

Le diaphragme est celui des organes qui résiste le plus longtemps; dans deux cas, il était intact; dans le troisième ramolli en partie. La rate, une fois sur trois, s'est trouvée décolorée et ramollie dans celui de ses points qui touche à l'estomac.

Le canal intestinal m'a toujours présenté des endroits enflammés et ramollis. Une seule fois, le duodénum était complètement diffusé, de même que des endroits isolés de l'intestin grêle. Le mésentère était toujours enflammé et ses glandes engorgées.

Les trois cas m'ont offert des intussusceptions et une légère inflammation de l'anse invaginée.

Le foie et les conduits biliaires étaient toujours normaux et la vésicule pleine de bile.

Causes de la maladie. — Comme cause prédisposante, il faut considérer 1° une disposition cachectique produite par une mauvaise alimentation et favorisée par la délicatesse d'organisation naturelle à l'enfance, et par l'abondance avec laquelle les acides se forment dans l'estomac; 2° une cachexie héréditaire, suite d'une disposition semblable ou d'un état de phthisie de la mère pendant la grossesse; 3° la dentition, pendant laquelle la maladie se déclare ordinairement, par suite de l'irritabilité plus grande à cette époque, ainsi que des congestions actives et passives vers l'estomac qui en sont la suite; 4° un changement subit dans la nourriture de l'enfant, tel que le sevrage dans un moment inopportun; 5° les passions de la mère, le chagrin, la colère par exemple, qui en altérant le lait, exercent une influence funeste sur l'estomac délicat de l'enfant.

Jaeger a vu une mère d'un caractère très-violent et qui allaitait souvent ses enfants au moment de la colère, en perdre successivement trois de cette maladie.

Toutefois, il est difficile de faire la part exacte de l'influence de la nourriture, car on voit des enfants élevés avec le plus grand soin mourir victimes de cette maladie, tandis que d'autres, nourris de bouillie, de pommes de terre, etc., y échappent.

Il faut admettre, par conséquent, que les influences extérieures et celles qui tiennent à la température favorisent la maladie plus que toute autre chose.

La plupart des observateurs s'accordent à dire qu'elle est plus fréquente aux époques où règnent des gastrites bilieuses, des dysenteries, des fièvres intermittentes, etc.

Quant à la nature même de la maladie, elle a soulevé des opinions différentes.

Hunter, lorsqu'il a constaté un ramollissement de l'estomac à l'autopsie de personnes mortes de mort violente, l'a toujours vu produit par une sorte de réaction de l'estomac sur lui-même, c'est-à-dire par l'action chimique des sucs contenus dans l'organe sur les parois de celui-ci; de ce fait il a déduit l'hypothèse que le ramollissement n'avait jamais lieu qu'après la mort. Mais un examen exact et approfondi des opinions et des faits démontre que chez les enfants, le ramollissement, bien loin de ne s'opérer qu'après la mort, est le résultat d'une altération générale de l'organisme pendant la vie.

Cammerer (*Essai sur la nature du ramollissement de l'estomac*) a démontré, par des expériences faites sur des animaux, que le vinaigre ramollit l'estomac; que le contenu d'un estomac

ramolli, introduit dans l'estomac d'un autre animal, ramollit également celui-ci, pourvu toutefois que l'influence du système nerveux ait été paralysée auparavant, soit par la mort de l'animal, soit par la section des nerfs.

Jaeger (*Hufel. Journal für die Heilkunde*, 1811 et 1815) admet aussi une action chimique des sucs de l'estomac; mais il ne croit pas que cette action puisse s'opérer lorsque l'estomac a conservé son état normal; il pense qu'il doit nécessairement s'y joindre quelque autre influence. Il suppose que le suc gastrique s'altère par suite d'une modification malade du système nerveux, et que par là il se forme dans l'estomac un acide qui en ramollit les parois.

Fleischmann et Meckel se rangent à la même opinion, avec cette différence, toutefois, que le premier regarde la rate comme la source de la formation de l'acide. Lenhossek pense que les symptômes de la maladie, lorsqu'elle n'est encore qu'à son premier degré, sont ceux d'une affection cérébrale, et que celle-ci agit sympathiquement sur l'estomac, de telle sorte qu'il devient incapable de résister aux forces dissolvantes des sucs animaux; d'un autre côté, il est probable, dit-il, que la surabondance d'acide produite par l'affection cérébrale, agit sympathiquement sur les sucs du canal digestif.

Chaussier (*Bulletin des sciences médic.*, n° 55) et Laisné (*Médecine légale*) considèrent la maladie comme une érosion, une ulcération de la muqueuse de l'estomac; incessamment augmentée par le contact de l'ichor sécrétée à la surface de l'ulcère.

Rudolphi (*Grundriss der Physiol.*, 2° vol., 2° part., p. 104) pense que l'estomac des petits enfants, lorsqu'il est malade, est sujet à se putréfier, et que le commencement du ramollissement est précédé d'une fermentation acide.

Winter regarde le ramollissement comme une maladie de l'organisation tout entière, et cette hypothèse est confirmée par l'existence du grand nombre de maladies diverses qui se joignent souvent au ramollissement, comme, par exemple, les exanthèmes, l'érysipèle, l'induration du tissu cellulaire, l'ictère, les aphthes, l'inflammation des organes abdominaux, la phthisie pulmonaire, l'hydrocéphale, etc.

L'existence simultanée du ramollissement et des maladies précédentes fait penser à Winter que le tissu cellulaire doit être regardé comme le propagateur du ramollissement, en tant qu'il renferme le système capillaire. C'est dans celui-ci que commence l'altération, qui s'étend ensuite au tissu cellulaire. Quant à la matière morbide, qui est à la fois le principe et l'agent de cette métamorphose, il faut sans aucun doute la chercher dans le sang.

La cause première du ramollissement ne saurait, ce me semble, être autre chose que l'inflammation, et les doutes qu'on a élevés à cet égard proviennent uniquement de ce que les uns ont trouvé le ramollissement sans aucune trace anatomique d'inflammation, d'autres accompagné d'inflammation partielle et de congestions vasculaires, d'autres enfin entouré d'une véritable inflammation.

