

*Bibliothèque numérique*

medic@

Boyer, Lucien A. H.. - Des diathèses  
au point de vue chirurgical

1847.

*Paris : Imprimerie d'Édouard  
Bautruche*  
Cote : 90975

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

**CONCOURS**

POUR L'AGRÉGATION (CHIRURGIE).

4847.

**THÈSE**

SUR LA QUESTION SUIVANTE :

**DES DIATHÈSES**

Sur les Diathèses au point de vue chirurgical.  
Thèse déposée au Bureau de l'Aggrégation  
à Paris avec l'aval de l'Académie de Médecine  
et l'aval de l'Académie de Chirurgie.  
PAR  
LUCIEN A. H. BOYER.  
D. M. P.



**PARIS,**

IMPRIMERIE D'ÉDOUARD BAUTRUCHE,  
RUE DE LA HARPE, 90.

—  
1847

0 1 2 3 4 5 (cm)

## CONCOURS

### JUGES.

MM. MARJOLIN, Président.

ROUX,  
BLANDIN,  
VELPEAU,  
GERDY,  
MARCHAL,  
CAZEAUX,  
DUBOIS,  
NÉLATON, } Suppléants.

### COMPÉTITEURS.

MM. BOYER.	MM. LACROIX.
DEPAUL.	MOREAU.
DEVILLE.	MOREL-LAVALLÉE.
GUERIN.	RICHET.
JARJAVAY.	SAPPEY.

# DES DIATHÈSES

## AU POINT DE VUE CHIRURGICAL.



## DES DIATHÈSES EN GÉNÉRAL.

Il est assez difficile de donner du mot diathèse une bonne définition sans entrer auparavant dans quelques détails.

L'histoire de l'art nous fait voir que son acceptation a varié avec les théories dominantes en pathologie générale ; d'autre part, on en a fait une de ces expressions usuelles, élastiques, qui se prêtent aux circonstances et qui n'ont plus de mesure exacte le jour où il faut les employer dans la construction de l'édifice scientifique ; enfin, l'étymologie elle-même nous laisse dans le doute sur le véritable sens qu'il convient de lui assigner aujourd'hui.

Le mot diathèse est la traduction littérale du mot grec  $\Delta\iota\theta\epsilon\sigma\varsigma$ , composé lui-même de la préposition  $\Delta\iota\alpha$ , dérivée du verbe  $\Delta\iota\iota\omega$ , diviser, et qui marque

properment le milieu, le travers, et du verbe Τιθειν, mettre, placer, poser, établir. (Burnouf).

La traduction latine *dispositio*, ordre, disposition, arrangement, symétrie, implique déjà une idée étrangère à l'étymologie rigoureuse, et le mot français *disposition* lui-même ayant, une double acceptation et indiquant dans quelques cas une aptitude spéciale, une prédisposition; il en est résulté que le mot diathèse a pu souvent être employé dans ce dernier sens.

« L'observation a fait connaitre que chez un certain nombre d'individus, un organe est beaucoup plus fréquemment affecté que les autres, ou même est le siège exclusif de presque toutes les maladies qui se montrent pendant le cours entier de la vie, ou du moins pendant une ou plusieurs de ses grandes périodes, comme l'enfance, la jeunesse ou l'âge mûr. Chez l'un, c'est le poumon; chez l'autre, c'est l'estomac ou les intestins; chez un troisième, c'est le cerveau qui, suivant l'expression vulgaire, est l'organe faible, c'est-à-dire le plus disposé à recevoir l'action des causes morbifiques. Les partisans de la doctrine de l'irritation avaient proposé de désigner par le mot *diathèse* cette disposition d'un organe à être affecté de maladies quelconques, et ils ont admis ainsi des diathèses pulmonaire, gastrique, céphalique, utérine, etc.; mais dans les écrits de la plupart des médecins et dans le langage usuel de la science, ce mot a une acceptation différente. » (Chomel, *Pathologie générale*).

« Galien emploie ce mot dans le même sens qu'ha-

« *bitus*, ou manière d'être générale. James entend par « diathèse une qualité qu'il est aisé de détruire. Daumont, au mot disposition qu'il traduit en latin par « *diathesis*, entend par diathèse un état dans lequel « notre économie est susceptible de changement en « bien ou en mal, comme de recouvrer la santé si « elle est perdue, d'être atteinte de maladie, si c'est « la santé qui existe, ou d'éprouver un plus grand « dérangement de fonctions, lorsque la maladie est « déjà déclarée. Brown applique le nom de diathèse « à la prédisposition aux maladies. Quelques auteurs « entendent par diathèse un état mitoyen entre la « santé et la maladie, d'autres une maladie qui n'est « pas encore faite, un mal qui est dans son principe, etc., etc. » (*Grand Dictionnaire des sciences médicales.*.)

Toutes ces acceptations me paraissent inadmissibles.

Suivant M. Fréd. Dubois : « Lorsque par l'effet de « causes prédisposantes, il s'est établi dans l'économie « une susceptibilité telle que le développement de la « maladie est immanquable, quelque soit d'ailleurs « l'ébranlement ou la secousse qui, en provoquent « l'invasion, on dit qu'il y a diathèse. »

Pour M. Chomel (*Pathologie générale*). « La diathèse est une disposition en vertu de laquelle plusieurs points de l'économie sont à la fois ou successivement le siège d'affections spontanées dans leur développement et identiques dans leur nature, lors même qu'elles se présentent sous des apparences diverses. »

Le mot diathèse me paraît entraîner avec lui une idée de durée qui n'est point mentionnée dans cette définition et qui, tout en admettant la possibilité d'une certaine évolution graduelle, exclut cependant les affections générales aiguës. Modifiant donc un peu en ce sens la définition de M. Chomel, je dirais :

La diathèse est un état inné ou acquis en vertu duquel plusieurs organes ou plusieurs points de l'économie sont à la fois ou successivement *toujours pendant un espace de temps d'une certaine durée*, le siège d'affections spontanées dans leur développement et identiques dans leur nature, lors même qu'elles se présentent sous des apparences diverses.

La diathèse, d'après cette définition, n'est donc plus une aptitude, une possibilité, c'est un état réel, actuel, existant, inhérent à l'économie qui en est, si je puis ainsi dire, pénétrée ; et cette acceptation, en même temps qu'elle est la plus conforme à l'étymologie, est aussi celle qui me paraît prêter le plus à d'utiles déductions pratiques.

D'après cette définition, il est facile de ne point confondre la diathèse avec ce que l'on appelle le tempérament, la constitution : ces expressions indiquant l'état normal de la santé d'un individu, le degré d'harmonie ou de prédominance de ses différentes fonctions, de ses divers organes ou appareils d'organes, en y comprenant les fluides ; c'est ainsi que l'on admet des tempéraments sanguins, lymphatiques, bilieux, nerveux, athlétiques, une constitution forte, une constitution faible, conditions organiques qui influent

assurément sur la nature des maladies auxquelles l'individu peut être sujet, sur leur forme, sur leur marche, etc., mais qui en sont distinctes, séparées, qui existent sans elles, qui ne les préjugent pas.

La prédisposition et la diathèse doivent-elles être confondues comme les auteurs du *Compendium de médecine* paraissent avoir quelque tendance à l'admettre ? « On donne ce nom de prédisposition, disent-ils, à une modification survenue dans l'organisme par l'action plus ou moins prolongée d'un certain nombre de causes que l'on appelle prédisposantes, modification qui précède et prépare le développement de la maladie. Il faut, pour que celle-ci éclate, l'intervention d'une autre cause appelée occasionnelle... Entre la cause occasionnelle et la prédisposition la différence est tranchée, mais il ne nous semble pas qu'il en soit de même entre la diathèse et la prédisposition. On a dit : *La diathèse a un sens plus restreint que le mot disposition*. Mais qui voudrait se décider, d'après une nuance si délicate ? On ajoute : « *La prédisposition exige pour manifester ses effets, un concours d'autres causes occasionnelles ; la diathèse, au contraire, et c'est un caractère qu'il est important de signaler indépendamment de toute cause occasionnelle, développe ses effets à des époques différentes de la vie ; une fois que la diathèse existe dans l'organisme, qu'elle nous ait été transmise par la voie de l'hérédité ou qu'elle ait été le résultat de causes variées qui viennent agir sur nous et modifier notre organisme ; qu'importe ? elle est*

“ suivie du développement des maladies qui lui correspondent. (Nonat.) « Malgré les efforts qu'a faits M. Nonat pour arriver à une distinction véritable entre la diathèse et la prédisposition, il ne nous semble pas y être parvenu, ce qui tient à la nature des choses. » (*Compendium de médecine*.)

Néanmoins, il me paraît possible de poser encore quelques principes qui concourent à différencier, la prédisposition de la diathèse.

La première est antérieure à la maladie et peut exister sans que la santé soit encore atteinte. La seconde est déjà un état morbide.

La prédisposition peut se rattacher à toute espèce d'affection locale ou générale, de longue durée, ou passagère. La diathèse emporte l'idée d'une affection toujours générale et de longue durée, de nature à se traduire simultanément sur plusieurs points de l'économie, par des lésions identiques ou de même espèce, à se reproduire dans le lieu où elle a siégé d'abord, ou à reparaitre dans un autre point après s'être éteinte dans celui-ci, et cela, en vertu de la seule continuité de l'évolution diathésique et sans nouvelle cause.

Si donc, dans certains cas, elles peuvent exister simultanément, si même l'on peut dire que la prédisposition doit précéder l'établissement de la diathèse, il n'en est pas moins vrai que le sens des deux expressions est distinct et ne doit point être confondu.

Une autre expression que l'on a prise souvent comme synonyme de diathèse, et à l'égard de laquelle

il est difficile d'établir une ligne de démarcation tranchée, c'est celle de cachexie, de *κακός*, *mauvais*, *εἰς*, manière d'être. On applique plus particulièrement cette dernière expression « à l'état de déperissement « qui se manifeste dans la période la plus avancée de « plusieurs maladies chroniques, et surtout du cancer « ou du scorbut, lorsque l'habitude du corps pré- « sente l'aspect particulier à ces affections. » (*Dictionnaire de Médecine*, en 30 vol.)

Dans l'usage habituel, le mot cachexie indique une altération générale des solides et des fluides, déjà profonde, avancée, manifeste, tombant sous les sens, et se terminant ordinairement par la mort. La cachexie est donc le dernier degré, l'effet complet de la diathèse qui doit en être considérée comme le point de départ ou comme la cause.

Si, après avoir cherché à spécifier le sens des expressions et la valeur réelle que nous devons leur attribuer, nous nous posons la question de savoir en quoi consistent physiquement les diathèses, et si leur admission dans la science n'est pas une de ces hypothèses, imaginées par l'esprit humain pour systématiser un certain nombre de faits dont la véritable explication lui échappe, nous avouerons que les diathèses constituent souvent un état latent, inaccessible à nos moyens d'investigation, que nous pouvons tout au plus soupçonner, tant qu'elles ne sont pas traduites au dehors par des phénomènes sensibles, et dont nous ne pouvons le plus souvent avoir une connaissance positive que lorsque leurs effets

viennent à se manifester. Mais nous remarquerons avec M. Alquié de Montpellier que, « les virus, les « miasmes et beaucoup d'autres causes de maladies « réputées chirurgicales, demeurent latents pendant « un temps quelquefois très long : qu'il peut donc « exister des lésions internes sans autre manifestation « chez des individus dont l'extérieur offre tous les « caractères de la santé. »

On a distingué les diathèses en congéniales ou héréditaires et acquises. Cette classification est importante, car elle trouve des applications directes dans la pratique, mais elle fournit matière à une discussion qui ne peut s'appliquer à toutes également, et que je dois par conséquent ajourner jusqu'après leur énumération. Il en est de même de leurs causes ou des circonstances qui déterminent leur production, de leur durée, de leur marche, c'est-à-dire de leur tendance à s'aggraver, à s'amender, ou même à s'éteindre spontanément, ce qui se voit pour quelques-unes d'entre elles, et enfin de leur curabilité.

Je n'oublierai pas d'ailleurs que je n'ai point à faire l'histoire complète des diathèses, et que je ne dois les envisager que sous le point de vue chirurgical. Si j'ai donné quelque développement à la discussion que comportait la définition du mot diathèse, c'est qu'elle constituait la base de ce travail.

Ces expressions, *au point de vue chirurgical*, m'autoriseront à négliger plusieurs des espèces de diathèses admises par les auteurs, mais dont l'étude n'offre guères d'application qu'à la pathologie in-

terne et à la thérapeutique médicale; et d'autre part je dérogerai peut être aussi quelquefois à la rigueur de ma définition pour indiquer l'influence que peuvent avoir sur la chirurgie certains états généraux que l'on range ordinairement parmi les diathèses: cherchant ainsi à me conformer à l'esprit de ma question et à remplir, autant qu'il pourra dépendre de moi, le cercle de ses applications pratiques.

