant sur lui, on voit ces incisions s'étaler, s'élargir en même temps que le sein lui-même s'efface et s'aplatit ; et en somme l'incision libératrice

donne au lambeau à peu près autant de largeur qu'elle a elle-même de hauteur. La longueur de ces incisions libératrices sera donc d'autant plus grande que la plaie à recouvrir est plus large, que le sein est plus volumineux et qu'il y a plus d'étoffe à utiliser à sa surface (fig. 30).

C'est la peau du sein plus que la peau du thorax qui sert à l'autoplastie : là est l'idée originale du procédé, qui met à profit la ressource que lui procure la peau flasque et inutile du sein lui-même.

Dans un quatrième temps, je pratique la suture : d'abord aux angles du lambeau pour l'étirer, pour l'étaler exactement à la surface de la plaie. Puis sur les quatre côtés, je puis ainsi recouvrir complètement des plaies immenses, et sans que la réunion ait été entravée ailleurs qu'aux angles et surtout à l'angle supérieur du lambeau. Le nombre des sutures à placer est assez considérable pour que l'affrontement soit bien exactement assuré.

III

Vous vous demandez sans doute, Messieurs, comment un si large lambeau peut vivre et se nourrir après un décollement si étendu.

Et de fait, une grande partie des artères nourricières du sein sont supprimées : dans cette région, ou les vaisseaux affluent de toutes parts

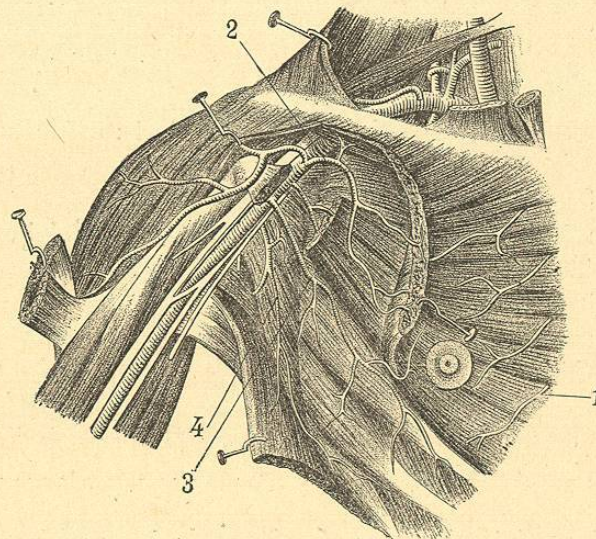


Fig. 31. — Vaisseaux artériels de la région mammaire (Testut).

1, Rameaux antérieurs de la mammaire interne. — 2, acromio-thoracique, — 3, mammaire externe. — 4, scapulaire inférieure.

il y a d'abord les collatérales antérieures de la mammaire interne, qui perforent le grand pectoral ; elles sont supprimées (fig. 31, 1). Il y a ensuite l'artère acromio-thoracique, qui se porte entre le grand et le petit pectoral et revient en traversant le grand pectoral se répandre dans la région mammaire (2) ; elle aussi est supprimée.

Il ne reste plus que la thoracique inférieure ou mammaire externe, qui descend de l'axillaire le long de la paroi thoracique et en s'anastomosant avec les rameaux antérieurs des artères intercostales donne des branches aux ganglions axillaires, au muscle sous-scapulaire, au grand dentelé, aux pectoraux, aux intercostaux, à la glande mammaire et à la peau de la région antéro-latérale du thorax (3). Celle-ci est conservée le plus souvent ; le décollement va jusqu'à son niveau sans

la dépasser. Et c'est elle qui doit assurer la vitalité du lambeau. Si la thoracique inférieure était supprimée, la vascularisation ne pourrait plus se faire que par la scapulaire inférieure, qui, trop éloignée serait insuffisante à la tâche qu'on lui demande (4). Mais je crois qu'on peut conserver la thoracique inférieure et avoir par cette artère une irrigation suffisante.

D'ailleurs les résultats sont là pour montrer ce qu'on obtient de cette autoplastie : sur mes malades, il n'y eut jamais de sphacèle, si ce n'est au niveau de l'angle supérieur du lambeau. Est-ce seulement par sa propre vascularisation que ce lambeau se nourrit? N'y a-t-il pas aussi intervention d'une vascularisation d'emprunt, comme il arrive très vite d'ordinaire pour les lambeaux transplantés? J'ai de bonnes raisons de penser qu'il en est ainsi : mais quelque soit le mode adopté, l'irrigation ne fait pas défaut et la nutrition du lambeau se fait dans des conditions très favorables.

