

rement cicatrisée. Pendant une année, je cessai de voir M^{me} D**, quand un jour elle vint me parler d'une tumeur qui commençait à grandir dans la cicatrice. J'examinai la malade, et je vis avec chagrin que le cancer avait de nouveau jeté ses racines dans le lieu d'où il avait été arraché. Il ne fallait pas hésiter, une nouvelle opération était indispensable, je la proposai avec peine; elle fut acceptée avec résignation et supportée avec courage.

Ne voulant plus m'exposer à une suppuration interminable, je résolus de tenter la réunion immédiate, bien qu'il fut difficile de rapprocher les lèvres de la plaie, à cause de la cicatrice provenant de l'ancienne suppuration, et qui était restée saine dans ses deux extrémités; ma seule ressource était dans la transplantation d'un lambeau, que je devais emprunter sur un côté de la poitrine. Cette nécessité changeait aussi la direction des incisions que je devais tracer pour enlever le mal; voici comment j'opérai. (Pl. II.)

Je fis une incision presque parallèle à l'axe du corps, longue de trois pouces, et commençant à un demi-pouce au-dessus de la tumeur A G; au sommet de cette première incision, j'en traçai une seconde horizontale longue de six pouces et demi AB; une troisième oblique de dehors en dedans, descendant du milieu de l'horizontale vint rejoindre en angle aigu l'extrémité inférieure de la première D C; la tumeur ainsi bornée dans un triangle, fut disséquée. En divisant les tissus, nous entendîmes un bruit comme si l'air pénétrait dans la poitrine par une petite ouverture; je plaçai aussitôt mon poing fermé dans la plaie, la malade pâlit; je retirai le poing pour continuer l'opération, le sifflement se fit entendre de nouveau; c'était l'air qui se précipitait dans les veines. Je replaçai aussitôt le poing dans la plaie, la malade tomba en syncope, et fut couverte instantanément d'une sueur froide très-abondante; je priai M. le docteur Jerome, assistant à cette opération, de vouloir bien tendre les tissus, afin que je pusse continuer la dissection, n'osant plus retirer le poing de la cavité qui renfermait la tumeur, et où le sifflement s'était fait entendre. Enfin la tumeur étant enlevée, les tissus se sont contractés; je retirai le poing, et le phénomène si redoutable ne reparut plus; je taillai alors mon lambeau pour fermer la plaie. De l'extrémité externe B de l'incision horizontale, j'en fis descendre une oblique et par-

rallèle $\frac{A B}{B E}$ et la troisième que j'avais tracée pour

limiter la tumeur; le lambeau disséqué de haut en bas, avait la forme d'un parallélogramme. Il fut déplacé et transporté sur le lieu où la tumeur avait vécu, et je l'y fixai par quatorze points de suture.

La syncope cessa pendant la dissection du lambeau; l'opération étant achevée, je fis coucher la malade, et la plaie fut recouverte par des compresses d'eau froide continuées pendant quatre jours. Diète absolue. Le lendemain, je dénouai le point de suture

le plus inférieur, afin de laisser écouler les liquides renfermés dans la plaie. Le troisième jour après l'opération, j'enlevai tous les points de suture; le lambeau était adhérent dans toute l'étendue, la réunion immédiate était complète, linéaire, sans une seule goutte de suppuration. J'avais pu fermer entièrement la plaie, parce que j'avais arrêté l'hémorragie par la torsion et non par les ligatures des artères. Je cessai tout pansement, excepté quelques compresses froides dont je recommandai l'usage. Cette plaie qui avait plus de huit pouces d'étendue, fut fermée en trois jours; le cancer n'a plus reparu.

MM. les professeurs Lombard et Vottem ont vu la malade quelques jours après l'opération, et ils se sont assurés de l'entière réunion du lambeau.

§ IV.