### DES DIATHÈSES EN PARTICULIER.

D'après les différentes définitions qu'ils ont successivement adoptées, les auteurs ont établi un nombre variable de diathèses; leur énumération formerait un assemblage bizarre de conditions disparates, n'ayant ensemble aucune espèce d'analogie, ainsi qu'on peut le voir par l'indication suivante, extraite du *Compendium de médecine*.

« Diathèses scrophuleuse, cancéreuse, arthritique, syphilitique, vermineuse, tuberculeuse, gangrèneuse, hydropique, inflammatoire, gastrique, atonique, muqueuse, catharrhale, bilieuse, typhoïde, périodique, spasmodique, ataxique, virulente, varioleuse, anévrismale, variqueuse, laiteuse, nerveuse, osseuse, rachitique, graveleuse, hémorragique, purulente, mélancolique, ulcéreuse, etc. »

Si l'on veut donner quelque attention à cette longue liste, on s'apercevra aussitôt qu'un grand nombre de ces prétendues diathèses ne se prêtent en aucune façon à la définition que nous avons adoptée et ne doivent par conséquent pas nous occuper. D'autres ne présentent aucun rapport avec la pathologie et la thérapeutique chirurgicales. Quelques-unes séparent des états morbides qu'il est plus rationnel de réunir; aussi ne m'arrêterai-je qu'aux espèces suivantes, savoir : *cancéreuse, syphilitique, scrofuleuse, rachitique, tuberculeuse, herpétique, inflammatoire, purulente, gangrénante, hémorragique, scorbutique, anévrismale, variqueuse, érectile, rhumatismale, goutteuse, calculeuse, osseuse et parasitaire*, dont je vais chercher à indiquer les caractères généraux et à déduire les considérations chirurgicales qui me paraissent en découler naturellement.

#### *Diathèse cancéreuse.*

La plus importante des diathèses que je dois étudier, et sous le rapport de sa fréquence, et sous celui des discussions qu'elle a soulevées, discussions dont la solution définitive se fera peut-être longtemps encore attendre, c'est la diathèse cancéreuse.

Sans entamer ici l'étude de l'anatomie pathologique, du cancer, étude que ne comportent pas les limites de ce travail, je ne puis me dispenser de relater les deux

opinions contradictoires qui partagent les plus hautes autorités de la science, au sujet de l'étiologie des affections cancéreuses.

« Les médecins, depuis des siècles, ont sur le cancer des opinions diamétralement opposées ; les uns attribuent cette maladie à un principe morbifique préexistant, à une diathèse constitutionnelle que ne peut détruire l'extirpation de la partie envahie la première ; bien plus, dans leur opinion, après l'enlèvement de l'organe que le vice cancéreux s'était choisi pour pâture, il se répand avec plus de furie dans le reste du corps, y cause d'affreux ravages et accélère la mort.

« D'autres médecins nient cette diathèse primitive ; pour eux, le cancer est une maladie locale d'abord, et si elle devient constitutionnelle, si elle se reproduit après l'extirpation, c'est que le principe morbide s'est étendu par infection à toute l'économie.» (Leroy d'Étoiles).

Une troisième opinion admet que dans certains cas l'affection, primitivement locale, peut, avec le temps, déterminer la diathèse générale, mais que, d'autres fois, la diathèse générale préexiste, et que les premiers phénomènes locaux qu'il est possible d'apprécier n'en sont que la manifestation plus ou moins tardive.

Il n'est pas possible de séparer entièrement l'étude de la diathèse cancéreuse de celle de l'étiologie du cancer, quelque obscure et incomplète que soit encore cette étiologie. Parmi les causes prédisposantes dont

on peut lire l'énumération dans les traités spéciaux, l'hérédité et les violences extérieures, contusions ou irritations prolongées, méritent surtout de fixer quelques instants notre attention.

On n'a point observé que la constitution eût d'influence spéciale sur la production du cancer, et les expériences directes tentées dans le but de reconnaître si elle peut être déterminée par la contagion, de quelque façon qu'elles aient été modifiées par Dupuytren, Biett, Alibert, etc., n'ont fourni que des résultats négatifs.

La discussion relative à l'influence de l'hérédité et des irritations locales est importante; en effet, il y aurait des présomptions sérieuses pour supposer que la diathèse doit être congéniale ou primitive, si l'hérédité pouvait être constatée; ces présomptions seraient en sens inverse dans le cas où le cancer se serait développé consécutivement à une cause occasionnelle directe. Ces deux propositions, il est vrai, n'ont rien d'absolu; elles ont cependant une valeur relative dont il est rationnel de tenir compte.

L'hérédité du cancer a été niée; Bayle et M. Cayol la regardent comme douteuse; M. Roux est plus explicite: « Le cancer, dit-il, est toujours une affection « locale dans son principe; il n'est pas vrai, comme « on l'a cru, au contraire, pendant longtemps, qu'il « doive son origine à un vice préexistant dans l'éco- « nomie: aussi, tout ce qui a été dit de son dévelop- « pement sous une influence héréditaire, n'est point « applicable à lui-même, mais seulement aux altéra-

« tions organiques qui le précèdent, et particuliè-  
« ment au squirre, celle de toutes à laquelle il survient  
« le plus facilement.» (*Mélanges de chirurgie*, 1809).

L'hérédité est cependant généralement admise, et des faits nombreux viennent constater sa réalité; d'ailleurs, l'opinion négative de M. Roux n'est point aussi explicite qu'elle peut le paraître au premier abord, puisqu'elle admet que le squirre, comme point de départ du cancer, peut être héréditaire.

Dans les cas où la diathèse cancéreuse n'est point héréditaire, elle est nécessairement acquise, et sans aller aussi loin que M. Récamier, qui dit: « Certains organes, tels que les seins, les testicules, et divers nœvus, présentent constamment en incubation une susceptibilité cancéreuse, en vertu de laquelle personne ne peut se flatter d'être à l'abri d'un cancer, qui peut se développer par des causes accidentelles, ou même par le seul progrès de l'âge;» (*Traité du cancer*) il faut bien admettre que souvent le cancer se développe spontanément. Ceci cependant ne préjuge rien sur la question de savoir si la diathèse est primitive ou si l'altération locale l'a précédée. L'étude des causes du cancer ne nous fournit, jusqu'à présent, que des résultats trop vagues pour que l'on puisse toujours résoudre cette question d'une manière positive. Cependant, en passant en revue celles qui sont admises par les auteurs, on arrive à cette conclusion, que certaines d'entre elles, comme les émotions morales tristes, par exemple, doivent primitivement agir d'une manière générale, et, par conséquent, occasionner la

diathèse avant les phénomènes locaux ; tandis que d'autres, au contraire, doivent agir d'abord localement et ne déterminer la diathèse que d'une manière médiate et consécutive : à cet ordre de causes se rapporteraient plus spécialement celles qui résultent des conditions physiologiques propres à certains organes ; c'est ici l'occasion de revenir sur les violences extérieures et les irritations directes.

On a douté de l'influence des violences extérieures comme causes du cancer ; voici en quels termes s'explique M. Nélaton à cet égard : « On a souvent observé « le cancer sur des organes qui avaient été soumis « à quelques violences extérieures ; plusieurs fois « même, l'apparition de la tumeur cancéreuse s'est « montrée peu de temps après la contusion ; on n'a « point manqué alors d'attribuer la production du « cancer à cette cause. Certes, si les choses se passaient souvent ainsi, personne ne songerait à attaquer « cette conclusion ; mais, il faut bien le reconnaître, « ces cas sont excessivement rares comparés à ceux où « une contusion n'est suivie d'aucun accident de cette « nature. Faut-il donc pour cela refuser toute influence aux violences extérieures ? Nous ne le pensons pas ; mais nous croyons qu'il ne faut voir en « elles que des causes déterminantes qui n'ont agi « qu'en vertu d'une prédisposition, et qui ont fixé le « siège de la maladie cancéreuse. On cite souvent « comme cause de dégénérescences les cautérisations « répétées : ce que je viens de dire des violences extérieures s'applique aux cautérisations. » (*Eléments de pathologie chirurgicale.*)

Quelle que soit l'incertitude qui régne encore sur l'efficacité réelle de ces causes locales ; quelle que soit la tendance des malades à rapporter l'origine de leur affection à une circonstance souvent insignifiante ; une violence extérieure, lorsqu'elle a manifestement précédé le développement local de l'affection cancéreuse, mérite cependant d'entrer en ligne de compte, et peut constituer une présomption de plus en faveur de l'idée consolante que cette affection locale est primitive et n'a point été précédée de la diathèse.

Toute cette discussion est de la plus haute gravité au point de vue chirurgical. En effet, les auteurs qui considèrent la diathèse comme constante, inséparable du cancer, en tirent cette conclusion que toute opération de cancer est inutile ou même nuisible, et l'on ne saurait se dissimuler cette vérité douloureuse, que leur opinion s'appuie malheureusement sur un trop grand nombre de faits. Boyer, sur la fin de sa carrière, si riche d'observations sagement méditées, écrivait cette triste profession de foi : « Notre propre expérience nous force de convenir « que tout cancer qui a été précédé de squirrhe, est « toujours le produit d'une cause interné, et par con- « séquent sujet à récidive. Le temps et de nouvelles « recherches peuvent seuls fixer le degré d'impor- « tance et d'utilité d'une opération si rarement suivie « de succès, même dans les cas qui sont accompagnés « des apparences les plus favorables. Nous observe- « rons seulement, en attendant, que presque tou- « jours, dans la rechute, la maladie fait des progrès

BOYER.

3

« beaucoup plus rapides, et parvient à son terme fa-  
 « tal beaucoup plus promptement que dans le cas où  
 « l'opération n'a pas été pratiquée » (*Traité des mal-  
 ladies chirurgicales*).

M. Leroy d'Etioles, dans deux mémoires présentés à l'Académie royale des Sciences, 20 février 1843 et 18 mars 1844, réunit les élémens d'une statistique nombreuse, qui tend à confirmer cette opinion et finit par conclure : « 1<sup>o</sup> que l'extirpation n'arrête pas la « marche du cancer ; 2<sup>o</sup> que l'extirpation ne doit être « employée comme méthode générale que pour le can- « cer de la peau et des lèvres ; 3<sup>o</sup> qu'il n'y a nécessité « d'extirper le cancer des autres organes, que dans le « cas où des hémorragies produites par les ulcérations « compromettraient la vie des malades. »

Disons cependant que ces opinions ne sont point universellement admises. Nous avons vu quelle est celle de M. Roux à cet égard. Déjà Peyrilhe et d'autres auteurs avaient admis que le cancer peut être primitivement local, et par conséquent curable par l'extirpation ; cette opinion est adoptée par MM. Récamier, Marjolin, Cayol, etc., C'est aujourd'hui celle de la majorité des chirurgiens.

En effet, la question de savoir s'il faut opérer le cancer étant résolue affirmativement par la pratique de tous ou presque tous, il n'est pas douteux qu'ils n'aient reconnu des avantages réels à l'opération ; et, en se rappelant la marche et la terminaison presque inévitable du cancer, les progrès constants de cette affreuse maladie, si l'on considère que l'opération n'est

le plus ordinairement ni difficile, ni très-douloureuse, et que la plaie qui en résulte se cicatrice souvent avec assez de promptitude; on comprend avec les auteurs du *Compendium de Chirurgie*, qu'il peut paraître étrange que l'on mette en question l'opportunité de l'ablation de la partie malade. Pour soutenir cette dernière opinion, on dit que l'ablation d'une tumeur cancéreuse n'est qu'un moyen palliatif opposé à une maladie générale qui persiste, et contre laquelle on ne peut diriger aucun traitement efficace; qu'elle est souvent suivie de récidives, et que celles-ci ont une gravité bien plus grande que la maladie primitive. Mais ne voit-on pas assez souvent, comme nous le dirons plus tard, le cancer ne pas se reproduire? La science fournit des exemples de guérisons radicales de cancer, constatées après dix, quinze, vingt, vingt-cinq, trente ans et même davantage; et tous les chirurgiens de nos jours, arrivés à une longue pratique, pourraient citer des faits plus ou moins probants à l'appui de cette opinion. Sans vouloir entrer dans l'examen des chiffres contradictoires fournis par Alexandre Monro, Scarpa, B. Bell et autres, relativement à la fréquence des récidives, ce qui serait très-difficile en l'absence des faits qui leur ont servi de base, nous pouvons dire qu'il est avéré que l'on obtient un certain nombre de guérisons radicales, quand l'opération est pratiquée dans des circonstances favorables, et avec l'attention minutieuse de ne laisser aucunes *graines* cancéreuses, pour nous servir du langage expressif de M. Récamier. J'en citerai l'exemple suivant :

*Observation.* — Madame P., de Charleville, traitée depuis plusieurs mois pour un cancer au sein qui avait résisté à la compression, vint consulter M. Amussat au mois de septembre 1832. L'extirpation de la tumeur qui occupait tout l'organe parut être le seul moyen que l'on pût proposer, et malgré les graves appréhensions exprimées hautement par M. Récamier, au sujet d'une récidive qui lui paraissait devoir survenir infailliblement, la malade se détermina à l'opération. La guérison était complète au bout de six semaines.

