

le 12 juin d'une céphalalgie intense occupant spécialement un des côtés de la tête; le cœur battait plus fort et plus vite; une saignée fut pratiquée. Le 14, des sangsues furent posées aux tempes. La céphalalgie persista au même degré; il semblait au malade qu'on soulevait, qu'on ouvrait sa tête, ce sont ses expressions. Le médecin de Fontainebleau qui lui donnait des soins, crut avoir à faire à une *névralgie faciale*; dès lors la belladone, la jusquiame, l'opium, la thridace furent prescrits; un vésicatoire fut appliqué à la nuque. Ces moyens furent sans aucun résultat: la céphalalgie persiste aussi bien que les palpitations. Le 21, œdème des jambes. Le 22, l'infiltration s'étend rapidement aux cuisses, au scrotum, à l'abdomen. (Nitrate de potasse, sulfate de soude, sirop de pointes d'asperges.)

Le 24, entrée au Val-de-Grâce. Le malade, couché salle 10, lit n° 3, nous montra une note de son médecin, dans laquelle nous avons puisé les renseignements qui précèdent, soit sur le traitement suivi, soit sur la marche de la maladie.

Le 25, à notre première visite, nous constatons les symptômes suivants: pâleur générale; les lèvres sont violacées, les carotides battent avec force; le pouls est vif, régulier; toux peu fréquente, parole un peu soufflée, l'expiration est saccadée; la respiration est un peu précipitée, du reste l'air entre avec facilité dans le poumon; voussure assez grande de la région précordiale, le cœur soulève violemment le thorax; on entend à gauche un bruit de souffle, de scie très-intense; les jambes, les cuisses, l'abdomen sont infiltrés; le foie déborde de deux travers de doigt les fausses côtes droites; douleur vive au côté gauche de la tête et du cou. *Diagnostic*: rétrécissement des orifices du cœur, avec hypertrophie. (Saignée de 3 xij, diète, gomme.) Une heure après la saignée, le cœur semblait occuper un volume moindre, le foie débordait moins les fausses côtes; la parole était plus libre.

Le 26, essoufflement moindre, le pouls est toujours dur, vibrant, douleur aiguë à la région précordiale, la céphalalgie est vive et occupe toujours spécialement le côté gauche. (Diète, gomme, 20 sangsues derrière l'oreille gauche.)

Le 28, la douleur précordiale est moindre; la céphalalgie toujours très-vive; il semble au malade qu'on partage sa tête avec une hache; l'infiltration existe toujours au même degré; le malade ne peut respirer que le tronç soulevé et incliné en avant. (Saignée de 3 xv.)

Le 29, un peu mieux, excepté la céphalalgie qui persiste. (Diète, lav. laxat.)

Le 3 juillet, la douleur précordiale persiste; le pouls est toujours vif; les battements du cœur développés; le bruit de souffle, de scie est très-fort. La céphalalgie persiste, la douleur se propage jusque dans l'épaule gauche. (8 sangs. sur le cœur, catap., bouillon.)

Le 4, l'oppression, l'anxiété augmentent. (Saignée de 3 viij, ventouses sèches à la région précor.)

Le 7, le malade a causé beaucoup avec son frère, il a mangé plusieurs échaudés.

Le 8, anxiété, essoufflement; douleur vive à la partie inférieure de la région précordiale; le pouls est vibrant, mais peu développé; il est fréquent (105, 110), le cœur bat très-fort, le bruit de souffle est très-intense; la langue qui jusqu'ici avait été belle, large, est sale, limoneuse; inappétence, soif; la céphalalgie est toujours très-vive. (12 sangs., région précordiale, foment. abd., sinap. aux jambes.)

Le 9, anxiété; le malade ne peut plus dormir et respirer qu'étant assis dans son lit; l'infiltration augmente; du reste même état. (Diète, lim. gomme, sinap. aux jambes.)

Le 10, douleur vive à l'épigastre et à la région du cœur; la langue est sale; constipation; l'anxiété est vive; abattement, découragement. (30 sangs. thorax gauche.)