Les opérateurs ont été découragés par cette continuelle reproduction du cancer aussi fréquente aux lèvres qu'au sein, de sorte que c'est avec peine et presque sans espoir, que l'on porte le couteau dans un organe ruiné par cette affection. Ces idées sont professées dans nos universités avec une conviction d'autant plus grande, que l'on a souvent l'occasion d'en démontrer la vérité par le nombre des récidives, car jamais on n'a fait dans les cliniques une seule transposition de lambeau, l'autoplastie n'y est jamais pratiquée; nous ne voulons pas ici rechercher les causes de ce dédaigneux abandon de la part des hommes qui, par leur position, doivent être au niveau de l'art qu'ils sont officiellement chargés d'enseigner. C'est avec crainte que j'abordais un cancer, dominé que j'étais par les idées de mes premiers maîtres. J'étais convaincu que l'opération que j'allais pratiquer n'était qu'un palliatif bien cruel. Les récidives suivies de mort que j'ai vues depuis dans ma pratique, m'ont souvent attristé en me prouvant l'insuffisance de la chirurgie.

Voici deux observations dont la fin malheureuse avait fait sur mon esprit une telle impression, que j'ai hésité longtemps avant d'amputer encore des cancers.

CANCER DES ORGANES GÉNITAUX.

Extirpation du mal.—Plaie traitée par l'eau froide; cicatrisation rapide.—Récidive suivie de mort.

M^{me} **, âgée de 53 ans, souffrait depuis plusieurs mois d'une vive douleur à la vulve: elle se confia aux soins de M. le docteur Desaiève. Ayant examiné les parties malades, il prescrivit un traitement qui apporta quelque soulagement. Quelque temps après, la vulve devint dure, elle acquit un volume assez considérable, et en peu de jours, elle fut couverte par une grande ulcération.

M. le docteur Desaiève crut que la chirurgie pouvait seule arrêter une telle désorganisation, et sur sa recommandation cette dame me fit appeler.

Voici quel était l'état des organes lorsque je les exa-

minai: Une tuméfaction rouge donnait aux grandes lèvres un développement extraordinaire; en les écartant, on voyait à leur réunion au-dessus du méat urinaire une masse granuleuse qui avait englobé le clitoris; il s'en écoulait un liquide sanieux et d'une odeur insupportable; cette granulation proéminente, ulcérée, était grande comme une pièce de cinq francs à sa partie antérieure, et se terminait en pointe longue d'un pouce et demi vers la petite lèvre gauche.

Le seul moyen d'avoir raison dans la lutte qui allait s'engager était de déraciner le mal pour le dompter et le détruire. Je proposai une opération qui fut acceptée avec joie par la malade qui espérait une fin à ses maux, et par moi qui ne voyait pour elle d'autre chance de vie; l'avenir prouva combien tous les deux nous avons été cruellement déçus.

Je pratiquai l'opération suivante en présence de MM. les docteurs Lombard, Desaiève et Mottard.

Une incision en demi-lune sépara la partie inférieure du mal des tissus sains. Je fis une seconde division, plus allongée que la précédente, pour isoler entièrement la tumeur; alors l'ongle de l'indicateur gauche introduit dans la plaie inférieure servit de guide et de soutien au bistouri, pendant que la pulpe du doigt plaçait le canal de l'urèthre à l'abri des atteintes de l'instrument. Cette dissection fut longue et difficile; bien que la lumière fut portée sur ce triste tableau par des bougies, les replis de la membrane muqueuse projetaient des ombres qui, avec le sang provenant de la plaie, obscurcissaient les points sur lesquels devait agir mon scalpel.

La tumeur fut enfin enlevée. Les assistants purent s'assurer de l'intégrité du canal de l'urèthre disséqué dans la plaie.

La malade fut placée dans son lit et la plaie fut recouverte avec des compresses trempées dans l'eau froide. Une saignée de douze onces fut faite dans la soirée et la malade dormit une partie de la nuit. Le troisième jour, la suppuration commença à s'établir, la plaie, d'un rouge vermeil, se couvrit de granulations qui bientôt s'affaissèrent en se resserrant; la cicatrisation se faisant sans obstacle, elle fut complète cinq semaines après l'opération.

Nous pensions la malade guérie quand tout à coup les douleurs lancinantes vinrent nous avertir qu'il se faisait une nouvelle désorganisation dans la profondeur des tissus; elle ne tarda pas à se montrer au dehors. Une ulcération blafarde exhalant une odeur semblable à celle qui avait existé avant l'opération, ne laissa plus l'espoir d'un doute sur la nature du mal qui reparaisait.