Il est certain que tous ont bien observé, et que ces faits différents viennent à l'appui d'une même hypothèse. La congestion, l'érythème et l'inflammation

constituent les différents degrés de la réaction organique, et la prédominance de l'un ou de l'autre de ces caractères dépend des circonstances accidentelles de la maladie.

Les faits suivants prouvent que la maladie n'est pas seulement causée par l'accumulation de l'acide dans l'estomac, mais bien par une altération générale et une inflammation graduelle. Dans un grand nombre de cas, et surtout à l'époque où la maladie régnait épidémiquement à Gottingue, on a trouvé des ramollissements et des perforations simultanées dans toute la continuité du canal intestinal, dans l'œsophage, dans le duodénum, dans le colon, les poumons et le mésentère. Enfin, la maladie, dont le caractère se rapproche de celui du choléra, pourrait bien n'en être qu'une modification particulière à l'enfance; et cette opinion est d'autant plus probable, qu'on a vu le ramollissement de l'estomac devenir fréquent dans les endroits où le choléra a régné, et même se compliquer avec lui de manière à ce qu'on pût en découvrir des traces distinctes.

Traitement. Wagner pose en principe que la gastromalacie ne peut être diagnostiquée avec certitude. Le traitement ne doit être dirigé que contre la gastropathie, qui en est la cause première. Il rejette donc tout traitement symptomatique, et regarde la réaction elle-même comme le premier but qu'on doit se proposer.

Jaeger avoue qu'il a toujours échoué, malgré l'usage des vésicatoires, des sinapismes, des frictions volatiles ou spiritueuses et des bains aromatiques; à l'intérieur, le gaz acide carbonique, l'opium, le musc, la fleur de zinc, sont restés également infructueux.

Mes propres expériences m'ont prouvé que la guérison n'est possible qu'au premier degré de la maladie, celui de l'irritation; dans le degré de

paralyse, tous les remèdes restent sans effet.

La fièvre et la chaleur locale qui se manifestent d'abord, indiquent au praticien rationnel qu'un traitement antiphlogistique très-prononcé est le seul qui puisse être efficace. Les sangsues à l'estomac et à la tête produisent un excellent effet; à l'intérieur, le mercure et les alcalins sont toujours nuisibles, tandis que les oléagineux, au contraire, réussissent toujours bien. Lorsque l'inflammation et la fièvre sont calmées, tous les remèdes doivent tendre à produire une réaction sur la peau, et à empêcher le mal de reprendre son cours. On y réussira par les vésicatoires, les sinapismes et autres irritants. A l'intérieur il faudra donner les astringents et les amers. Pendant l'épidémie de Gottingue, on a combattu le deuxième degré de la maladie par les ferrugineux, les amers, l'extrait de ratanhia, le columbo, la cascarille. La créosote à petites doses ne pourrait-elle pas être employée?

Dans la plupart des cas, cependant, on ne réussit guère à arrêter le progrès du mal. Un mieux momentané est fréquemment suivi d'un redoublement de fièvre et d'inflammation locale, qui obligent à revenir aux sangsues et aux oléagineux. Quelquefois la guérison réussit après trois rechutes consécutives; mais le plus souvent, lorsque la maladie n'a pu être coupée dès la première attaque, elle passe au second degré, et devient incurable.

La paralysie une fois déclarée, tous les remèdes ne servent guère qu'à retarder le terme fatal. Lorsque l'agitation est extrême, on peut employer les narcotiques avec les amers et les astringents, la valériane, le musc, le camphre, etc.; mais encore une fois, tous ces moyens restent impuissants contre les convulsions que suit bientôt la mort.

(Heidelberg. *Klinische Annal.*, Bd. V. hefte 5.)

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

97. Considérations relatives à la levée du premier appareil; méthode adoptée par M. BLANDIN.

La levée du premier appareil, à la suite des grandes opérations chirurgicales, se fait généralement dans les hôpitaux de Paris à une époque qui varie entre le quatrième et le cinquième jour, terme moyen. Depuis bon nombre d'années nous avons vu M. Lisfranc, à la Pitié, s'éloigner d'une semblable pratique et lever le premier appareil le lendemain de l'opération. La conduite de M. Lisfranc avait pour but d'éviter aux opérés les douleurs qu'occasionne trop fréquemment la levée de l'appareil au bout du temps classique, lorsque, ainsi que cela arrive bien souvent, les pièces de l'appareil adhèrent à la plaie et n'en ont pas été entièrement détachées par la supuration. Telle est, du moins, la raison que M. Lisfranc donnait de sa manière d'agir en 1853. Nous ignorons s'il professe encore aujourd'hui la même

TOME II. 4° s.

doctrine à cet égard. Au reste, M. Lisfranc n'avait concilié cette réforme avec aucun des moyens qui peuvent favoriser la réunion des plaies récentes, par première intention, et c'est en cela principalement, exclusivement même, que sa méthode diffère de celle de M. Blandin.

Depuis près d'un an, M. Blandin ôte le premier appareil des plaies le lendemain des opérations, et tente dans tous les cas d'obtenir la réunion immédiate. Cette pratique qui, suivant M. Blandin, opère des merveilles, et suivant d'autres est remplie d'inconvénients, est, du reste, simple et facile dans son application. Ainsi, s'agit-il d'une amputation de la cuisse: l'agglutination des bandelettes ne porte que sur les lèvres de la plaie, dans le reste, étant adhérentes à une bande que l'on a eu soin de rouler autour du moignon. Ensuite tout ce dernier est recouvert par un linge troué, enduit de cérat, et au-dessus la charpie mollette, les compresses longuettes

40

que l'on maintient à l'aide de quelques tours de bande.

Dans une de ses leçons cliniques, M. Blandin a exposé les avantages de sa méthode, et signalé, ainsi que réfuté, les inconvénients qu'on lui reproche. Nous allons tâcher de résumer les idées et opinions de ce chirurgien.

Les principaux avantages, dit M. Blandin, que l'on retire de la levée du premier appareil le lendemain de l'opération, combinée à la réunion par première intention, sont ceux qui peuvent résulter de la substitution de linges à pansement frais à ceux que le sang, la sérosité, le cérat, etc., ont sali, détérioré; de s'opposer à l'accumulation des fluides dans l'intérieur de la plaie, qui en distendent les lambeaux et en éloignent conséquemment les bords, cause qui s'oppose fréquemment à la réunion par première intention; de surveiller l'état du moignon, même de l'inspecter directement et de maintenir son inflammation dans des limites modérées, etc.