Le 11, le malade ne peut plus respirer qu'assis dans un fauteuil dans lequel il a passé la nuit; le pouls est peu développé, irrégulier, fréquent (110, 115). L'auscultation fournit les mêmes renseignements; la face respire la crainte, l'anxiété. (Diète, gomme.) Le soir, même état. Mort vers onze heures.

Autopsie cadavérique, 33 heures après la mort.

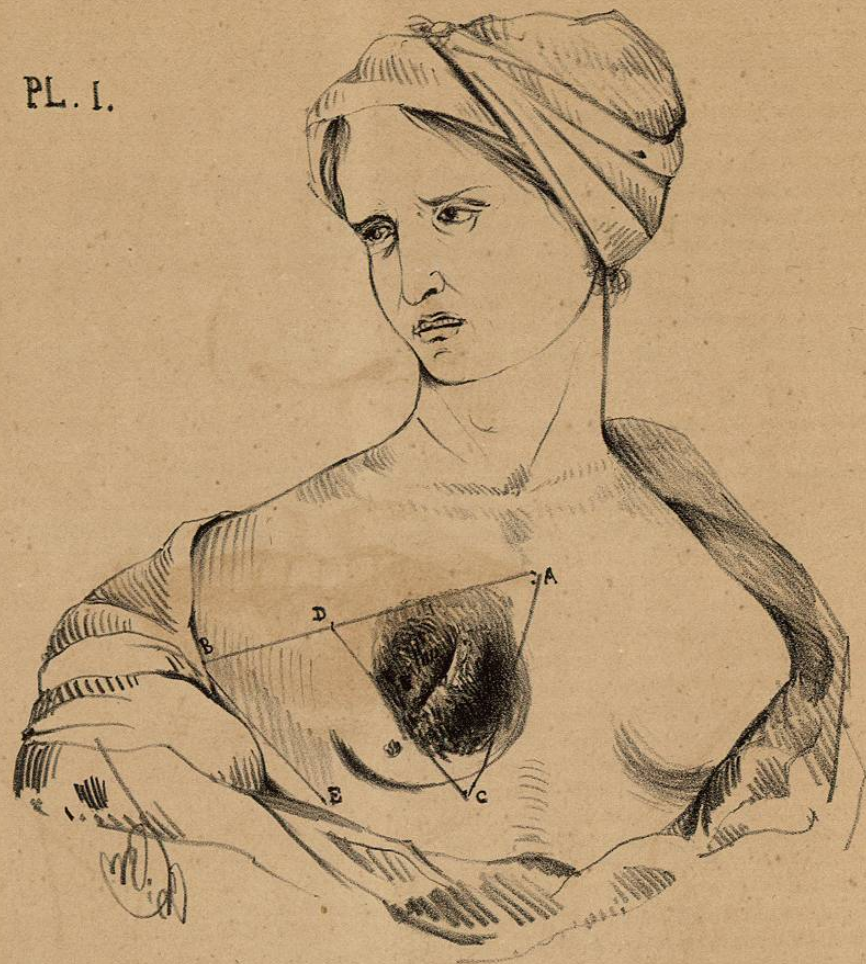
Extérieur. Pâleur et rigidité cadavériques; anasarque; son mat et voussure à la région précordiale.

Crâne. Légère injection de la pie-mère; la substance cérébrale est saine; pas d'épanchement dans les ventricules, ni à la base du crâne; légère injection des plexus choroides: on trouve dans leur texture plusieurs kystes du volume d'un grain de chenevis, contenant une matière jaunâtre; rien à noter dans le cervelet, la protubérance annulaire, la moelle épinière.