Une seconde opération n'était plus possible; après avoir traîné une misérable existence, cette malheureuse succomba dévorée par cette horrible affection.

Pouvait-on éviter cette récidive? Je penche pour l'affirmative, maintenant que nos expériences ont démontré la puissante action des lambeaux trans-

posés; je pouvais opposer au mal un obstacle qui aurait arrêté son retour.

C'est en 1835 que j'ai opéré cette dame; votre travail (1) sur les transplantations venait à peine de paraître en Allemagne, nous ne connaissions pas encore les migrations que vous imposiez à vos lambeaux dans la cavité buccale pour guérir les fentes du palais. C'est là mon excuse, Monsieur, sinon j'aurais déplacé la muqueuse de la vulve ainsi que la peau extérieure pour les réunir et fermer la plaie si vaste que je venais de faire. Je n'ai pas eu jusqu'à ce jour l'occasion de pratiquer une semblable transplantation, mais je la conseille fortement parce qu'elle a réussi dans d'autres régions où il y avait des membranes muqueuses à réunir à la peau.

AMPUTATION DE LA LÈVRE INFÉRIEURE.

Le nommé Durand, du Condroz, portait un cancer qui avait détruit toute la lèvre inférieure. La mâchoire était restée intacte. Je fis amener le malade dans l'amphithéâtre de l'école, et, en présence de messieurs les élèves, j'enlevai le mal par le procédé suivant:

Une incision en demi-lune partant d'une commissure des lèvres passant sur le menton fut terminée à la commissure opposée, et quelques coups de bistouri détachèrent entièrement la tumeur.

Cette perte considérable de substance, fut diminuée par des points de suture qui rapprochèrent les bords de la peau jusqu'à la racine des dents inférieures. Bien qu'elle fut abondante, l'hémorragie nous inquiéta peu; les artères divisées furent tordues et l'écoulement du sang fut arrêté.

Le malade fut reconduit à son lit, on couvrit la face de compresses froides, le soir on pratiqua une grande saignée, les compresses furent continuées pendant trois jours, époque où j'enlevai les points de suture; la réunion était consolidée dans toute l'étendue de la plaie.

Le malade sortit guéri le dixième jour. Le mal reparut six semaines après; il fut opéré de nouveau à la campagne où il est mort des suites de son affection.

§ V.

Dans votre ouvrage, si riche d'expériences, vous avez décrit un procédé opératoire pour agrandir l'ouverture de la bouche dans les cas de stricture considérable; ce qui a particulièrement fixé mon attention dans cet exposé, c'est la manière dont la membrane muqueuse a été conservée pour recouvrir le bord labial. Ce fait que je connaissais, me fut rappelé d'une manière bien vive un jour que je vis Dupuytren extraire un cancer de la joue; pour enlever la tumeur, il dut la détacher de la membrane muqueuse où elle adhérait, et lorsque le mal fut

(1) Chirurgische Erfahrungen.

emporté nous pûmes sentir la membrane muqueuse de la bouche réduite à sa seule épaisseur, elle avait été épargnée dans les envahissements destructeurs de la maladie; quelque temps après cette opération, M. Lisfranc publia un mémoire sur les cancers superficiels que l'on croyait profonds.

Cet écrit me fit impression et je me proposai de mettre à exécution les préceptes de ce grand chirurgien sitôt que l'occasion se présenterait.

Ayant fait quelques expériences sur des chiens vivants, je vis que l'on pouvait avec facilité détacher des parties sous-jacentes toutes les membranes muqueuses; ainsi, sur plusieurs sujets, j'isolai entièrement la membrane muqueuse labiale, qui fut attirée au dehors comme un sac entièrement libre. Lorsque l'on a fait l'incision sur les lèvres et que l'on a disséqué la muqueuse dans l'étendue d'un quart de pouce, on peut achever la séparation avec l'extrémité du manche du scalpel.

J'ai profité de cette disposition anatomique si précieuse dans un cas que je rapporterai tout à l'heure. Après avoir enlevé un cancer qui était enfoncé dans l'épaisseur de la lèvre inférieure, et ayant eu soin de conserver la muqueuse labiale, j'amenai un lambeau cutané et je le fis souder sur la muqueuse elle-même, qui fut renversée en dehors pour former le bord rosé de la lèvre.