On a reproché aux anciens d'avoir ôté l'appareil pour la première fois le lendemain de l'opération ou de son application sur une plaie accidentelle, et par suite on nous a fait le même reproche. Je dois vous dire d'abord que jamais les anciens n'ont enlevé le premier appareil le lendemain de son application. A. Paré conseille de l'ôter le quatrième jour, et un peu plus tôt en été; Dionis veut qu'on l'ôte le troisième jour; J.-L. Petit, au bout de vingt-quatre heures. Personne n'a donné le conseil d'enlever le premier appareil à une époque plus rapprochée de son application que le dernier de ces chirurgiens célèbres: aucun n'a indiqué comme précepte de l'enlever le lendemain.

Le reproche adressé aux anciens chirurgiens, était principalement motivé par la douleur vive qu'occasionnait la levée du premier appareil, qui aurait été d'autant plus forte, que les anciens ne sachant pas tirer profit de l'agglutination des plaies par première intention, ils appliquaient à celle-ci le pansement des plaies qui doivent suppurer. Mais pour prouver combien ce reproche porte à faux, il nous suffira peut-être de rappeler que A. Paré donne formellement le précepte de ne point détacher les parties qui adhèrent trop fortement et d'en abandonner la séparation aux progrès de la suppuration. D'ailleurs, nous avons démontré précédemment qu'aucun d'entre eux n'avait levé ni conseillé de lever le premier appareil d'aussi bonne heure que nous le pratiquons, puisque J.-L. Petit, qui est celui qui se rapproche le plus de nous, ne conseille de l'ôter que quarante-huit heures après son application, et par conséquent, quand même le reproche qui leur est adressé serait fondé, il ne saurait retomber sur nous, car notre pratique n'a rien de commun avec la leur.

La facilité de surveiller le moignon est aussi un des grands avantages de notre méthode; et cette inspection est d'autant plus facile que la plaie principalement n'est plus dérobée que partiellement par les bandelettes agglutinatives. Alors si on la trouve en bon état, on renouvelle le pansement, pratique avantageuse en ce que l'on substitue de la charpie molle à de la charpie dure, par suite de la dessiccation des fluides émanés de la plaie, des compresses

fraîches à des compresses qui ont été différemment détériorées et salies, etc. Que si, au contraire, la plaie est douloureuse, boursoufflée, nous coupons la bande roulée autour du moignon destinée à recevoir l'agglutination des bandelettes; car par suite du gonflement survenu dans le membre, elle exerce alors une constriction douloureuse et nuisible. Nous agissons ensuite à l'égard de l'inflammation du moignon conformément à la nature des indications et à l'exigence du cas en particulier.

Mais un des avantages immenses de notre méthode, c'est de mettre le chirurgien à même d'empêcher l'accumulation des liquides qui sortent de la plaie, et déterminent par leur stagnation l'éloignement des bords et des surfaces traumatiques dont on veut obtenir l'agglutination immédiate. Si en effet nous trouvons le lendemain de l'opération qu'il y ait tendance ou même commencement de stase, ou d'infiltration séreuse ou sanguine dans la plaie, nous favorisons l'écoulement de la quantité qui s'y trouverait déjà accumulée, au moyen d'une pince à pansement que nous introduisons sur le point le plus déclive de ses lèvres, et rétablissant ainsi le contact des surfaces dont on désire le recollement immédiat, on se ménage un plus grand nombre de chances pour arriver à ce résultat.

Lorsque l'on réfléchit à l'importance de surveiller une plaie dont on veut obtenir la réunion par première intention, et d'éloigner toutes les causes capables de s'opposer à son accomplissement, on a réellement peine à comprendre comment les chirurgiens peuvent consentir à s'interdire son inspection directe pendant quatre jours, c'est-à-dire pendant un laps de temps plus que suffisant pour que la réunion immédiate arrive, si cela est conforme aux vœux de la nature, et beaucoup trop long pour permettre l'éloignement de tout ce qui pourrait entraver cette réunion. Combien de fois, en effet, ne trouve-t-on pas au bout de quatre jours une inflammation trop vive du moignon qui s'est opposée à l'agglutination des parties? et dans combien d'autres cas différentes causes n'ont-elles point entraîné le même inconvénient?

Les praticiens qui combattent notre méthode nous ont encore objecté de suivre une marche routinière, et d'agir comme des garde-malades. A cela nous répondrons que ceux qui suivent le sentier battu et marchent sur les traces de nos prédécesseurs font réellement de la routine, et que par conséquent ce reproche ne peut nous atteindre, puisque avant nous personne n'a agi comme nous le faisons aujourd'hui. J'ose même vous dire à cet égard qu'en général vous n'obtiendrez l'agglutination des plaies ou leur réunion par première intention qu'autant que, procédant selon les principes que nous exposons, vous inspecterez de bonne heure l'état des parties; car après trois ou quatre jours, je le répète, tout est accompli; la réunion immédiate a eu lieu ou elle a manqué sans ressource.

On nous a reproché enfin de nous être injustement attribué d'éviter par notre méthode l'érysipèle, les fusées purulentes, etc., parce que le premier ne survient pas en général avant la levée du premier appareil, au bout de trois ou quatre jours, et qu'avant ce même temps, la suppuration n'étant point

encore établie, les fusées purulentes ne peuvent s'effectuer. Ces reproches sont aussi peu fondés l'un que l'autre: en effet, les bandelettes agglutinatives, qui sont très-irritantes, peuvent occasionner avant l'expiration des quatre jours des accidents inflammatoires de la peau; et pour ce qui concerne la suppuration, nous sommes à même d'affirmer qu'elle commence à s'établir dès le second jour; alors, à la vérité, le pus presque séreux ne présente pas cette consistance crémeuse qu'il acquerra plus tard; mais il existe néanmoins en quantité assez notable pour s'opposer par sa présence et son accumulation dans les interstices de la plaie à l'agglutination des parties, et occasionner des fusées pour peu que l'état de ces mêmes parties se prête à leur formation.