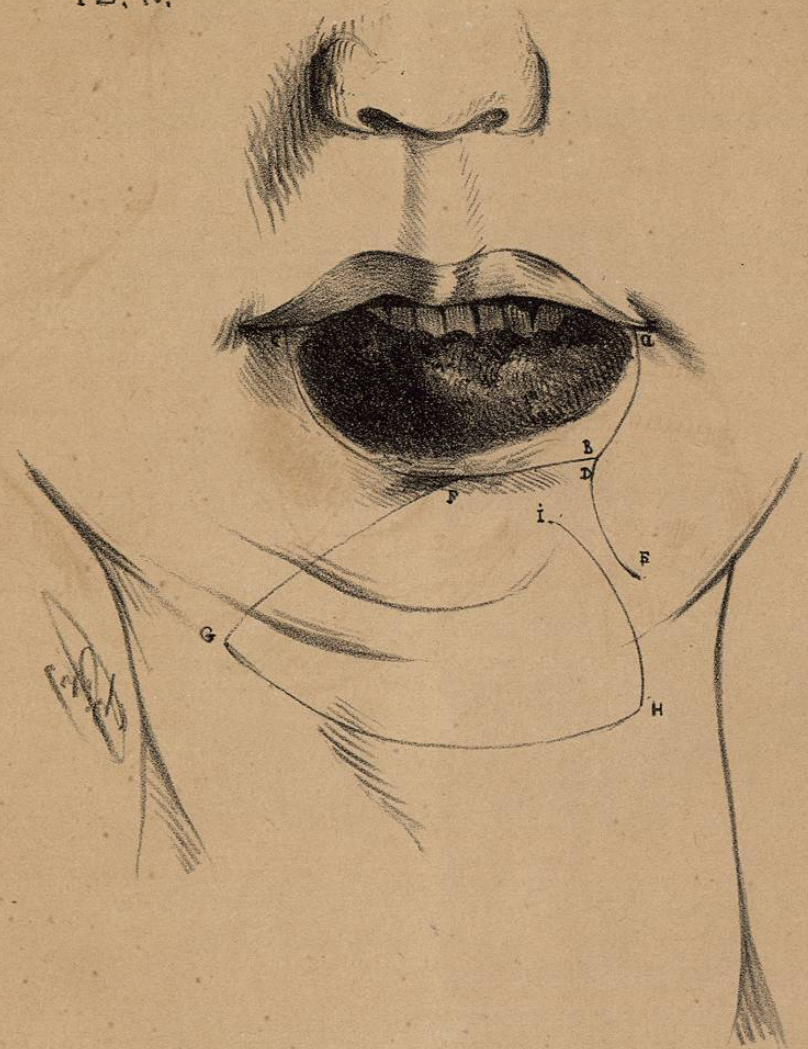
Thorax. Le cœur, recouvert en partie par les bords du poumon, occupe une grande étendue dans le thorax; le péricarde sain, renferme une petite cuillerée environ de sérosité.

Le cœur est très-volumineux, légèrement arrondi, ses cavités sont distendues par des caillots peu organisés; de l'oreillette droite à la pointe, le cœur a 5 pouces 1/2 de hauteur; à sa base, sa circonférence est de douze pouces 1/2, vers la pointe de 8 pouces; la cavité du ventricule gauche logerait un gros œuf de poule, ses parois ont onze lignes d'épaisseur; la valvule mitrale est saine; les valvules sigmoïdes de l'aorte, assez développées, rugueuses, sont tapissées d'incrustations; l'une d'elles se déchire facilement; l'oreillette gauche est très-large, elle n'offre rien autre de particulier. A l'ouverture ventriculo-aortique, un peu au-dessous des valvules sigmoïdes, on voit une petite tumeur du volume d'un pois, d'un blanc jaunâtre, contenant une petite quantité de pus bien lié; à côté l'on trouve une végétation rouge, saillante, découpée, analogue aux crêtes de coq: elle est adhérente à la membrane interne. Le ventricule droit est dilaté, mais moins que le gauche,

PL. I.



PL. II.



ses parois ont 5 lignes d'épaisseur; les valvules tricuspide et sigmoïde n'offrent rien à noter.

Le poumon gauche est emphysémateux dans presque toute son étendue; à son bord tranchant inférieur et en avant, on trouve une hépatisation rouge du volume d'une noix. Le poumon droit, adhérent par des fausses membranes, présente aussi quelques points d'emphysème. Une livre de sérosité environ est épanchée dans la cavité abdominale; le foie est très-volumineux, il dépasse de 4 travers de doigts le rebord des fausses côtes, il est gorgé de sang, son tissu ne paraît pas altéré; la rate, peu volumineuse, est d'un rouge piqueté à sa surface, dans son intérieur elle offre l'aspect du foie, son tissu est dur; la muqueuse gastro-intestinale est injectée, elle n'offre du reste rien autre chose à noter.

