

CAS II. — PLAIE AVEC PERTE DE SUBSTANCE.

Il est un autre cas que je désire panser devant vous aujourd'hui — cette femme à laquelle j'ai enlevé, il y a quinze jours, un fibrome récidivé de la région dorsale. Cette tumeur s'était montrée d'abord il y a quinze ans. Elle avait été extirpée, était revenue, avait été extirpée à nouveau, s'était encore reproduite à des intervalles de trois à quatre ans; chaque fois avant de recourir au chirurgien, la femme avait follement permis à la tumeur d'acquérir de grandes dimensions. Lors de la quatrième extirpation on trouva qu'elle adhérait aux apophyses épineuses de quelques vertèbres dorsales; ces apophyses furent conséquemment ruginées par l'opérateur. Quand la personne vint encore une fois se présenter à lui, munie d'une grande tumeur pareillement placée, il me la recommanda. Trouvant que la tumeur était de consistance ferme, nettement limitée et mobile sauf vers son milieu où elle recouvrait l'épine dorsale, et considérant que sa marche était très chronique, je crus bien faire en donnant à la femme encore une chance de salut. J'enlevai conséquemment toute la masse, y compris la peau qui recouvrait la tumeur, large de cinq pouces environ, et toute la cicatrice des opérations précédentes; l'incision était longue d'environ un pied. Trouvant la tumeur fermement adhérente aux apophyses épineuses de quatre vertèbres dorsales, je réséquai presque entièrement ces apophyses à l'aide de tenailles tranchantes, j'enlevai aussi une masse considérable de muscles spinaux voisins, laissant au milieu du dos une grande cavité. Je désirais voir cette lacune immédiatement fermée s'il était possible, et conséquemment, par une opération d'autoplastie, je rame-

nai en dedans, pour recouvrir la cavité, un large lambeau de peau emprunté au côté droit du dos.

Pour fixer le lambeau dans sa position nouvelle, je me servis avec grand avantage de la suture à boutons ou de relâchement. Depuis quelque temps déjà j'emploie les boutons de plomb modifiés d'une façon qui les adapte mieux à leur objet. La plaque de plomb est taillée ainsi qu'on le voit

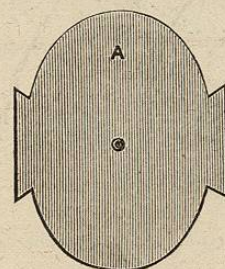


FIG. 1.

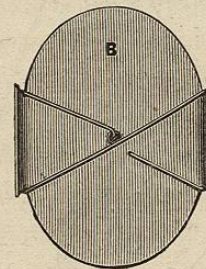


FIG. 2.

en A (fig. 1), de manière à présenter deux ailerons que l'on relève de façon à ce qu'ils forment avec le reste de la plaque un angle d'environ 45° ; c'est autour de ces ailerons que l'on enroule le fil métallique après l'avoir fait passer dans le trou central, ainsi qu'on le voit en B (fig. 2). Cela se fait et se défait plus rapidement que d'enrouler comme autrefois le fil autour de la plaque, et l'on évite en même temps la présence du fil à la surface profonde de la plaque où sa pression donnait parfois lieu à une ulcération linéaire (1).

(1) Il est peut-être bon de mentionner que cette modification des boutons a été introduite avant la publication de celle qu'à suggérée Dr O. Will, d'Aberdeen dans un but analogue (voir *Brid. Med. Jour.*, 21 juin 1879). La forme décrite ici sera, je pense, aussi commode que celle de Dr Will, tandis qu'on la prépare plus aisément, soit en poinçonnant une plaque de plomb, soit en la taillant de forme voulue à l'aide de ciseaux.

Les boutons sont représentés en position dans la figure ci-jointe (fig. 3). Les lignes en gros pointillé CDE, CFE représentent les incisions faites pour enlever la tumeur, la ligne

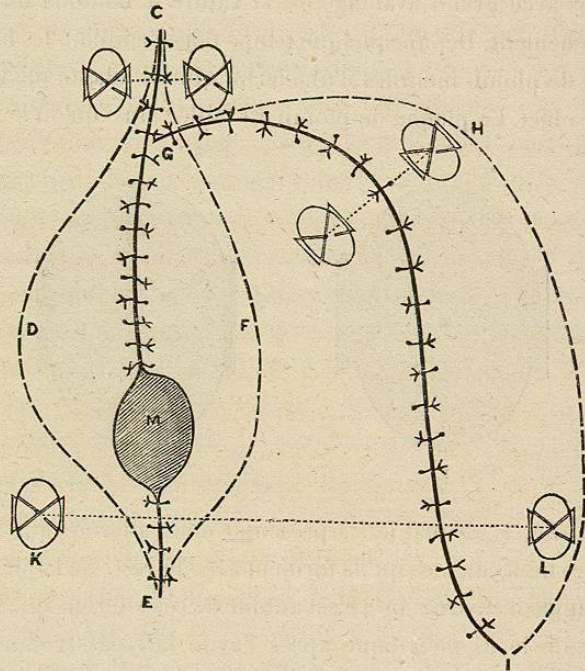


FIG. 3.

en gros pointillé GHI l'incision qui limitait le lambeau de peau soulevé pour l'opération d'autoplastie, et les lignes continues l'arrangement ultime après suture et fixation du lambeau à sa place nouvelle. Les lignes de pointillé fin marquent les trajets sous-cutanés des fils d'argent qui réunissent les différentes paires de boutons de plomb.