Pour nous résumer, nous dirons donc:

1° Que notre méthode n'est point douloureuse, et cela à la faveur d'un pansement convenable qui empêche les tiraillements;

2° Qu'elle offre l'avantage immense de ne point laisser le chirurgien spectateur inactif pendant le laps de temps durant lequel la réunion par première intention doit s'effectuer et peut être entravée par plusieurs causes;

3° Qu'elle offre enfin l'avantage d'obtenir la réunion immédiate dans les cas où les autres chirurgiens ne l'obtiennent point.

(Gazette des Hôpitaux, n° 72.)

98. Cancers de la face.

Les cancers des mâchoires, surtout ceux de la mâchoire inférieure, pullulent et repullulent d'une manière vraiment effrayante dans le service de M. Velpeau. Autrefois sans doute cette affection n'était pas plus rare: mais cependant, soit que la nature en fût méconnue, soit que les moyens thérapeutiques inspirassent plus d'effroi et moins de confiance, l'ablation d'une mâchoire était regardée comme une opération remarquable. Aujourd'hui, dans nos hôpitaux, c'est chose très-ordinaire; aussi, dans ce que nous allons dire, et sans que nous voulions diminuer aucunement le mérite et les difficultés du fait opératoire, cherchons-nous pourtant moins à les faire valoir qu'à porter l'attention sur l'histoire de l'affection elle-même. Ce qui nous semble surtout important à noter, c'est la terminaison au sujet de laquelle on risque le plus souvent d'être dans le doute ou dans l'erreur, soit qu'on ait trop tôt perdu de vue le malade, soit qu'on ait recueilli et publié l'observation d'un succès avant que le temps en ait garanti la réalité. De là vient la source des statistiques erronées et des fausses inductions qu'on en tire.

C'est ainsi qu'on aurait pu être trompé au sujet de l'individu sur lequel M. Velpeau a pratiqué l'ablation de toute la mâchoire supérieure, ainsi que nous l'avons rapporté au n° du 28 janvier dernier, et qui, d'après la note insérée au n° du 22 février suivant, laissait encore à cette dernière époque l'es-

poir d'une entière guérison. Il est au moins certain que, comme opération, l'ablation de cette mâchoire a parfaitement réussi. Aucun accident consécutif, soit local, soit général, n'a été amené par elle; sauf un point de suture qui s'était détaché et qui n'a pas repris même après un second rapprochement dont nous avons parlé, la plaie s'était partout ailleurs fort bien cicatrisée. Mais vers la fin du mois de mars, l'intérieur de la bouche fut rapidement envahi par des bourgeons de nature cancéreuse, à n'en pas douter, qui démontrèrent l'existence d'une triste récurrence; le malade, persuadé qu'à l'approche du printemps l'air de la campagne le ferait rétablir plutôt que celui des salles, demanda à retourner chez lui. M. Velpeau, qui n'aurait pas voulu entreprendre une seconde opération, s'empressa d'accéder à son désir. Depuis, on n'a eu de lui aucune nouvelle. Mais c'est le cas de remarquer que si ce défaut de cicatrisation en un point ne l'eût retenu à l'hôpital, il serait sorti trois semaines plus tôt, laissant chacun convaincu de sa guérison radicale. Combien de succès prétendus certains peuvent être ainsi démentis!

L'individu auquel une portion de la mâchoire inférieure a été enlevée et dont l'observation se trouve au n° du 9 avril dernier a succombé la troisième semaine après l'opération aux suites d'imprudences dans le régime que ses camarades de salle lui avaient fait commettre, mais plus encore aux conséquences d'une débilité générale, et aux ravages d'un érysipèle intense qui avait envahi d'abord la plaie, puis la face, le crâne et une partie du tronc. Au surplus, déjà même la plaie offrait les traces non équivoques d'une fâcheuse récurrence qui ne l'eût pas laissé vivre longtemps.

— Depuis, deux autres résections de mâchoire inférieure ont encore été faites par M. Velpeau:

La première sur un sujet âgé de soixante-cinq ans, et qui, opéré, il y a huit mois, d'un bouton cancéreux à la lèvre inférieure, avait vu sa terrible affection se reproduire plus étendue et plus grave. Car cette fois, ayant débuté par l'os lui-même, elle en avait promptement altéré toute l'épaisseur, puis envahi les parties molles environnantes et la majeure partie des tissus au-dessous de la langue et jusques près de sa base; en sorte qu'une énorme tumeur occupait tout le menton et la partie supérieure et antérieure du cou jusqu'à l'os hyoïde. Aucun ganglion n'était engorgé dans les parties voisines. Malgré cette fâcheuse circonstance d'une première récurrence, il fallait bien se résoudre à amputer une partie de la mâchoire de cet homme, ou le voir s'éteindre insensiblement, en très-peu de temps peut-être. M. Velpeau crut devoir prendre ce premier parti, et voici en peu de mots comment il procéda à l'opération: La tumeur fut d'abord circonscrite au moyen de deux incisions faites, l'une en ligne droite de la commissure labiale droite jusque vers la partie moyenne du cou un peu au-dessous de l'os hyoïde, l'autre en ligne double à partir de la commissure labiale gauche vers l'angle de la mâchoire et puis de ce point à celui d'arrivée de l'autre ligne; la peau ayant été disséquée en dehors de ces incisions, M. Velpeau passa une anse de fil dans l'épaisseur de la langue, pour se prémunir pendant et après l'opération contre la rétraction de cet or-

gane, et afin de pouvoir la déplacer à son gré. Après quoi, avec la scie à chaînons introduite en dedans de l'arcade dentaire, le corps de l'os fut séparé de chaque côté au niveau des premières petites molaires, et au moyen du bistouri porté profondément au-dessous de la langue, toute la tumeur fut arrachée par la section des parties molles qui la retenaient encore. Pendant le jeu de la scie, on put remarquer le moment où elle divisait le nerf dentaire inférieur par la manifestation d'une douleur très-forte et instantanée.