Depuis cette époque, madame P. n'a point été perdue de vue : sa santé s'est améliorée d'une manière sensible, et aujourd'hui encore (juillet 1847), quinze ans après l'opération, il n'y a pas la moindre trace de récidive.

Si l'on conservait quelques doutes sur la nature de la tumeur enlevée, nous ajouterions que la fille de cette malade a été elle-même atteinte plus tard d'une affection analogue, qui a nécessité également une opération : ce qui, en nous permettant de supposer une influence héréditaire, nous paraît corroborer le diagnostic.

Quant à la gravité des récidives, lorsqu'elles surviennent, elles n'accélèrent pas toujours autant qu'on l'a dit, la mort des malades : il en est qui ont pu être soumis à plusieurs opérations et en fin de compte, obtenir une guérison durable. D'autres, sans être aussi heureux, ont dû à des opérations ainsi réitérées une prolongation d'existence de plusieurs années.

Il y a d'ailleurs une distinction à établir entre les récidives : les unes ont lieu sur le siège même du mal primitif, ou sur des ganglions lymphatiques qui sont en rapport direct avec la cicatrice; celles-là sont généralement moins graves que celles qui ont lieu dans des points éloignés ou sur des tissus différents de ceux primitivement affectés. En effet les premières ne dé-

notent pas d'une manière absolue l'existence d'une altération générale; il est possible que le mal n'ait pas été entièrement enlevé, que l'influence de la diathèse n'ait point franchi la barrière en quelque sorte formée par ces ganglions, et qu'elle ne se soit pas encore répandue dans la totalité de l'économie.

Dans une mémorable discussion, M. Roux s'exprimait ainsi à l'Académie royale de médecine, le 26 mars 1844 : « Des guérisons après récidives ne sont pas très rares; pour le sein, j'en ai rencontré deux cas assez remarquables. Mais, en fait de résultats heureux après des récidives multiples et plusieurs opérations successives, ce que j'ai vu de plus remarquable, est d'abord le cas d'une dame que j'ai pu suivre pendant plusieurs années, sans qu'il y eût jamais chez elle de nouvelle apparition d'une affection squirrheuse après six opérations qui lui avaient été faites au sein, je devrais plutôt dire à la région mammaire. Je lui avais pratiqué les quatre dernières; les deux premières avaient été faites par un autre chirurgien. Tout cela avait eu lieu dans un laps de quatre années; dès lors on conçoit que, dans les dernières opérations, je n'avais eu à enlever que des tumeurs peu volumineuses. C'est ensuite celui d'un monsieur à qui M. Boyer, pour une tumeur cancéreuse, plusieurs fois récidivée, qui avait son siège à l'épaule, a fait cinq opérations successives. Je n'ai eu occasion de voir cette personne que quelque temps après la mort de M. Boyer; trois ans s'étaient passés depuis sa dernière opération. La cicatrice était tel-

« lement sensible aux moindres pressions extérieures  
 « et aux moindres frottements, que le malade avait  
 « éprouvé le besoin de la protéger au moyen d'un  
 « petit bouclier en cuir; mais l'œil ni la main n'y dé-  
 « couvraient pas le plus faible indice d'une maladie  
 « nouvelle, » (*Bulletin de l'Académie de médecine.*)

Des faits analogues sont consignés dans la *Médecine opératoire* de Sabatier.

De ce qui précède nous concluons que l'extirpation des cancers est autorisée par le raisonnement et l'expérience, lorsqu'ils se présentent dans des conditions favorables; mais nous est-il possible de préciser ces cas *à priori*, de manière à agir avec une entière certitude? Malheureusement non; et c'est sur cela que se fondent les partisans de l'opinion opposée pour nier que l'intervention de la chirurgie puisse être jamais utile dans le cancer.

Après avoir réuni un certain nombre de cas dans lesquels il se présentait dans les conditions en apparence les plus avantageuses, et dans lesquels cependant l'opération a été suivie de récidive, ils se demandent si le développement ultérieur de l'affection cancéreuse n'est pas la règle, et la guérison une exception, sur laquelle il n'est permis de fonder aucune présomption. A l'appui de cette manière de voir, M. Dubreuil a publié plusieurs observations, et insiste sur celle qui suit:

*Observation.* — Madame D., âgée de 32 ans, d'un tempérament sanguin, mariée, mère de deux enfants qu'elle a nourris, s'appa-

çut il y a six ans, d'une tumeur indolente, mobile, de la grosseur d'une petite noix, et placée sous la peau du sein droit. Madame D. ne peut assigner une cause à sa maladie, dont elle suppose le développement spontané. Néanmoins, malgré un traitement interne rationnel, de fréquentes saignées locales, l'emploi d'applications émollientes, la tumeur fait dans un an des progrès rapides, puis qu'elle égale en volume un œuf de poule.

Inquiète de son état, c'est à Montpellier que madame D., se rend pour réclamer des soins. Dans une consultation à laquelle assistait notre Delpech, il fut unanimement décidé que désormais l'opération devenait le seul moyen à employer. La malade avait conservé sa fraîcheur et son embonpoint, la menstruation n'avait pas cessé d'être régulière, les fonctions s'exécutaient comme dans l'état d'une parfaite santé. Les téguments recouvrant la tumeur étaient sains. En prenant de l'accroissement, elle était devenue adhérente aux parties voisines et offrait une dureté extrême; il n'existe pas d'engorgement dans les ganglions axillaires.

Après quelques jours de préparation, la malade fut soumise à l'opération que je pratiquai. Elle ne présenta aucune circonstance particulière; je n'eus à lier qu'une branche de la thoracique superficielle. La tumeur était renfermée dans un kyste fibro-séreux, qui fut soigneusement disséqué. Il importe de faire remarquer qu'elle n'avait pas son siège dans la glande mammaire que j'entamai, et qui, bien qu'atrophie par la compression, était saine: la tumeur siégeait dans le tissu cellulaire qui sépare les téguments de la glande. L'inspection de la tumeur nous démontre un tissu homogène, d'un blanc satiné, traversé, dans une partie de son étendue, par des zones fibreuses: on ne pouvait y méconnaître les caractères d'un véritable *squirrhe*, qui, soumis à l'analyse chimique, s'est trouvé presque entièrement formé d'albumine concrète. La plaie qui succéda à l'opération fut réunie par première intention. La réaction se maintint dans de justes bornes, quand au dixième jour une métrorrhagie abondante eut lieu et s'arrêta naturellement. Au bout de trois semaines la cicatrisation était achevée;

un cautère fut ouvert au bras, et madame D... retourna dans son pays.

Trois mois s'étaient à peine écoulés que des douleurs profondes et lancinantes se font sentir au pourtour de la cicatrice, qui se déchire et laisse bientôt paraître une masse fongueuse, saignant au plus léger touchement. L'autre sein devient le siège d'une tumeur de même nature que celle enlevée ; les ganglions axillaires sont engorgés, une toux sèche tourmente sans cesse la malade. Quand elle revint à Montpellier, où son médecin ordinaire l'avait renvoyée, lui donnant des espérances qu'il ne pouvait partager, elle était méconnaissable, minée par la fièvre hectique ; les cancers mammaires marchaient d'une manière aiguë ; la peau était sèche, terreuse, on eût dit enfin tout l'organisme infecté d'un virus cancéreux. Mme D... retourna auprès de sa famille, où elle ne tarda pas à expirer après une longue et cruelle crise.

Quel contraste entre la position de la malade au moment où elle vint réclamer les secours de la chirurgie, et trois mois après, quand cette fois l'art ne pouvait plus rien pour elle ! Certes, si des espérances de succès devaient couronner une opération, ce devait être quand nous l'entreprîmes et cette illusion fut partagée par de savants collègues. Tout indiquait ici un mal local ; un kyste enveloppant la tumeur, était comme une sorte d'isoloir préservant de toute atteinte les parties voisines. Et pour dire ici notre pensée toute entière, cette opération regardée comme seul moyen, a activé un mal qui pouvait permettre une longue existence, et a provoqué l'infection générale. (*Clinique de Montpellier, avril 1843.*)

Les adversaires de l'opération ne se sont pas bornés à contester que le chirurgien pût distinguer d'avance les cas favorables de ceux dans lesquels la récidive peut être à craindre : ils sont allés jusqu'à se demander si les cas de guérison n'étaient pas des erreurs de diagnostic, et jusqu'à prétendre que ceux dans lesquels les malades ont guéri à la suite de l'opération, n'étaient

point véritablement des cancers, et conséquemment qu'il était inutile de les opérer, arrivant à cette conclusion, qu'il ne faut jamais opérer, puisque l'opération est inutile dans tous les cas : dans les uns à cause de l'innocuité de la maladie; dans les autres, parce qu'elle est au-dessus de toutes les ressources de l'art et récidivera infailliblement.

Boyer cependant lui-même ne poussait pas jusqu'à ces extrêmes conséquences l'application pratique de son opinion, et en cela, au lieu d'accepter la condamnation d'une logique rigoureuse, il cédait instinctivement à l'impulsion qui porte toujours l'homme de l'art à offrir aux victimes une chance de salut.

Cherchons donc, pour clore cette longue discussion, à indiquer dans quels cas il convient d'agir ou de s'abstenir. Il convient d'agir aussitôt qu'on a reconnu le caractère cancéreux d'une tumeur accessible à nos moyens chirurgicaux ; si l'on différait alors, on laisserait le malade dans les conditions les plus favorables à l'établissement de la diathèse ; on permettrait à la tumeur de se ramollir, de s'ulcérer, de s'étendre à des organes voisins. En thèse générale, on peut dire qu'on aura d'autant plus de chances de guérison radicale, qu'on opérera à une époque plus rapprochée du moment où la tumeur s'est développée, parce qu'alors elle est souvent encore exactement circonscrite, et peut être enlevée en totalité. Néanmoins on a obtenu encore des guérisons de cancer dans des cas qui étaient loin de présenter les conditions favorables que je viens d'indiquer ; ce qui prouve la difficulté d'éta-

blir d'une manière générale la limite entre les cas où il faut s'abstenir, et les cas où il faut agir.

Il est cependant admis par tous les chirurgiens, qu'il ne faut point opérer les cancers, quels que soient d'ailleurs leur siège et leur volume, lorsque les phénomènes de la cachexie sont déclarés. Dans ces cas, en effet, le mal renaîtrait infailliblement, et les souffrances de l'opération ne serviraient qu'à hâter la fin du malade. On doit encore s'en abstenir, lorsque des adhérences ou d'autres circonstances permettent de supposer que l'extirpation complète ne sera pas possible, ou pourra être suivie d'accidents graves. En résumé, d'après M. Littré, dont l'excellent article *cancer* du *Dictionnaire de médecine* nous a été si utile : « Les indications générales sont impossibles à donner : c'est un « calcul à établir entre les forces du malade et les dangers de l'opération. C'est encore un calcul semblable « que l'on doit faire si le malade est fort âgé, et quand « le peu de temps qui lui reste à vivre ne vaut pas la « peine d'être acheté à ce prix. Cependant un grand « âge n'empêche pas absolument l'opération ; cela est « surtout vrai pour le cancer des lèvres, des joues, de la « langue. »

Nous ajouterons, malgré l'opinion de Foubert, qu'il est prudent de s'abstenir, lorsque la maladie s'est développée simultanément dans plusieurs organes. Il faut aussi ne pas opérer lorsque le cancer marche avec trop de rapidité, et surtout lorsque chez un sujet âgé il fait des progrès assez lents pour ne pas porter atteinte à la santé générale.

REVUE

C'est ici le lieu de mentionner que certaines formes [de cancer, que l'on est généralement en usage d'opérer, (je veux parler surtout de l'encéphaloïde des os), paraissent cependant, plus constamment que d'autres, dépendre d'une diathèse et ont une tendance particulière à récidiver.