Il est un point que je n'ai pas encore vérifié ; c'est celui qui a trait à la sensibilité du lambeau. Est-elle supprimée? est-elle seulement atténuée? je ne le sais. Toutefois, les nerfs qui se rendent à la mamelle sont eux aussi pour la plupart supprimés, telles les branches du plexus cervical superficiel qui croisent la clavicule, telles les branches perforantes des intercostaux ; il ne reste que les perforants latéraux : ceux-ci ont un point d'émergence si latéral, que leur intégrité est conservée, et c'est à eux qu'il appartient d'assurer l'innervation du lambeau.

Toutes les craintes que vous pourriez avoir à ce sujet sont donc sans fondement.

J'ai eu plusieurs fois, d'ailleurs, recours à ce procédé d'autoplastie, et j'en ai toujours eu de bons résultats immédiats.

Presque toujours, il est vrai, les malades ont récidivé assez rapidement : mais la récidive n'a rien à voir avec le procédé. Il s'agissait presque toujours d'opérations itératives faites pour récidives de cancers, les cas étaient mauvais pour l'avenir, et en cherchant un nouveau moyen d'autoplastie, je me proposais seulement de recouvrir complètement une large plaie et d'assurer son oblitération immédiate ; à ce point de vue, j'ai pleinement réussi.

Ce procédé d'ailleurs a été utilisé par plusieurs chirurgiens en France et à l'étranger ; quelques-uns même y ont apporté d'heureuses modifications.

Un des premiers, Græve d'Upsal, y avait recours presque en même temps que moi : sa communication est reproduite dans le *Centralblatt*

du 8 octobre 1898 : je faisais la mienne au Congrès de chirurgie la même année (séance du 19 octobre), mais mon opération avait eu lieu dix-huit mois avant en avril 1897 ; et Græve ne connaissait pas plus mon opération que je ne pouvais savoir la sienne. Il utilise comme moi la mamelle saine dont il recouvre la plaie opératoire, et le résultat de cette autoplastie fut, dit-il, très satisfaisant. Assaky, Francke, Morestin, Chavannaz l'ont utilisé à nouveau et dans des conditions également très heureuses¹.

Morestin avait à combler une très large surface cruentée provenant de l'ablation d'un cancer récidivé du sein droit. Il mobilisa le sein gauche suivant mon procédé et obtint la réunion par première intention sauf au niveau d'un des angles, le supérieur, qui se sphacéla. Mais plus tard la récidive se fit dans le sein transplanté : et Morestin se demande si pour parer à une éventualité de cette nature, il n'y aurait pas lieu de supprimer le sein avant de le déplacer et de ne conserver que la peau. Je ne pense pas que la récidive doive souvent se produire dans le sein conservé ; qu'on l'examine minutieusement à l'avance, soit : il n'y a là rien que de très prudent. Mais quand la glande est saine, je crois qu'on peut la mobiliser avec la peau sans arrière-pensée : la récidive presque fatale dans ces cas se fera plus profondément, sous le sein lui-même, et il y aura seulement apparence de récidive dans le sein. Je ne vois donc pas là une raison suffisante pour enlever toujours la glande.

Mais je reconnais cependant qu'il peut y avoir dans certains cas avantage à la supprimer, pour se donner du jour quand elle est très volumineuse et pour obtenir plus librement cet accolement de la peau au thorax qui donnera au lambeau la plus grande largeur possible.

Il me reste pour finir, à réfuter une objection d'ordre esthétique : on reproche à cette autoplastie de déformer la région, de couturer de cicatrices la face antérieure du thorax et de créer avec la cyclopie mammaire, quelque chose de hideux et d'invraisemblable. Messieurs, malgré tout le respect que j'ai pour les observations et les critiques de mes collègues, je ne saurais dire que cette objection me préoccupe beaucoup. Que par mon autoplastie, la région soit déformée et devienne disgracieuse, je ne le saurais contester ; mais vraiment est-ce que cela a une grande importance ?

Il s'agit de malades presque toujours âgées, l'opération s'adresse à un cancer étendu ou à une récidive, et les jours de la malade sont

1. Morestin. *Gazette des hôpitaux*, 16 avril 1898, p. 425.

comptés ; c'est une affaire de quelques mois ; la question de beauté devient ainsi très secondaire. D'ailleurs lorsque je fais la transplantation du sein, c'est une plaie énorme que j'ai à recouvrir : que je prenne mon lambeau ici ou là, ce sera toujours une cicatrice ajoutée à une autre : le thorax sera toujours déformé et l'esthétique sacrifiée par n'importe quel moyen.