Voici cette opération :

CANCER DE LA LÈVRE INFÉRIÈRE.

Amputation. — Déplacement d'un lambeau cutané. — Guérison.

La femme M** vint à Liège dans le mois de mai 1836, pour se faire guérir d'un cancer qui rongait sa lèvre inférieure. Après avoir été examinée par M. le docteur Desaise, elle vint se confier à mes soins. L'amputation de cette dégénérescence était le seul remède à ce mal. Je lui proposai une opération qui devait être longue et pénible à supporter par les difficultés d'exécution; elle accepta avec empressement.

La tumeur avait germé dans l'épaisseur de la lèvre et son accroissement s'était fait en écartant ses parois, de sorte que la membrane muqueuse restée intacte avait abandonné les couches sur lesquelles elle reposait; la tumeur en augmentant de volume avait porté en haut et en avant son action désorganisée: le bord libre de la lèvre ulcérée fournissait un liquide sanieux et fétide. Cette ulcération avait l'étendue de deux pouces en travers et de $\frac{3}{4}$ de pouce en hauteur; la tumeur indurée descendait jusqu'à la ligne transversale du menton.

Après avoir reconnu l'état des parties, et m'être assuré de l'intégrité de la muqueuse, je fis l'opération suivante en présence d'un nombreux auditoire dans l'amphithéâtre de l'école. (Pl. II.)

J'ai commencé par une incision transversale A C sur le bord muqueux de la lèvre, et passant der-

rière la tumeur. L'écoulement du sang qui fut très-abondant me gêna beaucoup. Après avoir fait tenir par un aide une éponge trempée dans l'eau froide sur la lèvre incisée, je pus continuer. Une incision courbe fut dessinée de la commissure labiale A jusqu'au point B. Une seconde incision fut tracée de l'autre commissure C jusqu'au point D. La tumeur fut ainsi entièrement isolée et je réussis par une dissection attentive à la détacher de la membrane muqueuse qui fut laissée à nu dans toute son étendue.

Cette membrane muqueuse fut fixée par des pinces à dents de souris, afin de la tendre pour la détacher de ses adhérences aux gencives. Cette dissection est d'une grande importance, parce que l'on augmente ainsi l'étendue du lambeau muqueux, et l'on active le travail de cicatrisation en contraignant les tissus à chercher un sol où ils puissent prendre racine et puiser leur nourriture. C'est seulement après avoir ainsi préparé le terrain que j'ai taillé le lambeau pour le greffer sur la face saignante de la muqueuse.

M. le docteur Laurent, placé derrière la malade et chargé de maintenir la tête, la renversa pour présenter l'espace intermaxillaire où l'emprunt fut fait. Un des côtés du lambeau fut décrit par une incision à convexité extérieure conduite du point F au point G. Une seconde du point G au point H traça la forme que devait avoir le bord libre de la lèvre, et enfin une troisième incision moins longue que les précédentes limita l'étendue du lambeau. Comptant sur une rétraction d'un tiers, je lui avais donné deux pouces de largeur. Les parties latérales de la plaie produites par l'extirpation du mal furent détachées de l'os maxillaire dans l'étendue d'un demi-pouce, comme s'il se fut agi de faire l'amputation de la mâchoire. C'est alors que j'ai ramené le lambeau dans le lieu où il devait se créer une vie nouvelle. Jusque-là, le pédicule fournit à sa nutrition. La disposition des incisions permit de le placer dans la plaie sans lui faire subir une torsion, mais seulement un mouvement de bas en haut. Ce résultat avantageux est dû surtout à une incision supplémentaire B E. Le pédicule I F, large d'un demi-pouce, renfermait assez de vaisseaux pour ne pas compromettre la vie du lambeau. Les sutures furent alors placées.