Les reins sont très-volumineux; leur tissu est très-dur; la vessie est saine.

Reflexions.

Cette observation résume assez bien les principaux symptômes des maladies organiques du cœur; je n'entrerai pas dans de longs détails pour l'explication de chacun de ces symptômes, devant y revenir dans l'histoire générale de l'endocardite.

Je signalerai toutefois l'erreur dans laquelle est tombé le médecin de Fontainebleau; il a cru à une névralgie faciale, dès que l'infiltration des jambes s'est montrée, sans savoir à quelle lésion elle pouvait, elle devait se rattacher; les diurétiques sous toutes les formes ont été prescrits. Voilà où conduit ce qu'on appelle la médecine du symptôme. Ce fait entre mille autres nous dénote assez l'influence du diagnostic sur la thérapeutique d'une maladie. Sans aucun doute, un examen plus attentif et surtout plus éclairé, eût amené un diagnostic plus vrai.

La lésion grave des valvules sigmoïdes de l'aorte était le résultat d'une inflammation chronique; c'est à cette irritation plus ou moins prolongée et à l'obstacle à la libre sortie du sang, amené par le rétrécissement de l'orifice aortique, qu'il faut rapporter l'hypertrophie générale du cœur, laquelle nous rend raison de la voussure, de la malité de la région précordiale et aussi des pulsations fortes, vigoureuses, qui soulevaient le thorax. Le rétrécissement de l'aorte explique très-bien le frémissement cataire, la petitesse du pouls.

L'engorgement du foie, l'anasarque sont le résultat de l'obstacle à la circulation.

Le petit abcès et la végétation, situés au-dessous des valvules sigmoïdes de l'aorte, me semblent dus à l'inflammation de l'endocarde pour laquelle M. L*** a réclamé les secours de l'art à Fontainebleau et au Val-de-Grâce. Cette lésion a, je crois, hâté le terme fatal.

Je signalerai la teinte jaune paille de la peau, symptôme assez commun et même caractéristique des lésions graves, organiques du cœur. Le sang acquiert-il dans ces cas des qualités particulières?

Nous étudierons plus loin cette question importante.

Les saignées ont-elles été assez multipliées? Le malade en a éprouvé un léger soulagement toutes les fois qu'on y a eu recours, et cependant je n'oserais pas affirmer que ce moyen ait été utile. Peut-être dès le début, aurait-on enrayé la marche de l'inflammation qui a donné lieu à cet abcès; mais plus tard les saignées ont été au moins inutiles. En général, dans toutes les maladies chroniques avancées, on doit être sobre des émissions sanguines; il faut se rappeler que dans ces cas, l'hématose est profondément altérée, que le sang se refait avec difficulté. C'est là, il faut le dire, un point de pratique bien délicat et qu'on ne peut étudier que dans une bonne clinique. (La suite à un prochain numéro.)

La suite à un prochain numéro.

AUTOPLASTIE

APRÈS

L'AMPUTATION DES CANCERS;

Par CH. PHILLIPS, de Liège.

Lettre chirurgicale à M. DIEFFENBACH, professeur à l'Université de Berlin.

§ 1^{er}.

Les chirurgiens français se sont vivement occupés de vos expériences sur les transplantations; vos procédés opératoires si ingénieux, et leur description si pittoresque ont trouvé place dans tous les ouvrages français qui traitent de ces matières. Grâce à votre coopération si active, la chirurgie allemande, en s'alliant à la chirurgie française, en a modifié les formes et en a agrandi les proportions.

Les diverses restaurations que vous avez faites pendant votre séjour à Paris en 1834, ont enrichi la médecine opératoire de l'autoplastie si délaissée en France. Vous avez rassuré les opérateurs de ce pays effrayés par ces grands déplacements de peau, en leur montrant tout ce que l'on pouvait oser par un traitement énergique; et les applaudissements qui ont accueilli vos opérations vous ont prouvé l'admiration des élèves pour la chirurgie allemande qui vous doit ses plus beaux succès.