Je désire attirer spécialement l'attention sur la disposi-

tion de la paire inférieure de boutons, KL, parce que j'ai trouvé cette disposition très utile dans les opérations de cette sorte. Tandis qu'il est désirable, au point de vue de la réunion primaire, que les bords cutanés soient partout en contact, il est d'importance vitale que la base du lambeau, base qui seule dans les premiers temps devra lui fournir du sang, soit garantie de toute tension exagérée et de toute pression ou traction de la part des boutons et du fil métallique. Pour atteindre ce but, l'aiguille armée du fil d'argent qui devait relier les boutons fut passée dans la peau du côté droit, à une distance considérable du bord de la plaie, retirée à la plaie, puis passée sous la peau au bord gauche de la plaie pour ressortir à une distance correspondante à celle du côté droit. Passé de cette façon le fil n'intéressait pas du tout le lambeau, mais il était simplement couché sous lui sur la plaie vive; et ainsi, quand les boutons K et L eurent été poussés et fixés en place, il en résulta que, grâce à la laxité de la peau du tronc, les bords de la peau de chaque côté se trouvèrent si rapprochés qu'ils purent être suturés intimement aux bords du lambeau sans trop de tension, tandis que ce lambeau était exempt lui-même de toute action des boutons et du fil métallique. Les sutures étaient de fort fil d'argent, avec quelques points intermédiaires de soie phéniquée ou de crin purifié, destinés à assurer une coaptation exacte. Aux points G et M je laissai des intervalles pour laisser passer des drains de caoutchouc. Nous contribuâmes également à maintenir la peau du dos dans le relâchement, en disposant une partie de la bande destinée à fixer le pansement de gaze, sous forme de bandage en 8 autour des épaules, de manière à retirer celles-ci en arrière.

Il arriva que ce même après-midi la patiente eut une hémorragie secondaire, chose rare chez nous, si rare que nous ne voyons pas cela généralement d'une année à l'autre, mais qui arriva néanmoins dans le cas actuel; l'hémorragie provenait probablement de quelque branche musculaire, et avant que le pansement fût renouvelé, la malade avait perdu une assez grande quantité de sang. Très agitée, elle remua beaucoup les épaules et par ses mouvements déchira quelques sutures. Il se produisit de la sorte une ouverture vers la base du lambeau, ouverture circulaire ayant deux pouces environ de diamètre (voir M, fig. 3) et qui permettait de voir l'intérieur de la plaie creuse. Je désire que vous voyiez l'aspect de la plaie à cette époque de sa marche. J'appuie de la main sur la partie du pansement qui correspond à la plaie, pendant qu'on coupe les bandes et qu'on soulève le bord du pansement, et je ne retire la main que lorsque le jet pulvérisé a bien pénétré sous ce bord et joue au-dessus de la plaie. La plaie vous est maintenant exposée et vous voyez la fenêtre circulaire qui conduit dans son intérieur. Avant l'introduction du traitement antiseptique, nous avons coutume de dire que si une plaie ne se réunissait pas par première intention, la suppuration s'établissait en quatre jours environ chez l'adulte par un temps froid, et en trois jours environ chez l'enfant par un temps chaud. Ici douze jours se sont écoulés depuis l'opération. L'union par première intention était impossible dans une grande étendue de cette plaie, non-seulement à cause de l'ouverture béante de la peau, mais aussi parce que la surface inférieure du lambeau qui avait été attiré par dessus la cavité, n'était pas en contact avec le fond de cette cavité. Voyez cependant : nous n'avons point