Depuis l'opération, qui a eu lieu il y a environ trois semaines, il n'est survenu chez ce malade aucun accident local ni général qui pût compromettre sa vie : il n'y a pas eu de réaction, ni fièvre, ni inflammation; pas d'érysipèle ni aucune complication. La plaie, quoique marchant lentement vers la cicatrisation, était d'un aspect satisfaisant; seulement dans les dix premiers jours, il fut atteint d'une diarrhée qui avait cédé à l'emploi d'agents toniques et astringents; et cependant vendredi dernier, après deux jours marqués par les symptômes d'une asthénie profonde, le malade a succombé.

A l'autopsie on n'a trouvé aucune lésion dans les vaisseaux, au cœur dans les viscères ni dans les cavités séreuses, en sorte qu'il ne reste pas d'autre moyen d'expliquer sa mort, que par le manque d'alimentation. C'est une conséquence qu'il ne faut pas perdre de vue dans toute opération de ce genre, et contre laquelle il n'y a malheureusement guère de ressources, pas même le moyen proposé par M. Lallemand et Delpech, qui consiste à fixer la langue en avant avec un fil d'argent ou autre qui l'empêche de se rétracter; car l'expérience a prouvé que ce procédé était insuffisant et même impossible après quelques jours.

La seconde opération a été pratiquée, le 12 mai dernier, sur une femme âgée de quarante ans, qui fit, sur le visage, il y a trois ans, une chute d'où résulta, dans la région mentonnière, une petite blessure à laquelle elle ne fit pas attention; ensuite elle devint enceinte et pendant le temps de sa grossesse cette partie fut le siège d'inflammations, de turgescences et de douleurs qui prirent bientôt un caractère tel qu'il n'y eut plus à douter de l'existence d'une affection cancéreuse, en voyant une énorme tumeur remplissant tout le plancher de la bouche et s'étendant au dehors depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à l'os hyoïde, passée depuis un an à l'état d'ulcération par deux ouvertures qui s'étaient faites, l'une en dedans, l'autre à l'extérieur, un peu au-dessous du bord inférieur du corps de l'os maxillaire. La tumeur semblait intéresser une plus grande partie de cet os à droite qu'à gauche, ce qui laissa espérer qu'en détachant de ce dernier côté une portion moins étendue en dehors, il serait possible de conserver l'attache de quelques fibres musculaires qui empêcheraient la rétraction complète de la langue; c'est en effet ce qui a eu lieu. Une incision semi-circulaire qui comprenait le point ulcéré en bas, et une dissection de toute la peau qui recouvrait la tumeur sur le menton et qui était saine, ayant été faites, ce lambeau fut relevé sur la bouche et renversé en haut, après quoi la scie à chaînons sépara des deux côtés la portion d'os qu'on voulait enlever,

et toute la tumeur fut arrachée avec la masse de parties molles que le bistouri détacha du fond de la bouche. La dégénérescence de l'os qui était devenu comme de nature éburnée, et quelques racines de dents qui se sont rencontrées sous le jeu de la scie, ont rendu son action plus lente et l'opération un peu plus longue. Le lambeau, ayant été rabattu, a été fixé par quelques points de suture entortillée.

Le quatrième jour après l'opération, un érysipèle s'est manifesté autour du nez et des yeux, et s'est promené sur toutes les autres parties du visage, puis a fini par s'éteindre, dans l'espace d'une semaine, sans autre médication que le seul emploi d'une pommade spécifique que M. Velpeau expérimente depuis quelque temps, et dont nous parlerons bientôt dans le résumé de ses leçons sur les érysipèles. Cependant, la cicatrisation de la plaie se faisant au mieux, et nul autre accident n'étant venu entraver la guérison, la malade, qui est celle présentée à la dernière séance de l'Académie de médecine, a quitté l'hôpital jeudi dernier, ayant recueilli le résultat le plus satisfaisant de l'opération à laquelle elle a été soumise; car, malgré l'ablation de presque tout le plancher de la bouche, d'une part elle a conservé dans sa langue assez de puissance motrice pour la porter facilement de côté et même en avant; sa parole est encore un peu embarrassée et la déglutition gênée, mais le temps et l'exercice devront bientôt amoindrir ces inconvénients. De l'autre, la cicatrisation s'est faite d'une manière si régulière, et a laissé de si légères traces de difformité, qu'il serait impossible, en voyant cette femme, de deviner quel genre d'opération elle a subi, et surtout de croire que presque tout le corps entier de la mâchoire manque sous ce menton si peu déformé. Mais, ce qui est par-dessus tout avantageux, c'est qu'elle s'en va sans inspirer encore aucune inquiétude au sujet de la récurrence. Puisse-t-elle en être toujours à l'abri!

Epuilis. Mode de guérison facile et prompt.

A côté de ces affections si dangereuses de la mâchoire, nous mettrons l'observation d'un cas d'abord moins grave dans sa nature, mais qui devient presque insignifiant à cause de la manière avec laquelle on peut lui porter un remède sûr et facile.

Un homme s'est présenté, tourmenté par un épulis qu'il porte au bord alvéolaire de la mâchoire supérieure droite, causé, prétend-il, par l'extraction d'une dent faite il y a près de cinquante ans, et qui s'est continuellement reproduit chaque fois qu'on a cru l'avoir détruit. C'est qu'en effet tous les caustiques employés ont été impuissants pour le guérir radicalement.

M. Velpeau s'est servi d'une espèce de tenailles incisives assez fortes, dont le mors, recourbé sur le plat presque horizontalement aux branches, et très-convexe en dessus, et se termine par deux bords tranchants creusés en dedans, de manière à offrir une concavité qui puisse contenir tout ce qui doit être détaché. Cet instrument ressemble bien à la triquoise dont se servent les maréchaux. Ces pinces, appliquées sur le bord de l'alvéole malade, empor-

tent d'un seul coup tout ce qu'on en veut retrancher par une section franche et nette, qui comprend à la fois les parties molles et les portions osseuses. Si la surface des tissus altérés était plus étendue que celle des bords incisifs de la pince, il faudrait la réappliquer deux ou plusieurs fois, jusqu'à ce que tout fût détaché, à moins de faire faire un instrument d'une dimension suffisante pour embrasser d'une seule fois toute la partie malade.