Une question importante nous reste à examiner. Lorsque les ganglions lymphatiques avoisinant un cancer sont fortement engorgés ou même dégénérés, doit-on se refuser à toute espèce d'opération? Nous ne le croyons pas, car ils constituent en quelque sorte, dans certains cas, une barrière que le vice cancéreux n'a pas encore franchie, et nous adoptons sur ce point les idées développées avec tant de talent par MM. Laugier et Robert; « on doit enlever ces ganglions, à moins qu'ils ne soient profondément placés, au voisinage de vaisseaux ou de nerfs importants; car si leur extirpation devait exposer à des accidents primitifs ou conséutifs, graves ou mortels, il faudrait s'arrêter. »

Sous l'influence de la diathèse cancéreuse, on a vu des plaies simples revêtir un caractère cancéreux : ainsi Le Dran cite le fait d'un malade chez lequel un cautère ayant été appliqué dans le but de prévenir une récidive, les bords se renversèrent, il survint un champignon ayant tous les caractères du cancer (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*). Des faits de ce genre sont rares; cependant il peut être utile de ne pas les perdre de vue et d'en tenir compte.

Jusqu'à quel point l'existence d'un cancer doit-elle contre-indiquer une opération rendue nécessaire par

quelque affection d'autre nature ? On conçoit qu'il ne nous est pas possible de répondre à cette question d'une manière générale et impérative. Les circonstances particulières peuvent seules fournir les éléments d'une détermination.

Une opinion qui a eu cours dans la science admet que l'influence de la diathèse cancéreuse peut rendre les os plus fragiles, avant même qu'aucune altération ne se soit manifestée dans leur tissu et qu'elle peut aussi retarder la consolidation des fractures. La confusion que l'on a faite si souvent entre des cas de cachexie réelle et des cas de simple diathèse a pu contribuer à propager cette opinion. Sans nier qu'elle puisse être exacte quelquefois, nous pensons avec A. Bérard qu'elle a été trop généralisée, et que les faits n'en démontrent pas rigoureusement la réalité.

#### *Diathèse syphilitique.*

M. Chomel n'admet pas la diathèse syphilitique, se fondant sur ce que cette affection n'est pas due à une cause interne, mais bien à l'absorption manifeste d'un virus.

M. Nonat, au lieu de partager cette opinion, considère « la diathèse syphilitique comme hors de doute, ses effets comme palpables, ses conséquences thérapeutiques comme évidentes. » (*Thèse de concours*).

Nous adopterons cette dernière opinion. En effet, rien dans la définition de la diathèse n'exclut la possi-

bilité qu'elle soit due à une inoculation. Nous avons seulement dit que la diathèse consiste en un état inné ou acquis, en vertu duquel certaines manifestations pathologiques de même essence se succèdent pendant une période de temps toujours plus ou moins prolongée.

Or l'évolution syphilitique présente ces caractères de la manière la plus positive, et la faculté héréditaire, que la vérole constitutionnelle possède à un degré si éminent, vient encore corroborer la valeur des motifs qui nous paraissent devoir nous la faire placer au nombre des diathèses réelles.

Tout en admettant qu'un virus particulier est l'élément nécessaire de la diathèse, les pathologistes sont partagés d'opinion sur la manière dont il peut s'introduire dans l'économie; les uns, considérant le chancre comme le point de départ obligé, le phénomène primordial nécessaire; les autres, admettant qu'il partage avec la blennorrhagie la propriété de répandre et de perpétuer cette cruelle affection.

L'affection syphilitique se traduit par un grand nombre de phénomènes variés dans leur forme et dans leur siège, que l'on a depuis longtemps cherché à classer en catégories distinctes, établies d'après l'époque de leur apparition. Ils ont d'abord été distingués en primitifs et consécutifs; mais une observation plus approfondie de leur évolution et de leur nature a motivé depuis la subdivision des phénomènes de la seconde classe en phénomènes secondaires et tertiaires. Les phénomènes primitifs sont, ainsi que je le disais plus haut, suivant les uns, le chancre seulement;

suivant les autres, le chancre et la blennorrhagie. A cette période se rattachent des phénomènes accessoires l'orchite inflammatoire, etc. Quant au bubon, les uns ne le considèrent que comme un accessoire des accidents primitifs, et le rangent dans cette première catégorie; d'autres le regardent comme un indice d'infection, et le placent parmi les phénomènes consécutifs. Ceux qui partagent les phénomènes consécutifs en deux ordres considèrent comme phénomènes secondaires principalement les altérations de la peau, des muqueuses et de leurs annexes, telles que les syphilitides papuleuses, pustuleuses, vésiculentes, squameuses, les ulcérations, etc.; l'iritis syphilitique entre pour eux dans cette catégorie; et comme phénomènes tertiaires d'autres lésions siégeant plus profondément, spécialement sur le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux, les tissus fibreux, et le périoste en particulier, les os, et même la plupart des organes profonds: savoir les douleurs ostéocopes, les périostoses, les exostoses, les tumeurs gommeuses, le testicule vénérien, etc.

Je n'ai ni à donner ici une histoire complète de la syphilis, ni à discuter les questions de doctrines; je ne puis qu'indiquer d'une manière succincte la marche et la variété des accidents qu'elle produit.

L'hérédité de la syphilis est incontestable; il y a cependant une distinction à établir. Un enfant peut contracter un chancre au passage, et éprouver conséutivement toutes les suites de son infection. Nous ne rangeons point ce cas parmi ceux de diathèse syphilitique héréditaire, car il ne fait que reproduire ce qui

se passe dans les cas ordinaires de syphilis contractée.

Suivant une école contemporaine, les seuls phénomènes véritablement dus à une transmission héréditaire de la diathèse syphilitique, sont les consécutifs qui peuvent ne se produire qu'un certain temps après la naissance, et sans être précédés de phénomènes primitifs.

La diathèse syphilitique, par la variété de siège et de forme des lésions qu'elle produit, peut simuler une foule d'affections indépendantes de son influence, et occasionner par conséquent des erreurs nombreuses que le chirurgien ne pourra éviter, que par un examen attentif, et une connaissance précise de cette affection. Il est d'autant plus important de porter sûrement le diagnostic des affections qui en dépendent, que l'art possède des moyens thérapeutiques dont l'efficacité constatée par une longue expérience, permet souvent d'obtenir la guérison d'affections qui, au premier aspect, eussent paru incurables; et dans un grand nombre de cas, après avoir, pendant longtemps, employé les moyens les plus rationnels d'ailleurs, mais ne s'attaquant pas à la nature essentielle de la maladie, on a été assez heureux pour voir le mal s'amender ou guérir, dès que l'on a eu recours à l'emploi du traitement de la diathèse syphilitique.

La difficulté du diagnostic d'une part, et l'efficacité du traitement anti-syphilitique de l'autre, sont deux faits si positifs, que, dans un grand nombre de cas, les chirurgiens les plus expérimentés font de l'essai de ce traitement un élément de diagnostic. En effet, les acci-

dents syphilitiques peuvent simuler un grand nombre de lésions du domaine de la pathologie externe. Sans parler de l'analogie d'aspect que les syphilitides peuvent offrir avec un grand nombre d'autres affections de la peau, je citerai surtout comme exemple le testicule vénérien pouvant être confondu avec le sarcocèle ou la dégénérescence tuberculeuse ; des ulcérations, des indurations syphilitiques avec le cancer. C'est surtout dans des cas de ce genre qu'il est utile de remonter autant que possible à la recherche des phénomènes antécédents, et de reconstituer en quelque sorte l'histoire pathologique du malade. En effet, les recherches faites dans ces derniers temps, pour systématiser la marche et l'évolution de la syphilis, tendent à lui faire perdre ce caractère d'irrégularité qui a fait si longtemps le désespoir de la pratique, et à lui imprimer un cachet de précision qui, en permettant de remonter par échelons, de l'accident actuel au phénomène primitif, fournit à l'observateur un élément à peu près certain de diagnostic dans un grand nombre de cas, dont sans cela, la véritable nature eût été méconnue.

Sans accepter des idées évidemment exagérées sur l'influence de la syphilis, on ne peut cependant pas nier qu'elle n'occupe une grande place dans le cadre nosologique et qu'elle ne constitue une des principales complications d'un grand nombre d'affections chirurgicales. Dans certaines idées, même la scrophule serait souvent la conséquence héréditaire de la syphilis, arrivée à la période tertiaire. Sans nous

arrêter à cette discussion nous établirons seulement, que la syphilis par suite de la diversité d'espèce et de siège des phénomènes qui lui sont propres, peut produire les résultats les plus variés : par suite d'ulcéra-  
tions, des solutions de continuité persistantes, comme des perforations du voile du palais, des fistules, etc., ou des cicatrisations vicieuses, avec oblitération, adhé-  
rence ou rétraction ; par suite de carie, de nécrose ou d'exostose, l'oblitération du canal nasal et la fistule lacrymale, des paralysies, la surdité, etc. ; par l'altéra-  
tion des cartilages du larynx, l'occlusion des voies aériennes et l'imminence de l'asphyxie, etc.

On considère la syphilis comme pouvant retarder la consolidation des fractures. MM. Nicod et Sanson, ci-  
tent des faits dans lesquels la consolidation, retardée, pendant neuf semaines, huit et dix-huit mois, ne fut obtenue qu'après l'usage du traitement antisyphili-  
tique. On oppose la pratique de M. Lagneau qui dit avoir de nombreux exemples de fractures consolidées très promptement, malgré l'existence d'une vérole constitutionnelle. (*Compendium de chirurgie.*) C'est aussi ce qui résulte des observations de M. Ricord.

Les altérations produites par la syphilis peuvent déterminer la nécessité d'une opération, par exemple, la restauration du nez, du voile du palais. Dans ces cas, il ne faudrait y procéder qu'après avoir combattu la diathèse par les moyens convenables et après avoir obtenu la cicatrisation de l'ulcère qui produirait la mutilation. D'autres opérations seraient des opérations d'urgence, la trachéotomie, par exemple, dans le cas

que je citais plus haut, le débridement du phymosis dans le cas de chancre caché sous le prépuce. Il en est donc l'exécution, sans devoir être aussi impérieusement immédiate, devrait cependant avoir lieu avant la guérison de la diathèse syphilitique : je veux parler de l'ablation de certaines tumeurs blanches syphilitiques qui, par leur gravité, seraient de nature à compromettre l'existence du malade; mais il faudrait encore avoir soin, d'insister sur le traitement général.

Le chancre, comme phénomène de transmission, peut s'inoculer par contact aux plaies saignantes qui seraient en rapport avec lui.

A l'époque des phénomènes consécutifs, les plaies ne revêtent qu'exceptionnellement le caractère syphilitique, ainsi que le prouvent, suivant M. Ricord, les nombreuses applications de sanguines et les nombreuses saignées faites à cette période, sans qu'il ait vu jamais survenir d'ulcération syphilitique des plaies. La marche vers la guérison des plaies résultant d'ablations de tumeurs osseuses tertiaires, ne paraît pas être modifiée. On a pu même souvent exciser des amygdales hypertrophiées à côté d'ulcérations secondaires occupant une grande partie du voile du palais, sans que les plaies soient elles-mêmes devenues le siège d'ulcérations.

Les faits et considérations qui précédent suffisent, je crois, pour donner un aperçu de l'importance de la diathèse syphilitique au point de vue chirurgical. Dans un travail dont son étude ne doit constituer qu'une subdivision, il n'est pas possible de développer d'une manière complète toutes les considérations que ce sujet important pourrait fournir.

*Diathèse scrofuleuse.*

Si la diathèse cancéreuse fait tant de victimes dans l'âge adulte et la vieillesse, la scrofuleuse, la rachitique et la tuberculeuse sont certainement les plus communes dans les premières périodes de la vie : ces trois dernières espèces, bien qu'avec des différences importantes que je ne veux point méconnaître, offrent cependant, sous certains rapports, tant de points de contact que je crois pouvoir les rapprocher dans ce travail.

L'affection scrofuleuse généralement admise par la presque universalité des pathologistes, constituée par un groupe naturel d'altérations nées sous l'influence des mêmes conditions, suivant une marche propre et nécessitant un traitement commun, malgré leur apparente diversité, est cependant niée par M. Velpeau. Sans discuter cette opinion, ce qui serait sortir des limites de mon sujet, j'établirai seulement, que cette diathèse est spécialement constituée par un ensemble de lesions, dont les principales sont des engorgements ganglionnaires, des arthrites, des ostéites d'une nature spéciale qui dégénèrent fréquemment en caries ou en tumeurs blanches; des périostites, des abcès, des ulcères, et en outre certaines formes particulières de phlegmasies chroniques des membranes muqueuses de l'œil, du nez, de l'oreille, désignées sous les dénominations d'ophthalmie, d'otorrhée et de coryza scrofuleux.