Il est important de commencer la réunion par la plaie faite par l'emprunt des tissus cutanés. En rapprochant les bords de cette plaie, on forme un plan solide qui soutient le pédicule et le maintient en place; c'est une chose assez remarquable de voir le lambeau, s'il n'est pas soutenu par dessous, chercher à descendre en entraînant avec lui la membrane muqueuse. Cet inconvénient est facilement évité par les fils que l'on place dans la plaie de l'espace intermaxillaire. La peau de cette région si lâchement attachée qu'elle soit aux parties voisines, ne permet pas une réunion immédiate, c'est en vain que l'on essaie de mettre ses lèvres en contact, on détermine des douleurs vives par la com-

pression de la peau sur la mâchoire, et l'on déchire les téguments par les sutures trop tendues; il faut se contenter de diminuer la surface de la plaie. Le lambeau destiné à corriger la difformité est avec les autres tissus dans les rapports suivants: Le point G vient au point A, le point H au point C, et le point I au point F.

La membrane muqueuse qui avait été conservée avec tant de soins, fut ramenée sur le bord supérieur du lambeau, renversée en dehors et cousue par six points de suture entrecoupée; les autres côtés furent attachés par un très-grand nombre de nœuds.

Lorsque le lambeau fut entièrement détaché, il pâlit, se roula sur lui-même, perdit un tiers de son étendue et devint froid. Ce sont du reste les phénomènes que l'on remarque presque chaque fois que l'on détache un morceau de peau.

Cette opération fort longue fut achevée sans une grande perte de sang et supportée avec un grand courage. Le malade fut couché, et l'on couvrit la face avec des compresses froides. Dans la soirée le pouls était plein, la peau très-chaude, la tête fort douloureuse. On fit une saignée d'une livre qui apaisa les douleurs et rendit du calme.

Le lendemain matin, la fièvre était aussi forte que la veille au soir, la saignée fut répétée, les compresses froides furent continuées, mais on en appliqua également sur la tête; la malade prit de la limonade froide et fut soumise à une diète absolue; le lambeau se tuméfia, devint rouge et luisant comme s'il avait été recouvert d'une couche de vernis. Je fis avec la lancette un grand nombre de scarifications d'où il s'écoula un sang vermeil. Les compresses froides furent continuées pendant cinq jours; alors j'enlevai les points de suture, la réunion était complète dans toute l'étendue du lambeau, excepté au pédicule où une surface large comme un demi-franc suppura pendant dix jours; la plaie de l'espace intermaxillaire fut entièrement cicatrisée trois semaines après l'opération.

Un mois après son entrée à l'école, la malade partit guérie.

Le peu d'accidents qui résultent de ces vastes déplacements et l'intégrité des lambeaux dépendent du traitement actif qu'on leur fait subir. Dans ces derniers temps MM. Blandin et Roux de Brignolles ont condamné la médication que vous appliquez à vos lambeaux; nous examinerons la valeur comparée des deux opinions dans une autre lettre. Néanmoins je rapporterai un fait qui démontrera avec évidence l'action puissante des évacuations sanguines dans le but de prévenir l'asphyxie des lambeaux.

RHINOPLASTIE.

M. Sotiau, âgé de 34 ans, fut atteint en 1828 d'une ulcération qui dévora la voûte palatine, ainsi que la cloison médiane des fosses nasales, la sous-cloison et la pointe du nez. La force rétractile des cicatrices avait retiré en arrière les ruines de ce

nez, et les retenait dans la profondeur des fosses nasales. L'aspect de cet homme était repoussant; devenu un objet de dégoût pour ceux qui l'entouraient, blessé dans quelques affections de famille, il sentait amèrement la perte de cet organe, lorsque, devenu malade, il fit appeler un médecin qui lui donna le conseil de se faire construire un nouveau nez.

M. Sotiau vint me consulter. Lorsque j'eus examiné ce qui restait de l'ancien organe, je crus que l'on pouvait en former un nouveau, en faisant subir au front une petite perte de substance. Cependant ne connaissant pas le degré des adhérences qui retenaient les parties engouffrées dans les fosses nasales, je dus faire deux plans d'opération; l'un pour reconstruire un nez sur les ruines du précédent, l'autre pour démolir le tout, afin de bâtir à neuf, si les fondations étaient mauvaises. Je dessinai en conséquence sur le front un grand lambeau qui devait me servir pour le cas où le premier plan ne serait pas exécutable, et je traçai le dessin d'un second lambeau plus petit, pour fermer les ouvertures que j'allais pratiquer, si mon second plan devenait inutile.