de suppuration. Je voudrais que certains de nos confrères qui doutent si le traitement antiseptique a bien une bonne influence, pussent voir un fait de cette sorte. Douze jours, en présence d'une plaie grande et creuse comme celle-ci, d'une ouverture qui y conduit largement, de tissus ainsi exposés, et pas une goutte de pus! Eh bien! de même que je n'ai pas hésité à dire tout à l'heure que le résultat dont vous avez été témoins dans le cas d'empyème n'aurait pu s'obtenir sans traitement antiseptique, de même j'ose affirmer avec une égale confiance, que l'écoulement purement séreux que vous voyez sur ce pansement n'aurait pu se produire sans traitement antiseptique d'une ou d'autre sorte; je ne dis pas qu'il faille nécessairement pour cela la sorte de traitement antiseptique que nous employons, mais il faut un traitement qui remplisse réellement, efficacement l'objet essentiel d'exclure la putréfaction. Le pansement employé ici a eu cette efficacité, permettez-moi de vous en donner la preuve évidente. Ce pansement a été appliqué durant deux jours; vous voyez que le « protective » de soie huilée est parfaitement exempt de cette altération noirâtre de couleur qu'il aurait subie au bout de ce temps si la putréfaction s'était produite, et vous pouvez vous assurer, pendant qu'il passe au milieu de vous, qu'il n'offre point d'odeur de putréfaction. Le pansement a donc été vraiment antiseptique; il a prévenu la putréfaction, c'est un fait. Remarquez maintenant l'absence complète d'inflammation autour de cette plaie. Il en a été ainsi dès le commencement. Il n'y a point, et dès le commencement il n'y a point eu de rougeur inflammatoire. Le lendemain de l'opération nous avons vu que la partie supérieure de ce lambeau présentait sur une largeur de deux pouces une livide altération de cou-

leur ; cette partie semblait près de perdre sa vitalité. Je fis remarquer à ceux d'entre vous qui se trouvaient dans la salle qu'il ne s'en suivait pas qu'il y aurait mort de tissu ; je crois cependant que tout praticien qui aurait vu la chose en ce jour, aurait dit que sous le traitement ordinaire il devait se produire une large eschare. Moi, j'affirmai, au contraire, qu'il ne fallait point désespérer de voir cette partie se remettre, du moins pour une grande part ; parce que, en supposant même qu'une portion de tissu ait perdu sa vitalité par circulation insuffisante, si cette portion de tissu ne se putréfie pas, elle ne fait aucun mal aux tissus voisins par le simple fait de sa mort, pas plus que n'en fait le catgut, tissu intestinal mort avec lequel nous lions nos artères. Le catgut est absorbé par les tissus vivants du voisinage, et c'est ainsi que d'autres tissus morts peuvent être résorbés sans irriter le moins du monde leurs voisins vivants. Si, au contraire, la partie morte se putréfie, l'eschare putride ne devient pas seulement une source d'irritation, mais elle exerce une action caustique sur les parties immédiatement adjacentes. En effet, si une portion de tissu a perdu sa vitalité par gêne circulatoire, vous pouvez avoir la certitude que des parties immédiatement voisines auront subi par la même cause un affaiblissement de force vitale, ainsi qu'il arrive dans la gangrène sénile où nous connaissons tous la tendance envahissante de l'inflammation gangréneuse. Mais ici vous voyez que la tache autrefois livide a repris en grande partie sa coloration normale. Elle resta livide pendant plusieurs jours, mais nous constatâmes qu'une pression ferme avec le bout du doigt pouvait dissiper cette couleur qui reparaissait lentement après cessation de la pression, preuve que le sang était fluide encore dans les vaisseaux, tandis

que si le tissu avait été mort, le sang y aurait été coagulé. Il ne reste plus, au bord extrême du lambeau, qu'une petite partie longue d'un pouce et demi et large d'un demi pouce, qui n'offre pas une évidente vitalité. Cette petite portion a réellement perdu la vie, mais voici qu'après ces douze jours elle reste fermement attachée aux parties voisines : les sutures qui l'attachent à la peau vivante tiennent toujours. Cette partie morte n'a point déterminé de suppuration, elle n'a point provoqué la plus légère rougeur inflammatoire de la peau voisine. Il n'y a pas même une ligne de démarcation nettement définie. Ceci encore, Messieurs, aurait été une chose impossible sans traitement antiseptique efficace. Mais sous un traitement antiseptique il est possible, car je l'ai vu pour des eschares plus grandes que celle-ci, que cette portion de tissu mort soit absorbée et ne se sépare jamais.

Cette plaie présente un autre point digne d'attention. Cette fenêtre que vous voyez s'ouvrir dans la cavité a été notablement plus grande qu'elle ne l'est actuellement. Elle s'incrusta le long de ses bords de liquor sanguinis exsudée qui, en se coagulant, forma un anneau solide inscrit dans la fenêtre, et cette exsudation se poursuivant toujours a produit un anneau de plus en plus large. Les parties formées d'abord, exemptes de putréfaction, ont subi l'organisation, qui comprend la vascularisation, et les vaisseaux nouvellement formés ont continué de verser du plasma. Maintenant, si nous soulevons la couche coagulée superficielle à son bord externe, nous découvrons un anneau cicatriciel. Cela veut dire que l'organisation de l'anneau coagulé a pris le caractère de production épidermique au voisinage de l'épiderme préexistant du bord cutané. Ce processus de