Les engorgements ganglionnaires, bien que dans certains cas susceptibles de résolution, prennent quelque-

fois le caractère tuberculeux, et cela établit, avec la diathèse tuberculeuse, un point de contact qu'il nous est impossible de ne pas signaler.

L'une et l'autre peuvent également être héréditaires ou se développer spontanément sous l'influence des mêmes causes hygiéniques. Mais une différence importante, c'est qu'il est dans la marche naturelle de la diathèse scrofuleuse de pouvoir guérir à la longue, après avoir passé par certaines périodes, désignées par M. Guersant sous les noms de période d'incubation, de localisation et de dépuration, tandis que les guérisons sont tout-à-fait exceptionnelles pour la diathèse tuberculeuse.

L'art peut favoriser cette tendance de la diathèse scrofuleuse, en soutenant les forces du malade, en modifiant sa constitution par un régime et une médication appropriés, et contribuer ainsi puissamment à sa guérison, tandis qu'il ne peut que placer les malades atteints de diathèse tuberculeuse dans des conditions hygiéniques propres tout au plus, le plus souvent, à retarder la marche de la maladie.

Bien que les individus d'un tempérament lymphatique deviennent souvent scrofuleux, ce tempérament n'est point une prédisposition nécessaire de la scrofule : des individus lymphatiques peuvent ne point devenir scrofuleux, et des individus scrofuleux peuvent ne point avoir été préalablement lymphatiques.

Mais aussi nous avons dit ailleurs que, d'après quelques praticiens, les antécédents syphilitiques des parents pouvaient constituer, pour les enfants, une prédisposition à la diathèse scrofuleuse. Cette circonstance, en permettant de la soupçonner d'avance, four-

nirait quelquefois le moyen de la prévenir par des soins particuliers.

Les débuts de la diathèse scrofuleuse peuvent être insidieux, et souvent on ne la soupçonne qu'à la persévérence de certains accidents, qu'on avait pu d'abord considérer comme peu importants et attribuer à toute autre cause.

Les déductions chirurgicales fournies par la diathèse scrofuleuse sont relatives : 1<sup>o</sup> aux lésions caractéristiques de l'affection ; 2<sup>o</sup> aux affections chirurgicales qui peuvent accidentellement exister sur des individus atteints de diathèse scrofuleuse, affections qui peuvent être modifiées dans leur marche par cette diathèse, et qui, par cette raison, ont besoin que le traitement soit différent de ce qu'il eût été sans cette coïncidence.

A l'égard des lésions propres à l'affection scrofuleuse, il importe de ne point méconnaître la diathèse.

Je n'entrerai pas dans l'histoire détaillée de ces différentes altérations ; je dirai seulement qu'il serait très-inexact de n'y voir que des affections locales, et de baser exclusivement son pronostic et son traitement sur leur seul aspect. Il importe de remonter à leur cause, et celle-ci nous apprend qu'elles sont de nature à présenter une plus longue durée, à se reproduire à plusieurs reprises, à être accompagnées ou remplacées par d'autres affections dépendant de la même diathèse, jusqu'à ce que la maladie en soit arrivée à la période de dépuratio, époque à laquelle la nature commence à faire elle-même les frais d'un travail salutaire. De plus, le traitement local lui-même

doit être modifié et ne peut suffire ; c'est ainsi qu'une ophthalmie scrofuleuse ne sera pas traitée comme une ophthalmie simple, un engorgement scrofuleux comme une ganglionite aigüe, et que dans aucun cas la médication propre à la diathèse scrofuleuse ne doit être négligée. Il y a aussi quelques préceptes particuliers pour l'ouverture des abcès scrofuleux et les soins consécutifs ; mais je ne puis entrer ici dans tous ces détails. Il me suffit d'indiquer de quelle importance il est de ne point méconnaître la diathèse pour diriger convenablement le traitement.

Lorsque les malades ne succombent point à la cachexie scrofuleuse, ils guérissent ordinairement avant l'âge de 20 à 25 ans. Il est très-commun de voir des adultes présenter les stigmates ineffaçables de l'affection scrofuleuse, mais ne plus en offrir de symptômes actuels. Cette curabilité ne doit jamais être perdue de vue.

Une circonstance digne de remarque, essentiellement opposée à ce qui a été si souvent allégué pour le cancer, c'est que la suppression d'une partie profondément altérée par l'affection scrofuleuse, lors même que les signes de la diathèse et même ceux de la cachexie existent, est ordinairement plus avantageuse que nuisible, si le malade a encore la force de supporter l'opération. On voit souvent, en effet, après les amputations de tumeurs blanches scrofuleuses, les engorgements ganglionaires les plus volumineux se dissoudre et la santé générale se rétablir. Ainsi donc la diathèse scrofuleuse n'est point une contre-indication dans ces cas ; elle exige seulement l'observation scrupuleuse de

toutes les prescriptions de l'hygiène et de la thérapeutique générale.

*Observation.* — J. Alavena, âgé de sept ans, issu de parents sains, mais peu aisés, logés comme portiers dans un rez-de-chau-  
sée humide et médiocrement aéré, me fut confié dans les premiers  
jours du mois de septembre 1844, pour être traité d'une tu-  
meur blanche du pied droit. On avait employé contre cette  
maladie, pendant plus d'une année, une foule de moyens. L'en-  
fant, lorsque je le vis pour la première fois, avait la cuisse droite à  
moitié fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse, de telle sorte  
que dans la station le pied se trouvait suspendu, la pointe à 15 cen-  
timètres du sol à peu près. Cette double flexion, dont l'habitude  
était contractée depuis longtemps semblait avoir amené une ré-  
traction permanente des agents musculaires, sous l'influence des-  
quels elle s'était d'abord produite, car ce petit malade ne pouvait  
plus allonger volontairement son membre, et les mouvements d'ex-  
tension, que l'on cherchait à lui communiquer, étaient pour lui une  
cause d'appréhension et de douleur. Les téguments du pied étaient  
décolorés, offraient une teinte d'un blanc mat; une tuméfaction  
générale et considérable occupait la région du tarse, et se prolon-  
geait, en s'effaçant graduellement, sur le dos du métatarsé jusqu'à  
la racine des orteils; supérieurement, elle cessait un peu au-dessus  
de la région malleolaire. Les parties tuméfiées étaient d'une  
consistance pâteuse; il était impossible de percevoir les saillies  
formées naturellement par les différents os du tarse ou par les  
tendons des muscles extenseurs; ceux-ci ne communiquaient aucun  
mouvement aux orteils, le petit malade n'osant se livrer dans ce  
but à aucun effort. En palpant attentivement la région du tarse sur  
de larges surfaces opposées, on sentait une fluctuation profonde, et  
l'on faisait refluer du pus en assez grande abondance vers deux  
ouvertures fistuleuses situées l'une en dedans sous la malléole in-  
terne, l'autre en arrière au côté externe du tendon d'Achille. Ces  
fistules, du diamètre d'une plume de corbeau à peu près, étaient  
tapissées par une membrane veloutée rose, et faisaient saillie en

forme de mamelon au-dessus du niveau de la peau. Un stylet d'argent, introduit par l'une ou l'autre de ces ouvertures, pénétrait d'abord profondément, et finissait par aboutir à un tissu osseux ramolli, friable, se déchirant sans aucun effort sous la pression, et fournissant aussitôt un écoulement de sang assez considérable. Le pied, dans un état de demi-extension sur la jambe, ne pouvait sans douleur être étendu davantage ou fléchi. La jambe du côté affecté présentait un degré d'émaciation avancé, relativement à celle du côté opposé, et un ganglion engorgé, presque du volume d'un œuf de poule, siégeait dans le triangle crural au-dessous du pli de l'aine. Ce ganglion, dur et ne présentant aucune fluctuation, n'était point douloureux au toucher; on n'en sentait aucun autre derrière les parois abdominales. La constitution du petit malade paraissait minée par de longues souffrances et par la suppuration. L'auscultation et la percussion ne me firent reconnaître aucune lésion thoracique; il n'existe point encore de phénomènes fébriles symptomatiques.

Dans cet état, il était impossible de méconnaître une tumeur blanche scrofuleuse déjà avancée, caractérisée par la carie des os du tarse, la tuméfaction et l'altération de tous les tissus fibreux environnans les abcès intérieurs, et d'attendre aucune amélioration autrement que de l'ablation des parties affectées. J'espérai qu'une fois débarrassée de ce foyer, la constitution générale pourrait s'améliorer, et spécialement quela tumeur ganglionnaire de l'aine pourrait se résoudre, lorsque ses afférents aboutiraient à une cicatrice solide, au lieu de correspondre à une lésion de cette gravité.

Désirant soustraire l'enfant, au moins pendant la durée du traitement, aux influences locales qui me paraissaient avoir contribué au développement de son affection, et le placer dans des conditions hygiéniques meilleures, je le fis entrer dans la maison de santé dirigée à Grenelle par M. le docteur Dumont.

L'amputation sus-malléolaire fut pratiquée le 12 septembre. Une guérison complète en a été la suite. Les articulations du membre ont recouvré leurs mouvements. La santé générale s'est entièrement rétablie. L'embonpoint et la fratcheur sont revenus. La gland

de l'aine s'est dissoute. Il continue jusqu'à ce jour à jouir d'une bonne santé. (Juillet 1847.)

A cet égard, et sur plusieurs autres points de pratique relatifs à cette affection, j'exposerai avec quelques détails les opinions qu'a bien voulu me communiquer M. P. Guersant si bien placé pour observer sur une vaste échelle tout ce qui a rapport à la scrofule des enfants.

La distinction établie par M. Guersant père, entre les trois périodes de la maladie, offre ici la plus grande importance. En effet, les suites des amputations sont généralement beaucoup plus favorables chez les enfants arrivés à la troisième période que chez les autres. Il en donne une explication satisfaisante; la nature, faisant déjà les frais d'un travail réparateur, trouve un auxiliaire dans l'opération qui supprime un foyer purulent dont l'influence ne pouvait que contrarier ses efforts. Au contraire, lorsque l'opération a lieu pendant la période d'augment, la maladie continue à suivre sa marche naturelle, malgré la soustraction du membre dont l'affection n'est qu'un symptôme de l'état général. Ainsi donc, sur un nombre égal d'enfants affectés de tumeur blanche, l'amputation, faite dans la troisième période, en sauve beaucoup plus que lorsqu'elle est pratiquée dans la première. Il faut cependant faire une remarque: ces faits ne contre-indiquent pas absolument l'opération dans la première période de la maladie, car nous retrouvons ici, sous une autre forme, la discussion qui s'est élevée entre Faure et Boucher, au sujet des amputations à la suite

des plaies par armes à feu. Il ne s'agit point de savoir si l'on guérit plus de malades amputés à la troisième qu'à la première période, mais, si, sur un nombre de malades donné, soumis à nos soins pendant la période d'augment, il y aurait plus d'avantage pour ceux à qui on laisserait parcourir toutes les phases de la maladie et en courir toutes les chances, afin de ne les opérer que tardivement, que pour ceux que l'on opérerait d'abord. Or, la pratique de M. P. Guersant, dictée par une saine appréciation des faits, est celle-ci : si le malade est dans des conditions sociales qui permettent l'emploi de tous les moyens hygiéniques propres à arrêter les accidents et à hâter la période de dépuraction, il se décide généralement à l'attendre, à moins que l'intensité des phénomènes généraux ne puisse faire craindre l'imminence de complications internes. Dans le cas contraire, il opère, afin de le soustraire au moins à l'influence pernicieuse d'un mal local qui ne peut qu'aggraver les effets fâcheux de la diathèse générale. Il y a d'ailleurs une considération encore importante à noter : chez l'enfant pauvre et privé des ressources hygiéniques que fournit l'aisance, l'exercice est le plus puissant modificateur d'une constitution affectée par la diathèse scrofuleuse. Or l'opération, en mettant le malade dans la possibilité de s'y livrer, lui procure un double bienfait.

A l'égard des engorgements ganglionnaires, il n'y a indication de les enlever par une opération que lorsqu'ils persévérent à l'état d'induration, après la troisième période, et lorsque, par leur siège et leur

volume, ils peuvent être l'occasion de quelque accident sérieux ; du reste, ici les indications ne sont plus relatives à la diathèse, mais bien aux autres conditions que le chirurgien doit apprécier.