MM. les professeurs Lombard et Morren, et MM. les docteurs J. Vaust, J. Ansiaux, Brayer et Fourdrin, furent présents à cette opération.

Je fis d'abord une incision transversale pour diviser horizontalement les tissus affaiblis. La douleur causée par le bistouri fut telle, que le malade fut pris d'une syncope et couvert de sueur; après avoir fait sur la tête des ablutions d'eau froide pendant dix minutes, le malade recouvra ses sens, mais la douleur produite par cette incision et la dissection qui en fut la suite, ébranlèrent sa résolution, et il ne voulut plus laisser continuer l'opération.

Certes, dans ce moment, ma position d'opérateur était aussi critique que celle de l'opéré; il fallait continuer contre la volonté du malade, ou l'abandonner dans un état affreux. C'est qu'en effet sa physionomie était hideuse: que l'on se figure une face ouverte par le milieu avec deux lambeaux flottants et poussés en avant par chaque expiration, le sang que sans cesse il expulsait par les fosses nasales, et les yeux abattus par la douleur. Dans cet état, abandonner le malade eût été une faiblesse condamnable; il fallait agir d'autorité sur l'esprit de l'opéré; il fallait continuer de force; c'est ce que j'ai fait. Quand il fut bien convaincu que ses plaintes ne changeraient en rien ma résolution, il s'abandonna entièrement et l'opération fut continuée sans entrave. Il la supporta avec un courage qui ne se démentit plus un seul instant.

La première incision me permit de passer le doigt dans les fosses nasales pour les explorer; je pus alors sentir les brides inodulaires qui avaient renversé en arrière les ailes du nez. Après une dissection longue, pénible et douloureuse, je parvins à les ramener au dehors; j'étais alors fixé sur le

plan de mon opération ; je pouvais me servir du petit lambeau dessiné sur le front et ne faire éprouver à cette partie qu'une perte de substance large d'un pouce et demi. Le bistouri divisa la racine du nez, qui fut disséquée latéralement dans l'étendue de trois lignes de chaque côté, afin de recevoir le pédicule du lambeau. Ce dernier, détaché du front, fut taillé jusque dans le grand angle de l'œil. Je procédai de suite à la réunion de la plaie du front, en ayant soin de ne pas rapprocher le centre que je livrai à la suppuration. Cette plaie fut réduite à la dimension d'une pièce de deux francs ; en faisant d'abord le pansement, l'écoulement du sang était arrêté, et je pouvais commencer à attacher le lambeau, qui fut lavé pour enlever le sang noir qui recouvrait sa face postérieure et ses bords. La face celluleuse ne se couvrit plus de sang lorsqu'elle fut épongée, mais les bords en fournirent une quantité assez grande, ce qui fut cause de quelques retards dans l'opération : je ne voulais pas coudre le lambeau avant la cessation de l'hémorrhagie. Lorsque le lambeau fut détaché, il se contourna sur lui-même et devint blanc et froid ; la sensibilité y fut aussitôt anéantie, et les aiguilles passèrent un grand nombre de fois à travers son épaisseur, sans que le malade pût s'en apercevoir.

La première incision transversale qui avait permis aux ailes de s'écarter, avait changé la forme de la perte de substance : ainsi, au lieu d'un trou formé par l'incision, les ailes en s'avancant laissaient un vide représentant un losange. Je dus alors tailler mon lambeau pour l'approprier à cette disposition, et de manière à conserver une languette assez longue pour établir la sous-cloison ; je fixai la forme de cette dernière en la pliant en deux, de manière à mettre en contact ses surfaces saignantes, qui furent ainsi maintenues par un point de suture. Toutes ces dispositions prises, je commençai la construction du nouveau nez. Le morceau de peau fut appliqué sur les fosses nasales et quarante points de suture entrecoupée furent nécessaires pour fixer le lambeau sur l'ancien moignon. Arrivé à la base du nez, je renversai la sous-cloison pour la coudre dans une incision que j'avais pratiquée à la lèvre supérieure ; cette languette de peau fut attachée par deux points de suture entortillée.

Le malade perdit une très-grande quantité de sang.