On conçoit de quelle utilité peut être cette manière d'opérer s'il ne s'agit d'extirper qu'une petite portion de l'un ou l'autre bord alvéolaire, dans le cas, par exemple, d'une carie, d'une nécrose, d'un cancer commençant ou d'un épulis comme celui dont il s'agit? Cette manœuvre est avantageuse pour le malade et le chirurgien, non-seulement pour l'exécution de l'opération, mais de plus pour ses conséquences immédiates; car, n'ayant à la figure ni plaie, ni solution de continuité, il n'est besoin d'aucun pansement. Il n'y a ni suppuration, ni, par conséquent, aucun des accidents qui souvent l'accompagnent. Un simple gargarisme légèrement astringent suffit; c'est, en un mot, pour le manuel opératoire et son résultat, l'histoire toute simple de l'extraction d'une dent, au point que notre individu qui, au moment même et jusqu'au lendemain, n'avait rien senti de plus, quitta aussitôt l'hôpital, bien satisfait d'être, à si bon compte, débarrassé d'une infirmité qui depuis longtemps le gênait beaucoup.

(Gazette des Hôpitaux, n° 67.)

99. *Enorme ostéosarcome de la mâchoire inférieure. Amputation du maxillaire inférieur, avec désarticulation d'un côté. Guérison; par M. LISFRANC.*

Dans le cours des deux années qui viennent de s'écouler, de fréquentes occasions se sont présentées à M. Lisfranc d'enlever des portions plus ou moins étendues du maxillaire inférieur, et si nous avons négligé de livrer à la publicité les nombreux succès obtenus par le chirurgien de la Pitié, c'est que nous nous reposions dans la confiance qu'il existe déjà dans la science, sur ce point, une masse de faits assez imposante pour créer une conviction à tous les chirurgiens consciencieux, habitués à calculer les avantages et les désavantages immédiats ou éloignés d'une opération avant de l'entreprendre. Cependant, comme on vient d'observer ailleurs et de publier d'autres faits de nature à jeter des doutes sur ce point de la science, nous choisissons entre toutes les autres l'observation suivante, pour la soumettre à l'examen des esprits impartiaux. Ils retremperont leurs convictions dans cet exemple d'une guérison qui se soutient depuis près d'un an, malgré la gravité peu ordinaire de l'affection à laquelle elle a mis un terme inespéré. Ce fait intéresse d'ailleurs à plus d'un titre les amis de la science.

La femme Marie, âgée de trente-huit ans, d'un

tempérament lymphatico-sanguin, a toujours joui d'une excellente santé avant la manifestation des premiers symptômes de la maladie qui l'amène à l'hôpital. A vingt-trois ans, sans cause connue, quelques douleurs se firent sentir dans la partie postérieure de la rangée dentaire inférieure gauche. Les quatre dernières molaires, qui en semblaient surtout le point de départ, furent enveloppées de fongosités continues à la gencive; on en fit l'extraction. Depuis cette époque, les végétations s'accrurent d'une manière lente, mais continue, et ce côté de la face resta sujet à des fluxions qui se reproduisaient tous les quatre ou cinq mois. Treize ans plus tard (septembre 1857), l'engorgement s'était étendu aux parties molles voisines du point primitivement affecté. Un abcès se forma dans la joue près de l'angle de la mâchoire; on y fit avec le bistouri une ouverture qui resta fistuleuse. Au mois de mars 1859, un nouvel abcès s'ouvrit à peu de distance du premier, et il en sortit plusieurs petits fragments osseux. Abstraction faite des accidents locaux, la malade jouissait d'une santé parfaite, et ne se rappelle avoir éprouvé de douleurs lancinantes à aucune époque.

Avril 1859. A son entrée dans nos salles, elle présente l'état suivant : Tumeur hémisphérique du volume d'un fœtus à terme, s'étendant en hauteur depuis le niveau de la pommette gauche jusqu'au larynx, et transversalement depuis l'apophyse mastoïde et les apophyses transverses des premières vertèbres cervicales jusqu'à la symphyse du menton, et même à quelques lignes par delà, car elle cesse seulement vis à vis la seconde incisive de droite.

Cette énorme masse morbide semble faire corps avec l'os maxillaire inférieur; elle adhère partout à la joue et a envahi plus de la moitié du plancher de la bouche. Elle repousse le pharynx en arrière et en bas, et si cet organe n'est pas fondu avec elle, au moins doit-il lui être étroitement appliqué; en ce point même sa muqueuse est un peu molle et tomenteuse au toucher. L'adhérence à l'os hyoïde est manifeste. L'articulation temporo-maxillaire est encore libre; il s'en faut tout au plus de quatre lignes qu'elle ne soit envahie. La peau qui recouvre la tumeur, sillonnée par de très-grosses veines variqueuses, est ulcérée vers son centre, dans une étendue de dix à douze lignes, et une sonde introduite par cette solution de continuité pénètre sans peine dans la cavité buccale en traversant la masse morbide. Celle-ci donne la sensation d'une coque osseuse, interrompue en certains points où l'on trouve une résistance bien moindre et une sensation mal définie de fluctuation. Un pus fétide, assez épais, coule peu abondamment par la solution ulcéreuse de la joue.

La langue fortement refoulée à droite, n'a souffert aucune altération organique. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien, appliqué sur la partie postérieure et inférieure de la tumeur, qui le porte fortement en dehors, lui adhère intimement; il est compris dans un pli fortement tendu que forme la peau dans la même direction que le muscle lui-même. On cherche en vain les battements des carotides au-dessus du niveau de l'os hyoïde. N'omettons pas d'observer que la tumeur s'avance vers l'apophyse mastoïde et les apophyses transverses des deux ou trois vertèbres cervicales, mais n'a pas contracté d'adhé-

rences avec elles. La respiration est peu gênée; la mastication impossible; l'articulation des mots très-confuse.