Nous avons vu que les tissus osseux, fibreux, dermoïde, muqueux, ganglionnaire étaient plus particulièrement le siège des altérations organiques propres à l'affection scrofuleuse. La diathèse scrofuleuse peut exercer une influence particulière sur la marche des affections accidentelles qui peuvent atteindre quelqu'un de ces tissus et surtout les tissus fibreux articulaires. Ainsi un individu scrofuleux atteint de luxation ou de diastasis, sera par cela même, très gravement exposé à ce que l'influence de la diathèse se concentre sur l'articulation malade, et détermine une tumeur blanche : on conçoit les indications que le chirurgien doit tirer de cette considération.

A l'égard des opérations motivées par des lésions étrangères à la diathèse scrofuleuse, M. P. Guersant n'a pas observé que les suites en fussent sensiblement modifiées ; (on conçoit que je ne parle point ici de l'état cachectique). Quant à la consolidation des fractures, l'observation lui a fourni les mêmes résultats.

#### *Diathèse rachitique.*

Le rachitisme offre, avec la scrofule, le plus grand rapprochement, et ne devrait peut-être point en être séparé. Né dans des conditions identiques, se déve-

loppant sous les mêmes influences, existant souvent simultanément avec elle, et offrant comme elle cette particularité intéressante de sévir surtout sur les jeunes sujets, et de suivre une marche régulière que l'on peut diviser aussi en trois périodes distinctes, dont la première et la seconde correspondent au ramollissement et à l'incurvation des os, et la troisième à leur consolidation ; héréditaire ou acquis comme la scrofule, comme elle, il disparaît avec l'âge, laissant les individus guéris de leur affection, mais atteints de difformité.

L'influence de la diathèse rachitique porte particulièrement sur le tissu osseux. Dans la première période les os sont plus fragiles. M. P. Guersant a souvent rencontré à cette époque des fractures incomplètes ou des fractures sans déchirement du périoste. Pendant cette période aussi, la consolidation lui a généralement paru très sensiblement retardée, mais lorsque la troisième période est arrivée, la solidité des os et le travail de leur consolidation après les fractures ne diffèrent plus de l'état normal.

#### *Diathèse tuberculeuse.*

L'affection tuberculeuse est certainement une de celles qui se prononcent de la manière la plus évidente avec tous les caractères qui constituent pour nous l'état de diathèse. J'ai indiqué quelques analogies qu'elle présente avec la scrofule ; mais une différence capitale siège dans la marche des deux affections : en effet, tan-

dis que pour la scrofule la diathèse finit par cesser, de telle manière que les altérations locales sont susceptibles de cicatrisation, dans la diathèse tuberculeuse, une éruption nouvelle suit presqu'irrévocablement celle qui a précédé, et d'échelon en échelon, le malade arrive à la tombe, plus ou moins lentement il est vrai, selon les influences hygiéniques qui l'entourent, sa constitution, etc., mais d'une manière fatale.

Bien que l'art soit le plus souvent jusqu'à ce jour, impuissant pour le traitement de la diathèse tuberculeuse, elle n'en est pas moins importante à connaître, ne serait-ce que pour la direction des soins hygiéniques et palliatifs : car il ne faut pas oublier que, là où l'on ne peut guérir, on doit encore chercher à prolonger l'existence, et à soulager la douleur.

Mais là ne se borne pas pour le chirurgien l'utilité de cette connaissance ; elle peut souvent lui fournir une donnée précieuse pour le diagnostic d'affections réputées chirurgicales. En effet, cette loi de coïncidence si rigoureusement déduite par M. Louis de l'observation des faits, nous indique souvent la nature d'altérations profondes et inaccessibles à notre exploration directe. Est-il nécessaire de citer un exemple ? Que chez un individu jeune encore, affecté de cette diathèse, il survienne une rétention d'urine, on pourra soupçonner un tubercule de la prostate et le soupçon se changera en certitude si on la trouve dure, volumineuse ; ceci n'est point une supposition créée à plaisir, c'est la narration très-succincte d'un fait dont j'ai été témoin. On pourrait citer de nombreux exem-

uples d'inductions analogues et aussi pratiques. Croit-on que la chirurgie ne puisse pas tirer parti d'un renseignement de cette portée ?

La diathèse tuberculeuse peut aussi entrer comme un élément important dans la détermination que le chirurgien peut avoir à prendre au sujet des affections concomitantes. Il est évident que suivant son état plus ou moins avancé, elle peut constituer une contre-indication plus ou moins impérieuse à une multitude d'opérations. Mais ceci rentre dans la question des contre-indications générales, basées sur la force ou la faiblesse du sujet, et sur l'importance des indications qui peuvent rendre l'opération nécessaire.

Une question entre autres, depuis longtemps controversée, et qui a donné lieu à des solutions opposées, est celle du traitement de la fistule à l'anus chez les individus tuberculeux. Les uns ont vu dans la fistule un exutoire naturel qu'il faut respecter, les autres, la simple coïncidence d'une affection que l'on peut soumettre au traitement ordinaire, en observant les principes généraux relatifs aux indications et contre-indications chirurgicales. Cette question ne me paraît pas pouvoir être résolue d'une manière absolue pour tous les cas particuliers, et je crois que le chirurgien doit se déterminer pour l'une ou l'autre manière d'agir, en tenant compte d'une part, du degré de la tuberculisation, et de l'autre de l'étendue de la fistule et des dégâts qu'elle peut avoir produits.

Une circonstance que l'on ne doit pas perdre de

vue, c'est la tendance presque nécessairement progressive de la diathèse tuberculeuse sur laquelle nous avons déjà si souvent insisté. On considère généralement une grande opération chirurgicale comme pouvant accélérer sa marche, par la commotion générale qu'elle produit et la réaction qui en est la suite : il en résulte que l'on devrait généralement s'en abstenir chez les individus tuberculeux. Cette règle peut cependant souffrir quelques exceptions : ainsi, dans les cas où l'affection n'étant point très avancée, la lésion chirurgicale paraît de nature à accélérer la mort. Dans quelques cas l'opération a paru concourir à retarder l'évolution de la diathèse : ainsi, M. E. Boudet aurait eu occasion de voir trois phthisiques, chez lesquels l'amputation d'un membre aurait fait cesser pour plusieurs années les accidents de consommation. Deux d'entre eux ont fini par succomber à une nouvelle éruption tuberculeuse, mais un de ces opérés, m'a-t-on dit, a paru se rétablir complètement et recouvrer une santé qui paraît à l'abri de toute atteinte : il y a plus de six ans que l'amputation a été pratiquée.

*Diathèse herpétique ou d'artreuse.*

« Dire que certains individus ont une remarquable  
 « disposition organique à contracter certaines éru-  
 « ptions d'artreuses, qui se dissipent dans un point  
 « pour reparaître dans un autre, c'est exprimer un  
 « fait que tout le monde connaît ; dire que ces érup-  
 « tions paraissent souvent liées à une même cause, et

« qu'elles réclament un traitement analogue, c'est encore un fait que personne ne conteste » (*Nonat*).

Comme M. Nonat, j'admettrai la diathèse herpétique, d'autant plus qu'elle se montre souvent sous forme héréditaire.

Cette diathèse n'est pas sans quelque importance au point de vue chirurgical. En effet, on la voit quelquefois compliquer certaines plaies et en retarder la guérison; dans d'autres circonstances, elle constitue presque seule certaines lésions siégeant au voisinage de l'ouverture des membranes muqueuses, auprès de l'anus, par exemple, ou quelques ulcérations du col de l'utérus que l'on ne parvient à guérir qu'en ayant recours, outre les moyens locaux, au traitement propre à la diathèse. Elle peut aussi dans certains cas, contraindre l'emploi des révulsifs cutanés et s'opposer entièrement à l'usage prolongé de cet utile moyen de traitement.

#### *Diathèse inflammatoire.*

Les auteurs admettent une diathèse inflammatoire.

« Si plusieurs phlegmasies telles qu'une péritonite, une pneumonie, une pleurésie etc., se développent simultanément chez le même individu, et si chacune d'elles reconnaît une cause externe manifeste, telle qu'un agent physique ou chimique, nous n'avons pas besoin de recourir à une diathèse pour comprendre leur apparition; mais si les mêmes affections viennent à se montrer sans causes évidentes, on dit alors qu'elles sont dues à une disposition inconnue, à une diathèse » (*Chomel, Pathologie générale*).

Ce commentaire ne me satisfait pas pleinement, et il me semble qu'il y a là quelque confusion entre la diathèse et la prédisposition. Il ne suffit pas en effet, pour admettre logiquement l'existence d'une diathèse, que dans quelques cas particuliers certains phénomènes successifs se développent sans causes évidentes ; il faut encore que les causes habituelles des lésions pathologiques ordinaires soient insuffisantes pour cette explication, en admettant qu'elles aient pu passer inaperçues, ce qui arrive, on le sait, bien souvent. Ainsi un individu prédisposé à l'inflammation, contracte une inflammation sous l'influence d'une cause des plus légères ; cette cause sur tout autre eût été insuffisante, et elle passe inaperçue.

Un autre point important, c'est que dans l'intervalle de l'une à l'autre de ces inflammations, le premier individu était bien portant, ou simplement sous l'influence d'une constitution plus ou moins *disharmonique*, tandis que l'individu affecté de diathèse, est atteint d'un véritable état morbide ; enfin les diathèses, comme nous l'avons fait remarquer en commençant, sont des états pathologiques ayant une marche continue, persistant toujours pendant une période étendue de la vie de l'individu, les unes marchant sans s'arrêter, toujours en avant, sauf des circonstances exceptionnelles très rares, le cancer et le tubercule par exemple ; les autres ayant une progression fixe, déterminée, un augment, un état et un déclin, comme la scrofule ; les unes et les autres produisant presqu'invariablement certaines successions phénoménales.

BOYER.

7

ménales. Or la prétendue diathèse inflammatoire ne me paraît rentrer dans aucune de ces conditions.

Je n'ai point à discuter quels sont les phénomènes essentiels de l'inflammation, à savoir si elle dépend exclusivement ou primitivement des solides ou des fluides : ces questions sont complètement en dehors de mon sujet ; toutefois la diathèse inflammatoire que j'appellerais plutôt prédisposition, étant admise par les auteurs, cette prédisposition mérite, au point de vue chirurgical, quelques réflexions.

L'inflammation, en effet, tient une grande place dans la pathologie : les affections qu'elle ne constitue pas, elle peut les compliquer, même celles qui au premier abord paraissent lui être le plus étrangères, comme les anémies, de sorte que « dans plus d'un cas, lorsqu'il ne resterait qu'une goutte de sang dans l'économie, elle fluerait vers le point irrité » (*Andral, Clinique médicale*).

Chez les malades affectés de cette prédisposition, le pronostic des affections chirurgicales ordinairement les plus simples deviendra grave ; le traitement devra être des plus sévères, mais assurément il ne sera pas le même si la prédisposition inflammatoire existe chez un individu faible et cachectique, comme ceux auxquels faisait allusion la citation précédente, que si elle porte sur un individu fort et pléthorique.

Le chirurgien éloignera toutes les opérations qui ne seraient pas impérieusement exigées, et pour celles-ci, il s'entourera de précautions spéciales ; mais ces considérations, toutes importantes qu'elles soient, sont cependant trop simples pour que j'y insiste davantage.

*Diathèse purulente.*

Plusieurs auteurs admettent l'existence de la diathèse purulente ; M. Chomel la rejette, en se fondant sur ce que les faits que l'on a rapportés à cette diathèse lui paraissent s'expliquer le plus souvent par une infection ; M. Nonat, en cherchant à résoudre cette question, fait remarquer avec fondement que les progrès de l'anatomie pathologique, ont restreint considérablement son domaine. En effet, les belles recherches sur la phlébite suppurative de Dance, de M. Blan- din (*Mémoire sur quelques accidents très-communs à la suite des amputations, journal hebdomadaire, 1829, et Dictionnaire de Médecine*) ; les travaux de MM. Velpeau, Cruveilhier, Tessier et autres, bien qu'exprimant des opinions différentes sous certains rapports, ont établi d'une manière positive qu'un grand nombre des faits attribués autrefois à une diathèse purulente, sont le résultat de l'inflammation veineuse. Ces théories de la phlébite n'expliquant pas cependant tous les cas d'abcès multiples fournis par l'observation, M. Nonat admet aussi que la résorption purulente peut expliquer un certain nombre de ceux qui échappent à la première.