J'ai dit que le lambeau avait perdu toute sensibilité : pour bien m'assurer de ce fait, j'enfonçai dans plusieurs endroits la pointe de mon scalpel ; le malade ne s'en aperçut pas. Ce morceau de peau resta pâle et froid jusqu'au point où le pédicule avait subi son mouvement de torsion.

Le malade fut couché, et la tête et la face recouvertes de compresses trempées dans l'eau froide. Un aide fut placé de garde, afin de continuer les lotions d'eau glacée. — Diète absolue.

Deux heures après l'opération, le lambeau se colora et devint un peu chaud.

Six heures après, il avait acquis un volume considérable, et la chaleur s'était de beaucoup élevée : dès ce moment, je fis sur le lambeau l'application d'une nuée de sangsues, et lorsqu'elles furent tombées, on laissa les piqûres béantes, afin de permettre au sang de s'écouler librement. — Continuation des lotions d'eau froide.

Le lendemain matin, je fis de nombreuses scarifications sur le lambeau ; il s'en écoula un sang vermeil. Je répétai ces scarifications de deux en deux heures. — Continuation de la diète et des lotions.

A trois heures après-midi, le pouls était tendu et la face tuméfiée. Je fis pratiquer une saignée de seize onces ; le malade prit un pédiluve sinapisé, pendant lequel on lui versa continuellement de l'eau froide sur la tête et sur la face. Je fis de nouvelles scarifications.

Le lendemain au matin, j'enlevai un point de suture ; la réunion était faite. Pendant la journée, j'en ôtai successivement trente-deux. Enfin le troisième jour, j'enlevai les derniers morceaux de fil. Le nouveau nez était partout adhérent.

Le troisième jour après l'opération, je commençai à avoir de bien vives inquiétudes. Dans la matinée, il était survenu brusquement un érysipèle qui envahissait les deux joues ; le gonflement fut si grand et si rapide que les yeux étaient entièrement cachés par les paupières et formaient deux gros bourrelets. La tête était très-douloureuse, une soif ardente tourmentait l'opéré, le pouls était plein et fortement tendu, la circulation était fort activée et la chaleur du corps avait beaucoup augmenté. Je fis aussitôt pratiquer une grande saignée, et les compresses qui recouvraient la figure furent continuellement arrosées avec de l'eau froide mêlée à l'extrait de saturne. Des bains de pieds sinapisés furent prescrits, ainsi que des ablutions froides sur la tête, pendant que le malade avait les pieds dans l'eau chaude.

La nuit fut assez calme, les douleurs de tête diminuèrent et le malade put dormir.

Le lendemain, on continua la même médication ; la soif n'était plus aussi ardente, l'opéré buvait l'eau froide avec un plaisir extrême : un lavement d'eau de lin provoqua une selle, et bientôt tous ces symptômes effrayants disparurent.

Les joues conservèrent pendant plusieurs jours une couleur jaune mêlée de taches brunes qui ressemblaient à de fortes contusions. Il semblait au premier abord que le malade avait reçu des coups violents qui l'avaient ainsi meurtri.

Je l'abandonnai pendant huit à dix jours.

Corrections.

On a pu voir dans la description du procédé opératoire, que j'avais conservé les restes de l'ancien nez, c'est-à-dire les deux ailerons qui étaient retirés dans l'intérieur des fosses nasales par les tis-

sus des cicatrices. J'avais enlevé en partie ces brides inodulaires, mais livrées à la suppuration, ces parties internes ont de nouveau été ramenées en arrière, moins fortement cependant, parce que le lambeau formant le nez opposait une résistance à cette force de rétraction. Néanmoins, il était resté sur chaque côté du nez deux dépressions longues de quatre à cinq lignes, et larges d'une demi-ligne, qui ôtaient à l'organe la régularité de ses faces latérales. Je crus que le temps des corrections était arrivé, lorsque je vis que les tissus avaient acquis une grande résistance, et que l'engorgement avait disparu. Le 4 novembre, trois semaines après l'opération, je pratiquai la correction suivante : je fis une incision longitudinale sur l'aileron gauche, dont je disséquai toute la peau, en la détachant de son cartilage ; je pus former ainsi un petit lambeau libre et pouvant se soustraire à la puissante action des inodules : j'enlevai ensuite de la cicatrice latérale du nouveau nez une petite languette de peau de six lignes de longueur et d'une demi-ligne de largeur, et je réunis ces parties par trois points de suture. La plaie fut recouverte de compresses froides et le malade soumis à la diète. Pendant la journée, le nez se tuméfia considérablement et fut très-douloureux ; la nuit fut bonne. Le lendemain matin, le malade était très-bien ; mais le soir, il survint un érysipèle avec gonflement, qui colora rapidement toute la face du côté opéré. Je fis faire une application de sangsues sur les bords de l'ancien moignon et sur le nez nouveau, et après leur chute on couvrit la face avec des compresses froides. La diminution des accidents ne se fit pas attendre, et j'enlevai les points de suture deux jours après. Aujourd'hui, Soliau est entièrement guéri, et jouit de tous les avantages d'un organe dont il était privé depuis dix années.