D'ailleurs, je ne viens pas vous recommander ce procédé pour toutes les amputations du sein : je crois au contraire qu'il n'a que des indications très exceptionnelles. Dans la grande majorité des cas vous pouvez réunir la plaie directement en tirant un peu ou beaucoup sur les bords pour les amener au contact. Mais quand vous aurez affaire à des cancers très étendus, pour lesquels une large surface cutanée doit être supprimée, quand surtout vous avez à opérer une récurrence, vous ne trouverez plus assez d'élasticité à la peau voisine pour qu'elle puisse recouvrir totalement la plaie que vous avez créée. C'est alors qu'il y a avantage à prendre là, tout à côté de cette plaie, sur le sein opposé, cette peau inutile et exubérante, qui ne demande qu'à recouvrir utilement la surface cruentée adjacente.

Voilà les cas dans lesquels vous aurez à utiliser avec avantage ce procédé, et vous y aurez surtout recours, dans les cas où la mamelle saine affecte ces dimensions excessives que l'on voit souvent chez les femmes âgées et qui par l'étendue de sa surface cutanée vous fournira précisément toute l'étoffe nécessaire.

C'est pour ces raisons que sur notre malade j'aurai recours à cette autoplastie si comme je le pense la réunion naturelle est impossible, et j'espère que j'en obtiendrai ici les bons résultats que j'en ai eus chez une autre malade.

N. Conformément à ces indications, l'opération a été pratiquée après la clinique.

La glande fut enlevée avec une grande étendue de peau, les ganglions axillaires furent enlevés en même temps que la tumeur ; les muscles pectoraux furent supprimés également, et pour réunir l'énorme plaie résultant de cette exérèse étendue, le sein du côté opposé fut mobilisé et adapté à la surface cruentée.

La réunion se fit par première intention sauf au niveau de l'angle supérieur du lambeau où il y eut un petit point de sphacèle. La malade quittait l'hôpital six semaines après l'opération.

ABDOMEN ET HERNIES

I

LES RÉCIDIVES DE LA HERNIE INGUINALE

- I. Statistique et étude de 27 cas de récurrence de hernie inguinale. La récurrence provient de la *hernie*, du *sujet*, ou de l'*opérateur*.
 - II. *Du côté de la hernie*, le volume, l'irréductibilité, l'adhérence plus que la situation ou l'étranglement sont facteurs de récurrence : la congénitalité est une circonstance plutôt favorable.
 - III. *Du côté du sujet*, c'est à l'âge adulte que les récurrences apparaissent plus fréquentes. Réserves à ce sujet. Importance prédominante de l'état de la paroi, de la tonicité musculaire.
 - IV. *L'opération* est un facteur de récurrence par les fautes commises pendant ou après, par le chirurgien ou le malade. La suppuration, l'hémorragie, le lever trop hâtif exposent presque fatalement à la récurrence. Utilité du bandage dans les premiers temps.
- Étude comparative des procédés de cure radicale inguinale. Nécessité de la réparation de la paroi postérieure du trajet inguinal à l'aide de fils non résorbables.

MESSIEURS,

De nos jours, l'opération de la hernie est devenue une cure vraiment radicale : les deux termes sont aujourd'hui synonymes, et ce n'est que justice. L'opération, en effet, assure presque toujours au malade une guérison définitive ; une bonne cicatrice remplacera désormais le bandage autrefois nécessaire. L'opéré pourra sans entrave se livrer aux nécessités, parfois dures, d'un métier fatigant, et l'opération est donc bien, en fait, une cure radicale.

Et cependant, on voit quelquefois des récurrences à la suite de l'opération : on les voit à l'ombilic, où la hernie, d'ailleurs très commune, est toujours difficile à bien réparer chez un sujet trop gras. On les voit encore à la région crurale, en cette région où la disposition des tissus fibreux complique beaucoup l'oblitération de l'anneau. On les voit enfin à la région inguinale, là où l'adaptation facile des canaux aponévrotiques de la paroi devrait, à ce qu'il semble, assurer aisément l'effacement du trajet de la hernie. Et ces récurrences inguinales, quoique rares, ne sont pas exceptionnelles.