En m'accordant la faveur d'être votre aide particulier, j'ai pu voir souvent combien des tissus dégénérés subissent de changements par le contact de tissus sains, et combien d'affections qui s'étaient montrées rebelles aux agents thérapeutiques les plus puissants cèdent sans résistance à l'action vivace des lambeaux transposés. Dans une de vos leçons vous vous exprimiez ainsi: « par ces transplantations de peau, des secours sont apportés par une vie puissante, à des tissus qui succombent; il faut étendre cette application aux affec-

leurs secours afin d'obtenir cette réunion; je taille les lambeaux de manière à les faire vivre par une base large, et sans tordre le pédicule; de cette manière, je rends inutile la troisième opération de M. Martinet, qui consiste à couper cette racine.

Il faut continuer les incisions qui doivent contourner la tumeur de manière à ce qu'elles puissent servir à limiter un ou deux côtés du lambeau, parce que la tumeur étant enlevée, une seule incision tracée à la distance exigée par la réparation, suffira pour circonscrire le morceau de peau que quelques coups de bistouri détachent aisément. Le déplacement devient très-facile, puisqu'il est libre par tous les côtés, excepté par un seul, qui lui sert de base pour la nutrition, c'est le pédicule. Ce qui exige un peu de temps dans cette opération, ce sont les points de suture qui doivent être placés en très-grand nombre, si on veut obtenir un résultat heureux. Je dois ajouter que la torsion des artères est le seul moyen hémostatique convenable. Si l'on plaçait des ligatures, on laisserait sous le lambeau des corps étrangers qui deviendraient des foyers de suppuration, et décolleraient bientôt l'agglutination partielle commencée entre le lambeau et les tissus sous-jacents.

Tous ces points de suture seront fortement serrés et liés par un double nœud, excepté celui qui est placé à l'angle le plus inférieur de la plaie; je le ferme par une rosette que je puis délier à volonté. Il est important de pouvoir laisser une ouverture béante pour faciliter l'écoulement des liquides. Après la dissection d'un lambeau si vaste, la sécrétion plastique est très-abondante, la lymphe coagulable, mêlée de sang, s'accumule sous le lambeau, de manière à former un centre de suppuration; l'agglutination des tissus n'est pas possible en ce point, il devient le germe d'un abcès. Si on ne veut pas s'exposer à perdre les avantages de la réunion primitive, il est donc indispensable de s'assurer des moyens de faire sortir cet excès de liquides. Le morceau de fil lié en rosette permet d'ouvrir l'angle de la plaie, et de la débarrasser de tout ce qui entrave sa cicatrisation.

Après une amputation de sein, quels que soient le volume et la nature de la tumeur, la plupart des opérateurs adoptent un mode de pansement qui est toujours le même. Ainsi, ceux qui livrent la plaie à la suppuration, la remplissent de charpie, et ceux qui réunissent les lèvres séparées, emploient toujours les mêmes moyens, c'est-à-dire que pour rapprocher deux bords très-éloignés, ils passent des sutures, qu'ils lient après bien des efforts de traction. Les uns et les autres, si divisés par ces deux doctrines, se rencontrent sur un terrain commun, pour l'application d'un appareil composé de longues bandes avec lesquelles on fait un très-beau pansement, en créant un supplice pour l'opérée.

Quand une plaie est petite, et quand les incisions représentent deux demi-lunes allongées, la réunion des lèvres est facile, on serait condamnable de ne la pas provoquer; mais souvent pour enlever une

tumeur volumineuse, on trace des incisions presque circulaires, afin de ne pas augmenter la perte de substance, et l'on a pour résultat une plaie ronde, dont la circonférence est très-éloignée du centre, alors les chirurgiens procèdent comme je viens de le dire, en cherchant à réunir les lèvres si éloignées. On réussit avec des ligatures, mais à quel prix! Il a fallu exercer de puissantes tractions sur la peau, ce qui a provoqué de très-vives douleurs, et quand l'inflammation se développe, elle débute avec violence: la peau se gonfle, rougit et ne tarde pas à se déchirer aux points où les fils ont été placés; on a ainsi perdu les avantages de la réunion, et l'on a pour résultat des bords dentelés et qui se cicatrisent difficilement. Quelques coups de bistouri pouvaient cependant détacher les lambeaux dans l'étendue de deux à trois pouces, et la peau libre se laisserait facilement étendre pour couvrir toute la surface de la plaie sans ce tiraillement toujours si douloureux.