La plaie du front est entièrement cicatrisée, et laisse des traces à peine visibles.

Je devrai faire une seconde correction pour effacer le pédicule.

Il doit vous paraître étrange d'entendre encore élever la voix en faveur de la doctrine adhésive, mais en Belgique les réunionistes sont peu nombreux. Les professeurs Kluykens de Gand et Ansiaux de Liège ont toujours ramené la cicatrisation à la suppuration. Ces hommes d'un grand mérite, ont subi l'influence des doctrines médicales de leur époque : ils ont fait un grand nombre d'élèves qui ont persévéré dans la voie que ces maîtres leur avaient tracée. Aussi c'est là qu'il faut chercher la cause de l'oubli qui a pesé sur l'autoplastie en général.

J'ai publié ces faits, bien qu'ils ne soient pas nombreux : pour avoir de la valeur il suffit qu'ils aient été bien observés, et que des garanties suffisantes témoignent de leur authenticité ; comme il s'agit d'un point de doctrine nouveau, ils seront utiles parce que dans les sciences un fait a une autorité absolue, ils sont l'extension d'une idée que vous avez émise dans vos leçons, c'est pour cela

que je vous les ai soumis. Cette idée générale sera féconde en beaux résultats, et je crois avec M. Blandin qu'une ère nouvelle va s'ouvrir pour la thérapeutique du cancer que le chirurgien peut atteindre.

Liège, mars 1839.

INTRODUCTION

A

L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS,

ET RECHERCHES SUR L'ORIGINE ET LA NATURE DE CETTE MALADIE.

Mémoire présenté à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, dans la séance du 5 novembre 1838 ; par ULYSSE CHEVALIER, Docteur en médecine, Chirurgien-major du 9^e régiment de cuirassiers (armée française), membre de plusieurs Sociétés savantes.

... Chacun met
Sa pierre à l'édifice encore loin du sommet.
VICTOR HUGO.

(Suite et fin. — Voir le n^o de février, p. 37.)

NATURE.

On a donné le nom de *virus*, quelle que soit la source du mal, à un principe de nature inconnue, inaccessible aux sens, propre à l'espèce humaine, qui transmet par le coït ou tout autre contact convenable d'un individu malade à un individu sain, le germe des phénomènes morbides spéciaux.

En se bornant à cette définition, et en ne donnant au virus syphilitique aucun autre rôle, on se trouverait à peu près d'accord avec les médecins modernes qui, rejetant la théorie virulente, n'admettent qu'un principe contagieux ; le nom ne faisant rien à l'affaire. Mais depuis Fernel, qui, pour appuyer sa fameuse distinction des accidents vénériens en *primitifs* et en *consécutifs*, créa cette théorie, presque tous les médecins admirent un virus spécial qui après avoir agi localement, infecte toute la masse du sang, et qui même peut ne révéler son existence que par des signes d'infection générale. On ne peut sans manquer de bonne foi et se refuser à l'évidence, nier que cette théorie ait été longtemps et est encore quelquefois l'expression vraie des faits ; car, sans aucun doute, le virus vénérien étant autrefois extrêmement énergique, ne bornait pas, comme il le fait aujourd'hui, le plus communément du moins, son action aux parties sur lesquelles l'inoculation s'est opérée, et il était loin d'avoir épuisé sa virulence après avoir fait naître quelques symp-