Après cette description, il est inutile de faire ressortir les énormes difficultés que devait offrir cette opération, si même elle était jugée praticable; et quelle que fût la confiance de M. Lisfranc dans des succès récents encore, les hommes consciencieux comprendront les doutes qui lui vinrent en face d'une telle entreprise; ils apprécieront les motifs qui le déterminèrent à faire pour un malade de l'hôpital ce que tous les jours on fait pour les malades de la pratique privée, à s'éclairer des conseils de quelques-uns de ses confrères. MM. Marjolin, Serres et Blandin répondirent à l'appel philanthropique du conseil des hôpitaux; M. Lisfranc leur adjoignit MM. Robert et Pinel-Grandchamp. L'opération fut jugée présenter de très-grandes difficultés, et on n'y conclut que dans la conviction que la malade était menacée d'une mort très-prochaine. « Notre conscience était rassurée, dit le chirurgien de la Pitié; nous n'hésitâmes plus. Nous mimés cependant quelques jours d'intervalle entre cette consultation et l'opération, et ces jours furent employés à faire des essais sur le cadavre. Ces essais, nous avons pour habitude de nous y livrer toutes les fois que nous sommes prêts d'entreprendre des opérations insolites, et quoi qu'en aient dit certaines personnes, plus d'une fois nous y avons trouvé d'heureuses modifications aux procédés ordinaires; toujours au moins nous en avons rapporté plus de confiance dans notre entreprise. Dans le cas qui nous occupe, nous avions projeté, si la section de l'os maxillaire ne nous donnait pas assez d'écartement pour disséquer la tumeur en dedans jusqu'à ses dernières limites, nous avions projeté, dis-je, d'enlever le menton par un second trait de scie. Dans la prévision qu'arrivés sous la base de la langue, la tumeur gênerait nos manœuvres, nous avions aussi formé le projet d'y faire une section transversale, à un demi-pouce au-devant du pharynx, et d'enlever d'abord la mâchoire avec tout ce qui lui resterait adhérent; enfin nous avions trouvé un procédé très-simple pour faire la section du crotaphite, sans nous exposer à ouvrir les artères temporales. »

C'est encore dans ses recherches sur le cadavre que M. Lisfranc a déterminé d'une manière plus précise les rapports de la carotide externe avec l'os maxillaire inférieur; au lieu de s'appliquer immédiatement contre le bord postérieur de la branche de cet os, l'artère marche à une distance de plusieurs lignes, et ne lui devient contigue qu'à un travers de doigt au-dessous du lobule de l'oreille. Fait important dont il est inutile de déduire les conséquences chirurgicales.

L'opération fut faite le 24 juillet 1859, en présence et avec l'aide de MM. Robert, Pinel-Grandchamp et Chassaignac. Je ne crois pouvoir mieux faire que de rapporter les termes dans lesquels elle a été décrite par le chirurgien lui-même :

1° Incision à la peau. Le lambeau est disséqué de bas en haut, avec beaucoup de peine, à cause de son peu d'épaisseur et des adhérences fibreuses qu'il a contractées en certains points, ceux surtout où existent d'anciennes cicatrices. Quand ce premier temps

a été terminé, on avait déjà tordu quinze artères sous-cutanées, considérablement développées. Jugez de l'impatience, des craintes, qu'un tel début devait nous inspirer pour le moment où nous porterions l'instrument tranchant sur les parties profondes; mais nous étions rassurés parce que des mains exercées tordaient les vaisseaux à proportion qu'ils étaient ouverts, sans qu'il nous fût besoin d'interrompre nos manœuvres. Après nous être bien assurés par la vue, et surtout par le toucher, du point où l'os finissait d'être malade, nous fîmes l'extraction de la canine droite qui en marquait la limite, et aussitôt nous divisâmes l'os en ce point, à l'aide d'une scie. Notre doigt put alors être porté dans le pharynx, et nous sentîmes avec bonheur que cet organe ne se déplaçait que peu quand on tirait en dehors la mâchoire et avec elle la tumeur. Dissection du plancher de la bouche, faite à peu de distance en deçà de la ligne médiane à gauche. Ligature de l'artère linguale. Une érigne implantée dans la langue servait à la maintenir et à l'empêcher de se renverser en arrière sur le larynx, comme on en a plusieurs exemples. Négliger cette précaution, serait s'exposer à voir le malade s'asphyxier, d'autant plus que nous n'avons jamais vu la petite plaie qui en résulte entraîner le plus petit inconvénient.

Arrivés sur le pharynx, nous le trouvâmes très-aminci, collé contre la face interne de la tumeur; cependant, grâce à la précaution que nous prîmes d'en faire la dissection avec des ciseaux, lentement et en quelque sorte coupant lame par lame le tissu cellulaire, nous terminâmes cette partie difficile de notre opération, sans faire subir au pharynx aucune perte de substance.

Section des muscles ptérygoïdiens à leurs insertions maxillaires. Ici nous avions à redouter la lésion des carotides; nous avons éludé la difficulté en faisant porter la tumeur fortement en avant et en dehors, pendant que, d'autre part, les doigts de M. Robert, appliqués largement sur le trajet de ces vaisseaux, que nous avions mis à découvert en disséquant la partie inférieure de la tumeur, les maintenaient en place, en même temps qu'ils indiquaient à l'opérateur. Le moment était venu de couper le crotaphite à son insertion maxillaire et de désarticuler l'os afin de pouvoir attirer plus facilement en avant et en bas la partie supérieure de la tumeur. Au lieu de diviser les fibres musculaires avec le bistouri, des superficielles aux profondes, nous procédâmes de manière à éviter sûrement la section des artères temporales, qui n'échappent guère au tranchant quand on suit le premier procédé; nous employâmes les ciseaux et nous divisâmes le muscle le plus près possible de son insertion à l'apophyse coronoïde, que nous avions fortement basculé en bas au-dessous de l'arcade zygomatique. Nous recommandons aux chirurgiens ce procédé, que nous avons employé ici pour la première fois, et que nous avons trouvé dans nos essais sur le cadavre. Nous reprîmes alors le bistouri, et, rasant l'os d'avant en arrière, nous arrivâmes à son condyle. A la première traction que nous exercâmes sur lui, il se détacha de son col, complètement vermoulu; nous le laissâmes là provisoirement pour continuer l'isolement de la tumeur. Celle-ci fut atti-

rée fortement en avant, les gros vaisseaux étant toujours maintenus immobiles, et, par surcroît de prudence, au lieu de l'instrument tranchant, nous glissâmes derrière elle nos doigts et, déchirant lame par lame les adhérences cellulo-fibreuses qui la retenaient encore contre la partie antérieure et latérale, de la colonne, contre la portion mastoïdienne du temporal, etc., etc., nous la sentîmes tomber brusquement dans nos mains. Nous avions détruit lentement, et en explorant avec attention tous les points où devait agir l'instrument, les adhérences avec le sterno-cléido-mastoïdien et le larynx.