On n'est pas assez pénétré de cette vérité physiologique, que l'inflammation empêche l'agglutination, et rien ne la développe comme les tiraillements prolongés. C'est vous, Monsieur, qui, le premier, avez démontré l'importance pratique de ce phénomène, par les incisions latérales que vous avez faites pour isoler vos sutures.

Cette observation si vraie devait convaincre un grand nombre de chirurgiens, et cependant beaucoup résistent encore: parce qu'ils n'ont pas réussi dans leurs essais, ils ont accusé la méthode, tandis que c'est à eux seuls qu'ils devaient s'en prendre de leurs mécomptes.

Vous concevrez à peine, que des chirurgiens réunissent des plaies après avoir appliqué des ligatures, et que ces réunions sont opérées par la suture entortillée, de manière à ne laisser aucune issue aux liquides que ces ligatures font naître.

C'est cependant ce que nous voyons tous les jours dans nos hôpitaux, c'est ce que l'on professe tous les jours dans nos universités; en comptant les revers, personne ne pense à les attribuer aux ligatures que l'on a placées et qui agissent comme des corps étrangers dans le fond; il est bien désolant de voir la torsion des artères si délaissée, même par les partisans de la réunion. Que dire de ceux qui étirent la poitrine, et la serrent comme dans un étiau. C'est sans doute très-joli de faire à une malade un corset très-régulier, très-coquet, de lui dissimuler la perte d'un organe précieux, mais après une opération, la douleur éteint les regrets, et ce que l'opérée désire le plus vivement c'est de pouvoir respirer. Quelques-uns de nos chirurgiens se sont particulièrement engoués de la compression qui a été employée pour tout, et par tous: ils en poussent l'exagération, jusqu'à faire leurs pansements avec des bandelettes agglutinatives, la poitrine en est cerclée afin de comprimer les tissus réunis avec des épingles: ce qui doit rassurer les patients, c'est que peu d'heures après, on coupe les bandelettes afin de faire cesser leur supplice; ils peuvent alors

librement respirer. Lorsque les bandelettes sont coupées, elles sont écartées de plusieurs pouces, et cet agent, sur la puissance duquel on avait fondé de si belles espérances, devient inutile; cependant on a torturé le patient pendant plusieurs heures!... Mais j'ai hâte de vous exposer quelques faits pour ne laisser aucun doute sur le mode de pansement que j'emploie.

AMPUTATION D'UN SEIN CANCÉREUX.

Réunion immédiate par glissement des lambeaux.

M^{lle} Marie, âgée de 44 ans, souffrait depuis trois années d'une tumeur dure, bosselée, enfermée dans la glande mammaire. Elle ne voulut pas se soumettre à l'ablation de cette tumeur, qui ne tarda pas à s'ouvrir. Les douleurs étant devenues plus violentes, elle consulta un chirurgien qui voyant l'état de l'ulcération se refusa à pratiquer cette opération; il conseilla quelques topiques palliatifs et en résumé laissa entrevoir à cette femme un avenir désespéré: c'est sous l'influence de ces idées qu'elle vint me demander un avis. Après avoir attentivement examiné la tumeur et exploré l'aisselle, après m'être assuré de l'état de santé des différents organes, je crus que l'opération pouvait être faite avec succès, parce que j'avais formé le projet de réunir les lèvres de la vaste plaie que j'allais ouvrir.

La tumeur envahissait toute la glande, et la peau était altérée dans l'étendue d'un pouce et demi au delà des limites du mal. Coupant toutes ces parties malades, j'avais pour résultat un ulcère de trois quarts de pied de longueur sur un demi de largeur, et le livrer à la suppuration c'était exposer les jours de la malade, ou créer une cicatrice qui serait indubitablement devenue le siège d'une récurrence; elle devait être adhérente dans toute son étendue au grand pectoral, et chaque mouvement du bras devait l'irriter, et l'exposer ainsi à devenir de nouveau malade. Le 4 juin 1836, cette femme fut opérée en présence d'un grand nombre d'élèves.