Néanmoins il croit pouvoir encore considérer, comme dépendant d'une diathèse purulente, certains cas dans lesquels une affection aiguë, indépendante de la phlébite et développée sans la circonstance préalable d'une plaie quelconque, a déterminé un certain nombre d'abcès disséminés dans différentes parties du corps, et s'est terminée par la mort, comme dans le cas suivant :

*Observation.* — Une femme d'environ trente à quarante ans, fut reçue dans le service de M. Honoré. Elle offrit pendant la vie des douleurs rhumatismales répandues dans tous les membres, mais n'ayant pas ce degré d'acuité qu'on observe dans l'arthrite rhumatismale ordinaire; elle eut en outre une pneumonie aiguë du côté gauche. Dans l'espace de quelques jours elle succomba. À l'ouverture du cadavre, on trouva du pus dans l'articulation du poignet du côté gauche et dans l'articulation tibio-tarsienne droite. Les autres articulations étaient saines; mais au-dessous desaponévroses des membres supérieurs et inférieurs, et dans l'épaisseur des muscles principaux des mêmes parties, on trouva du pus infiltré, et ayant l'aspect du pus de bonne nature. Les plèvres étaient saines; le poumon gauche était hépatisé, infiltré de pus, et même il contenait déjà plusieurs foyers creusés dans le centre des points frappés d'hépatisation. Les veines furent examinées avec le plus grand soin ainsi que les cavités du cœur: elles ne présentèrent rien d'anormal.

M. Nonat termine cette observation par la réflexion suivante: « Qu'on donne à ce fait l'interprétation qu'on voudra, il est impossible de nier l'existence d'une diathèse purulente. »

Pour moi, ce fait ne me paraît pas rentrer dans la catégorie de ceux que l'on doit attribuer à une diathèse. Qu'y voyons-nous en effet? Une affection aiguë, terminée dans l'espace de quelques jours, ce qui est essentiellement opposé à la définition que nous avons donnée.

Restent les cas de certains individus chez qui l'on voit, sans cause appréciable, à des intervalles de temps plus ou moins éloignés, des abcès se former tantôt dans un lieu, tantôt dans un autre; chez qui les plaies les plus légères deviennent habituellement le point de départ de suppurations prolongées. Ces faits sont les seuls,

pour moi, qui pourraient mériter le nom de diathèse purulente ; et encore on pourrait peut-être leur appliquer ce que je disais des prétendus faits de diathèse inflammatoire : ne sont-ce pas des cas de simple prédisposition rendue de temps à autre évidente par une cause occasionnelle, plus légère que celle qui serait nécessaire chez tout autre individu, et par conséquent inappréciée ? En effet, nous voyons là des accidents saccadés, sans ordre, sans régularité, sans marche continue, sans suite, et bien différents de ce qui s'observe dans le cancer, la scrofule, la tuberculisation, etc.

Quelles déductions pourrions-nous donc tirer au point de vue chirurgical de cette prétendue diathèse purulente ? Elle pourrait influer sur le pronostic dans certains cas de plaies, surtout si l'on pouvait supposer que ces plaies auraient été produites par un instrument souillé d'une matière putride. Elle devrait aussi influer sur les déterminations du chirurgien dans les cas d'opération à pratiquer, et motiver de sa part une attention particulière dans les pansements, mais ces indications sont trop élémentaires pour demander de plus amples développements.

*Diathèse gangrénouse.*

Nous dirons de la diathèse gangrénouse comme de la diathèse purulente : existe-t-elle véritablement ? voit-on des cas de points gangrénous multiples se développant pendant un laps de temps d'une certaine durée, indépendamment de toute cause occasionnelle et de toute altération organique, comme une oblitération des vaisseaux ; de toute influence toxique, comme l'usage du

seigle ergoté; une inoculation; de toute altération de fluides? cela me paraît au moins douteux. Le plus souvent assurément, des causes appréciables fourniraient l'explication suffisante de ces gangrènes multiples, de telle façon que la réalité de la diathèse gangrénouse ne me paraît pas démontrée.

Il en est de même de la prétendue diathèse ulcéruse.

*Diathèse hémorragique.*

J'insisterai davantage sur les diathèses hémorragique et scorbutique.

Il existe des faits de véritable diathèse hémorragique. Quelquefois elle se développe spontanément; dans d'autres cas, elle est innée ou héréditaire. Il paraît que cette transmission est fréquente dans certaines familles aux Etats-Unis et dans quelques contrées de l'Allemagne. M. Nonat, dans sa thèse, en rapporte des exemples frappants, empruntés à M. Reynel Coates et à plusieurs observateurs allemands.

Une circonstance digne de remarque, c'est que, dans certaines familles et depuis bien des générations, cette fâcheuse transmission se fait des descendants aux enfants mâles et non aux filles; celles-ci perpétuant presque seules l'hérédité d'une affection dont elles ne présentent pas les symptômes et à laquelle presque tous les garçons succombent avant l'époque de la puberté.

En vertu de cet état particulier de l'économie, certains individus offrent, sous l'influence des causes les plus légères, telles qu'une simple égratignure, une piqûre d'aiguille ou de sangsue, des hémorragies rebelles; chez quelques individus, ces hémorragies s'arrêtent et se reproduisent spontanément, jusqu'à ce qu'enfin elles déterminent une issue fatale. Ces exemples, en France, ne se montrent pas sous la même forme d'hérédité persistante que dans les pays que je viens de citer. Le fait suivant présente cependant un exemple de diathèse hémorragique héréditaire observé à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Lisfranc.

*Observation.*—Un homme de 41 ans, s'étant heurté légèrement le côté contre la clé d'une porte, eut une tumeur sanguine considérable. Cet homme avait été sujet dans son enfance à des épistaxis poussées jusqu'à la syncope; plus tard à des saignements abondants par les gencives; plus tard, à des hématuries qui ont cessé vers l'âge de 34 ans pour faire place à des infiltrations sanguines, à l'occasion de la cause la plus légère, à tel point qu'une petite fille, ayant appuyé son coude contre la partie inférieure et externe du bras du malade, il en résulte un gonflement énorme et une échymose qui s'étendent jusqu'à l'aisselle. Un des grands oncles de cet homme était mort d'une hémorragie dont on ne pût préciser ni le siège ni la source. Un de ses oncles, sujet à un saignement de gencives, était mort à la Charité, à l'âge de 17 ans, d'une hémorragie résultant de l'avulsion d'une dent. De 17 frères ou sœurs qu'il a eus, 14 sont morts avant l'âge de 3 ans, sans qu'on puisse décider quelle a été la cause de leur mort, bien que la mère dise que c'est le sang qui les a étouffés, mais l'une de ses sœurs a péri à l'âge de six semaines d'une hémorragie par la vulve. Deux de ces frères seulement sont parvenus à un âge plus avancé; mais

tous deux étaient sujets à des épistaxis abondantes, et perdaient beaucoup de sang par la moindre blessure, et l'un est mort à neuf ans, à la suite d'un coup à la tête, qui détermina une infiltration énorme de sang au dessous du cuir chevelu. L'autre ayant reçu à l'âge de 17 ans, un coup d'instrument tranchant au mollet, eut une hémorragie si opiniâtre qu'on fut obligé de lier l'artère ; il mourut d'une hémorragie consécutive à cette ligature. (Nelaton, *éléments de pathologie chirurgicale.*)

Les faits d'hémorragie rebelle que l'on observe assez souvent dans nos hôpitaux, sont ordinairement individuels et se rattachent à des lésions vasculaires. Le suivant, cependant, offre encore avec les précédents quelque analogie sous le point de vue de l'hérité.

*Observation.*—En 1836, un homme de 24 ans se présenta à l'Hôtel-Dieu, affecté d'un anévrisme faux primitif occupant l'éminence thénar de la main droite. Des hémorragies successives eurent lieu à l'ouverture de la tumeur. En vain pratiqua-t-on la compression et la cautérisation, en vain M. Roux fit-il la ligature des artères radiale et cubitale, car le sang s'échappa par les plaies nouvelles et la mort survint. Le jeune homme, quoique robuste, avait eu déjà plusieurs fois et pour les moindres causes, des pertes de sang inquiétantes, et son oncle était mort d'hémorragie. (Archives 1827.)

On a publié, comme des cas de diathèse hémorragique, des cas de blessure d'artères et d'hémorragies réitérées par suite de la section prématurée du vaisseau, soit qu'il fût primitivement rendu friable par quelque lésion de son tissu, soit que la ligature eût été placée sur une partie trop rapprochée de la plaie, et comprise dans le travail inflammatoire local ; je

n'ai pas besoin de faire remarquer l'inexactitude de cette dénomination.

Dans un mémoire intéressant sur le traitement de la diathèse hémorragique, M. le professeur Miller d'Edimbourg s'occupe en premier lieu de la nature et de la cause de cette diathèse, et pense qu'elle existe à la fois dans l'état du sang et dans celui des vaisseaux. Le sang, dans son opinion, péche par défaut de fibrine, et les vaisseaux, par défaut de contractilité. Je ne puis le suivre dans l'exposé de ses expériences et dans toutes les considérations développées dans son travail; je dirai seulement qu'il propose, pour traitement de cette affection, comme moyen d'augmenter la plasticité du sang, outre le régime réparateur, l'établissement d'une inflammation superficielle à quelque distance du siège de l'hémorragie; se fondant sur ce fait, que sous l'influence de l'inflammation, la quantité de fibrine contenue dans le sang augmente.

Sans me rendre garant de cette méthode, qui n'est peut-être point encore sanctionnée par l'expérience, j'ajouterai, que comme moyens chirurgicaux, il repousse avec raison la ligature, par la crainte d'augmenter l'étendue des surfaces saignantes; et la cautérisation, par crainte de la fluxion sanguine qui doit accompagner l'inflammation éliminatoire, et à cause de l'augmentation d'étendue de la plaie, que doit déterminer la chute de l'escharre. Les moyens qu'il préfère sont les styptiques et la compression. Le froid lui paraîtrait favorable s'il était compatible avec la com-

pression, et dans les cas extrêmes, il propose la transfusion.

Ces quelques considérations résument les déductions chirurgicales relatives à la diathèse hémorragique et en indiquent toute la gravité. Il est évident que dans des cas de diathèse de cette espèce, il faut éviter à tout prix toute opération saignante ; indiquer le traitement chirurgical des accidents résultant de cette diathèse, c'est indiquer en même temps les précautions impérieuses nécessitées par les complications qui pourraient s'y joindre.

#### *Diathèse scorbutique.*

La diathèse scorbutique offre, avec la diathèse hémorragique, de nombreux points de contact et une grande analogie ; il n'est pas possible, en effet, de méconnaître que l'état du sang joue un grand rôle dans l'une et l'autre de ces deux variétés. Mais il y a entre elles deux, plusieurs différences ; d'abord, dans la diathèse hémorragique, le phénomène capital est l'hémorragie externe ; les hémorragies capillaires ou interstitielles, au contraire, prédominent dans la diathèse scorbutique. Toutefois, l'une et l'autre se combinent en différentes proportions. C'est ainsi que l'on voit des ecchymoses spontanées dans certains cas de diathèse hémorragique et des hémorragies par les membranes muqueuses, dans des cas de scorbut. Une autre différence, c'est que la première dépend ordinairement d'une condition organique primitive et est plus

souvent héréditaire que la seconde, qui est ordinairement acquise et dépend de conditions hygiéniques, plus ou moins longtemps prolongées. Ces conditions hygiéniques, lorsqu'elles sévissent d'une manière énergique et continue sur des individus préalablement bien portants, ainsi que cela se voit chez les gens de mer, déterminent un scorbut que j'appellerai volontiers aigu. Lorsque, au contraire, elles agissent peu à peu, à la longue, sur des individus faibles, elles amènent un scorbut, en quelque sorte constitutionnel. Chez quelques individus même, le scorbut se déclare sans que les conditions hygiéniques paraissent suffisantes et persiste avec une opiniâtreté particulière, ou s'il disparaît momentanément, se reproduit avec de fréquentes récidives. Fodéré fait remarquer qu'il ne serait pas impossible que des enfants procréés pendant la durée de l'affection scorbutique, fussent par cela même plus disposés à contracter le scorbut. Ces formes seules, à mon avis, méritent le nom de diathèse.

En effet, je ne puis rigoureusement admettre parmi les véritables diathèses, le scorbut épidémique ou même individuel qui se développe dans des circonstances données, sous l'influence de causes connues, manifestes, qui dure autant que ces causes, qui disparaît avec elles, car alors l'expression de diathèse s'appliquerait également à toutes les affections générales aiguës. C'est aussi le cas de rappeler la distinction que nous avons établie entre les cachexies et les diathèses; la plupart des cas que l'on publie journallement sous le nom de diathèse scorbutique, ne sont

que des cas de cachexie plus ou moins avancée. Néanmoins, les considérations chirurgicales applicables à la véritable forme diathésique ou constitutionnelle du scorbut, peuvent également s'appliquer à l'autre variété qui est de beaucoup la plus commune.