Nous revînmes au condyle: tout le monde sait les difficultés que présente son extraction dans les cas où une balle a brisé le col qui le soutient. Avec des connaissances anatomiques certaines, on y parvient cependant très-méthodiquement et sans hésitation. Nous le saisîmes par son court pédicule, et, le tirant fortement à nous, nous fîmes d'un seul coup pénétrer notre bistouri dans l'articulation d'avant en arrière, et derrière lui sont presque immédiatement accolées la maxillaire interne, la temporale et la terminaison de la carotide externe. Saisissant donc le condyle lui-même avec le pouce et l'index, nous l'en éloignâmes par un mouvement de bascule, et il nous devint facile d'enachever sans encombre l'isolement. »

Pansement. La malade, rapportée à son lit, fut laissée sans pansement trois quarts d'heure environ, pour donner au spasme des petits vaisseaux le temps de cesser et permettre de manifester leur présence dans la plaie. Après nous être ainsi prémunis, le plus complètement possible contre toute crainte d'hémorragie, nous procédâmes au rapprochement des bords de cette immense solution de continuité. La plaie centrale du lambeau, car M. Lisfranc avait enlevé toute la portion ulcérée, fut réunie par douze points de suture entrecoupée. Le même genre de suture fut employé depuis l'extrémité supérieure de la plaie jusqu'au-dessous du menton; enfin, pour obtenir une cicatrice le plus linéaire possible, on se servit d'épingles pour l'extrémité droite de la plaie dans toute la hauteur de la lèvre, de son bord libre à la base de la mâchoire. Sur l'une d'elles est fixé un fil qui embrasse dans son anse les tissus placés sous la langue, et a pour destination de maintenir cet organe en place. Afin d'épargner toute compression au lambeau si mince que nous avions à redouter le sphacèle, pour tout appareil nous laissâmes pendre au-devant un linge fin, fixé au bonnet de la malade, et on lui recommanda d'incliner sa tête à gauche pour éviter les tiraillements.

Anatomie pathologique. La tumeur, considérée en masse, a la forme d'un ovale, ayant aux deux extrémités de son plus grand diamètre, d'une part le col et le condyle, séparés comme on le sait; de l'autre, la portion saine du corps de l'os sur laquelle a porté la section. Pour n'avoir plus à m'occuper de ces deux objets, ajoutés à la tumeur comme des espèces d'appendices, je dirai du premier qu'il se dégage de la masse ostéo-sarcomateuse brusquement, sans transition. Long de trois à quatre lignes, il supporte le condyle atrophié comme lui-même, et plus que lui coloré en bleu; coloration qui indique à travers le cartilage d'encroûtement parfaitement sain l'état

d'injection, d'infiltration sanguine en quelque sorte du tissu spongieux. En vain cherche-t-on à côté de lui l'apophyse coronoïde; elle est confondue dans la tumeur, et lui appartient assez intimement pour qu'on ne puisse l'en séparer sans la description. Si nous revenons à l'autre extrémité, nous ne trouvons rien de fort intéressant sous le rapport anatomique; mais sous le rapport chirurgical tout nous intéresse: la surface de section indique un état parfaitement normal de l'os, et cet état existe encore dans une longueur de quatre lignes avant que commence le renflement morbide. Le périoste en semble seulement un peu épaissi. A sa face postérieure ou interne sont insérés les muscles géniens, complètement sains. Le plus grand diamètre de la tumeur s'étend donc du condyle à la surface de section; il est de six pouces et quart, et la circonférence qui passe par ses deux extrémités est de quinze pouces. Sous de telles dimensions, une tumeur pleine pèserait trois ou quatre fois plus que celle-ci ne pèse; nous en verrons dans un instant la cause.

Avant toute préparation, la tumeur fait naître l'idée d'une coque osseuse très-mince, transparente dans plusieurs points, revêtue d'une membrane épaisse formée tant par le périoste hypertrophié que par les quelques fibres musculaires pâles, clairsemées, qui représentent en avant le masséter, et en arrière les muscles du plancher de la bouche par des brides cellulo-fibreuses, et par des filets nerveux très-nombreux qui ne semblent avoir subi aucune désorganisation, et qui appartiennent à la septième paire. Cette coque osseuse en plusieurs endroits est interrompue et remplacée par l'enveloppe membraneuse dont nous venons de parler, et qui par places a la consistance cartilagineuse; disposition qui rappelle parfaitement celle du crâne d'un fœtus de quatre mois. Cette description porte surtout sur les faces antérieure, postérieure et inférieure de la tumeur. Sa partie supérieure, celle que nous pourrions nommer alvéolaire, mérite d'être décrite à part; elle forme une masse compacte. Recouverte par la muqueuse gingivale épaissie, pâle et très-adhérente aux tissus sous-jacents avec lesquels elle se confond, elle garde la trace des alvéoles représentées par de légers enfoncements; trois incisives sont encore à leur place. Quand on incise cette portion de la tumeur, elle crie et résiste comme le squirre, et donne les sensations de lamelles osseuses disséminées dans son épaisseur. Étudiée dans sa texture intime, elle offre une masse blanc-grisâtre, traversée par des intersections fibro-osseuses, et laissant suinter, quand on la presse, un liquide roussâtre mêlé de grumeaux blancs. On n'y découvre pas de traces de vaisseaux; toutefois, à son centre, elle est creusée d'une cavité à parois plus molles et rougeâtres, contenant une sorte de débris grumeleux coloré en rouge. Une autre cavité est remplie d'un pus épais et de couleur foncée. Des alvéoles il n'existe, et très-incomplètes encore, que celles des deux incisives gauches; les autres semblent disséminées en débris dans la masse morbide.

La partie de la tumeur dont je viens de donner l'examen formait la saillie du plancher de la bouche; elle répond, ai-je dit, à la région alvéolaire de la mâchoire. L'autre partie, dont il me reste à donner