Par deux incisions semi-lunaires, je traçai l'étendue des tissus que je devais emporter; alors accrochant la tumeur avec les doigts, je l'amenai en avant pendant que je la détachais des parties sous-jacentes. Le fond de la plaie était formé par le grand pectoral mis à nu comme après une dissection; je détachai aussitôt le lambeau supérieur qui fut disséqué de bas en haut dans l'étendue de trois pouces; le lambeau inférieur fut également séparé de ses adhérences dans la même étendue, et tous deux furent amenés par de légères tractions jusqu'à ce que leurs bords pussent se réunir; ils furent retenus dans cette position par de nombreux points de suture entrecoupée, et tout ce côté de la poitrine fut recouvert par des compresses froides.

La malade se coucha sans autre pansement. Diète absolue.

Le pouls devenu fréquent, la figure rouge, la soif

TOME III. 5^e s.

vive, et la tête douloureuse, indiquaient la nécessité d'une grande saignée qui fut faite le soir. La nuit fut bonne, le lendemain matin il n'existait plus aucun symptôme fébrile. Trois jours après j'enlevai les points de suture; la réunion était formée dans toute l'étendue de la plaie. Ici comme dans toutes mes opérations, je n'avais placé aucune ligature; j'emploie exclusivement la torsion des artères, ce qui me permet de tenter des réunions immédiates, ou d'autres doivent laisser supputer les plaies.

Jusqu'à ce jour, la malade s'est bien portée et il ne s'est manifesté aucun symptôme de récurrence.

Ce succès m'enhardit à étendre plus loin ces déplacements de peau, et je pensai à prendre aux parties voisines des tissus pour former l'ouverture, suite de l'opération; j'eus la douleur de voir repousser les germes d'un cancer que j'avais enlevé, et dont la plaie avait suppuré; je fis à cette récurrence l'application de la méthode nouvelle, comme vous pouvez le voir dans l'observation suivante.

CANCER ULCÉRÉ DE LA MAMELLE.

Amputation de la glande.—Plaie livrée à la suppuration.—Récurrence du cancer.—Ablation de la nouvelle tumeur.—Introduction de l'air dans les veines.—Plaie réunie immédiatement par la transplantation d'un lambeau.

M^{me} D** âgée de 54 ans, reçut un coup au sein gauche; immédiatement après il se forma une tumeur dure et non douloureuse; ce calme apparent trompa la malade, qui ne demanda aucun avis; cette affection demeura indolente pendant six années, quand tout à coup, sans cause appréciable, des douleurs lancinantes fixèrent l'attention de M^{me} D**, qui consulta un médecin; on lui conseilla des applications de sangsues, des cataplasmes, des frictions narcotiques, etc., le tout en vain. Un mois après l'apparition des symptômes alarmants, le cancer s'ulcéra, et laissa couler au dehors un pus sanieux, les douleurs diminuèrent et disparurent bientôt; ne souffrant plus, M^{me} D** continua l'usage de cataplasmes, et ne voulut pas se laisser opérer.

Une année après, le retour des souffrances lui fit chercher quelques soulagements; elle vint à la consultation pour avoir un avis; je ne pus que lui présenter l'opération comme seule ressource, la suppliai de ne pas tarder, si elle voulait en retirer quelque avantage. Elle consentit enfin à se laisser débarrasser du mal qui compromettait son existence. Cette tumeur ulcérée, qui avait pris la place de toute la glande mammaire, était volumineuse; je ne pus conserver assez de peau pour réunir immédiatement, et comme la plaie que je venais de faire était très-vaste, je n'osai pas disséquer la peau dans une plus grande étendue pour en rapprocher les bords; je livrai donc cette surface à la suppuration; c'est une grande faute que j'ai commise.

Un mois après l'opération, la plaie était entières

Bull. 10