Tout le monde connaît les phénomènes symptomatiques propres au scorbut. « A l'extérieur, le corps est « plus ou moins généralement œdématisé, la face est « bouffie, la bouche noirâtre et ensanglantée, la peau « couverte de taches pourprées, d'ecchymoses, de « vergetures plus ou moins nombreuses qui s'étendent « avec rapidité peu de temps après la mort. Souvent « le tissu cellulaire est infiltré de sérosité sanguinolente; d'autres fois, c'est du sang en caillots qu'il « renferme entre ses mailles, principalement aux endroits où la peau est ecchymosée. Les épanchements « ne se bornent pas aux couches superficielles des « membres. Il est en outre assez fréquent d'en rencontrer dans les muscles dont le tissu est mollassé, « noirâtre, facile à déchirer, ayant perdu sa cohésion. « Enfin, lorsque la maladie a été très-lente dans sa « marche, on trouve les cartilages profondément altérés, surtout ceux des articulations; les os eux-mêmes sont séparés de leur périoste, infiltrés et « présentent une fragilité extrême. » (Rochoux, *Dictionnaire de Médecine*). L'auteur continue : « A l'intérieur, on n'observe pas de moins graves désordres; « presque toujours les membranes séreuses de la poitrine et de l'abdomen contiennent en plus ou moins « grande quantité de la sérosité citrine, quelquefois

« sanguinolente et plus rarement mêlée de caillots de sang. Il en est de même des glandes synoviales que remplit souvent un liquide fétide. Le tissu des poumons est tantôt simplement atteint d'œdème porté à un haut degré, bien plus souvent il est ecchymosé, noirâtre. Le sang du cœur est de la même couleur, dissous et sans consistance. Dans la plus grande partie de sa surface interne, la muqueuse est souvent recouverte de taches nombreuses hémorrhagiques; mais, chose remarquable, l'encéphale et les dépendances restent ordinairement intactes » (*Ibid*).

Un fait d'observation déjà constaté par MM. Parmentier et Deyeux, plus tard par Richerand, et vérifié de puis, c'est que, s'il survient une complication inflammatoire, le sang tiré par la veine se couvre encore d'une couenne plus ou moins prononcée. C'est ce fait qui a servi de base au projet de traitement proposé pour la diathèse hémorragique par M. Miller, que nous citions dans le paragraphe précédent.

On comprend que le scorbut est loin de se présenter toujours avec le cortège complet des phénomènes que je viens de rapporter, et que dans quelques cas la diathèse scorbutique pourrait ne se traduire au dehors que par des signes peu prononcés.

Tous les auteurs attribuent cet état si complexe et si grave à une alteration pathologique du sang; mais ils ne sont pas d'accord sur la nature de cette altération, sur la modification chimique qui s'est opérée dans la composition de ses éléments, sur le change-

ment de proportion que ces éléments présentent entre eux.

M. Magendie insiste sur ce que, non-seulement la quantité de fibrine est diminuée, mais aussi sur ce que le sang est plus alcalin, et par là, moins coagulable. M. Andral a communiqué récemment à l'Académie des sciences un fait qui prouve, selon lui, qu'un scorbut parfaitement caractérisé et parvenu déjà à une période très avancée, a pu exister sans que le sang présentât cet état de dissolution que l'on est habitué à regarder comme constant dans cette maladie, et sans qu'il y ait eu dans ce sang, diminution de fibrine.

C'est donc encore une question à l'ordre du jour, mais qui n'a avec mon sujet qu'un rapport accessoire ; je ne pouvais cependant me dispenser de la mentionner.

Comme état général de l'économie tenant à la fois sous sa dépendance les solides et les fluides, le scorbut offre une véritable importance au point de vue chirurgical. Les auteurs signalent la fragilité des os, la lenteur de leur consolidation et même le ramollissement et la dissolution d'un cal déjà assez avancé ou même formé.

Sous l'influence du scorbut, les plaies marchent lentement vers la guérison, ou même restent saignantes, ecchymosées, noirâtres et quelquefois se recouvrent de plaques gangreneuses. On comprend que le sang étant moins coagulable, les blessures des vaisseaux doivent être plus à craindre et leur ligature

d'un effet moins efficace. On comprend facilement aussi toute l'attention que le chirurgien doit apporter à la diathèse scorbutique, soit comme élément de détermination lorsqu'il s'agit de prendre un parti, relativement à une opération, soit comme complication pendant le traitement; il est évident que les soins réclamés spécialement par la diathèse scorbutique sont le complément nécessaire de celui-ci. Toute opération qui n'est pas immédiatement indispensable doit être ajournée jusqu'à des circonstances plus favorables.

*Diathèse anévrismale.*

On a donné le nom de diathèse anévrismale à l'état en vertu duquel certains individus présentent dans plusieurs parties, à la fois ou successivement, un nombre variable de tumeurs anévrismales; doit-on maintenir cette dénomination ou ne doit-on voir dans ces faits que des exemples de simple coïncidence?

Dans l'énumération des causes des anévrismes spontanés (*Dict. en 30 vol.*), MM. Marjolin et Bérard s'expriment ainsi :

« Les nombreuses recherches que l'on a faites jusqu'à ce jour sur l'organisation et sur les maladies du système artériel ne permettent pas d'admettre, parmi les causes des anévrismes, une disposition consistant dans un état de faiblesse ou de défaut d'élasticité des membranes de toutes les artères; mais nous pensons que l'on doit admettre une dia-

« *thèse anévrismale* si on la fait consister dans la simultanéité ou dans le développement successif de lésions organiques graves dans plusieurs de ces vaisseaux, produites par une cause interne quelle que. Cette cause, à la vérité, est, le plus souvent, très-difficile à caractériser, et souvent on n'en soupçonne l'existence que quand il n'est plus temps de la détruire. »

Des réflexions analogues sur ce que l'on doit entendre par diathèse anévrismale se trouvent consignées dans le *Compendium de chirurgie pratique*, dont les auteurs, après avoir énuméré un grand nombre de causes prédisposantes, soit générales soit locales, ajoutent :

« Il est probable que plusieurs de ces causes agissent en provoquant dans les artères le développement de lésions anatomiques qui favorisent l'ulcération de leurs tuniques interne et moyenne. C'est également à la multiplicité de ces altérations anatomiques qu'il faut attribuer le développement simultané ou successif d'un grand nombre de tumeurs anévrismales, lésions qu'on a voulu rattacher à une sorte de diathèse anévrismatique; mais rien ne prouve l'existence d'une pareille diathèse, et l'on ne peut comparer cette influence à celle qui entraîne le développement du cancer ou des scrofules. »

Et plus loin : « Le plus souvent une seule artère est malade; cependant les faits d'anévrismes multiples ne sont pas très-rares; tantôt la maladie

« existe sur les divisions d'une même artère, ainsi à l'iliaque primitive, l'externe, la fémorale, la poplitée du même côté ; tantôt c'est sur l'artère symétrique, ainsi les deux fémorales, les deux poplitées ; tantôt enfin c'est sur les divisions supérieures et inférieures de l'aorte qu'on les observe.

« S'il est assez fréquent d'en rencontrer deux sur le même sujet, il est rare qu'il y en ait trois ou un plus grand nombre encore ; peut-être faut-il rapporter à une autre maladie (la dilatation des artères), ces exemples d'anévrismes si nombreux, tels que celui indiqué par Pelletan, et où ce chirurgien avait compté jusqu'à soixante-trois tumeurs artérielles (*Ibid*, p. 100). »

Voici cette observation de Pelletan :

On ne peut s'empêcher, dit-il, de reconnaître une maladie affectant particulièrement le système des parois des artères, chez des sujets où l'on a rencontré à la fois un nombre considérable d'anévrismes par dilatation ; mais la nature de cette cause générale nous est inconnue ; et comme on ne peut guère découvrir ces maladies que sur des cadavres, il est rare que l'on soit à même de comparer la santé générale et habituelle des individus avec le phénomène anatomique dont ils sont les sujets.

J'ai pourtant plusieurs fois vu ces nombreux anévrismes occupant indistinctement les grosses ou les petites artères ; mais surtout celle des *capacités*. J'en ai compté soixante-trois sur un seul homme, depuis le volume d'une aveline jusqu'à celui de la moitié d'un œuf de poule. — L'individu était dans un état de maigreur et de pâleur générales, qui annonçait qu'il avait succombé à une cachexie. Peut-être cette cachexie était-elle syphilitique. J'ai quelques raisons de le penser ; mais cette matière est trop neuve pour que je m'y arrête plus longtemps.

Je ferai remarquer que cette observation manque de détails anatomiques, et que tout en constatant la simultanéité d'anévrismes si nombreux, elle ne dit rien sur la nature des lésions qui avaient pu les produire, et ne peut conséquemment contredire les belles recherches de Scarpa, dont je parlerai ultérieurement.

Sans prétendre que l'on puisse toujours conclure des animaux à l'homme, nous ne croyons pas inutile de citer un passage du travail de MM. Rousseau et Leblanc sur les maladies des vaisseaux chez les chevaux :

Nous avons eu occasion d'observer plusieurs fois à Montfaueon des artères de chevaux offrant une disposition morbide qui nous semblait mériter le nom de *diathèse anévrismale*. C'était surtout dans la portion thoracique du vaisseau que se rencontrait cette lésion. La tunique interne offrait une multitude de rugosités, ou plutôt de frémissements qui se dirigeaient, les uns dans le sens longitudinal, les autres dans le sens transversal du vaisseau. Cette membrane offrait sur ces points une teinte plus pâle que dans le reste de son étendue. Une dissection attentive nous permit de l'enlever et de constater que la teinte opaque qu'elle présentait tenait à un épaississement peu considérable et souvent aussi à une incrustation de matière calcaire encore sous forme de poussière : la tunique moyenne était le siège des principales altérations. Vis-à-vis des points où la membrane offrait des rugosités à peine apercevables, on ne trouvait au-dessous qu'une dépression peu sensible de la tunique musculeuse ; mais lorsqu'il existait des pliatures, des enfoncements, on voyait les fibres du vaisseau amincies, écartées, et souvent tout à fait détruites ; de sorte que la tunique interne se trouvait tout à fait accolée à l'enveloppe celluleuse qui sert de gaine, et formait ainsi une multitude de petites poches anévrismales qui avaient depuis un quart de ligne jusqu'à trois et quatre lignes de profondeur. La profondeur de ces

petites dilatations était toujours en raison directe de l'altération de la membrane musculeuse, qui n'était détruite souvent que dans une partie de son épaisseur. Lorsque le vaisseau offrait un grand nombre de lésions de ce genre, son calibre était notablement diminué.

Ces désordres pathologiques nous ont paru propres à éclaircir l'étiologie des anévrismes. — Il nous semble évident que si les animaux eussent vécu, les dilatations peu considérables encore que présentait l'aorte seraient devenues des tumeurs anévrismales considérables (*Archives de médecine*, 1828).

Ces altérations signalées par MM. Trousseau et Leblanc se rapprochent beaucoup de ces concrétions *stéatomateuses*, si bien décrites par Scarpa et signalées par lui comme étant presque toujours le point de départ des tumeurs anévrismales multiples chez l'homme, et dont nous trouvons dans ses réflexions sur l'anévrisme un exemple des plus remarquables observé par Donald-Monro, et Monro le père.

*Observation.* — Jean Parker, âgé de 48 ans, ayant subi un traitement mercuriel à l'occasion d'une maladie vénérienne, et ayant été opéré pour une hernie étranglée, s'aperçut, lorsque la cicatrice fut avancée, d'une petite tumeur au jarret gauche, que le chirurgien prit pour un engorgement glanduleux. Dans le mois de janvier 1760, il parut une autre petite tumeur de la même espèce à l'aine droite; et un mois plus tard il en parut une troisième semblable vers le milieu de la cuisse droite. Le 19 mars de la même année le malade se présenta à l'hôpital. La tumeur du jarret gauche, circonscrite, de la grosseur d'un gros œuf, battait fortement, mais ne causait ni douleur ni gonflement dans la jambe. Une autre tumeur située dans le jarret droit était diffuse, offrait des pulsations et causait des douleurs et de l'engorgement dans la jambe corres-

pondante. La tumeur de l'aine droite était de la grosseur d'un petit œuf de poule; et celle située vers le milieu de la cuisse égalait le volume d'un œuf de pigeon; ces deux dernières étaient circonscrites, présentaient des battements et ne causaient pas de douleurs. Il y eut une consultation où il fut déclaré que le malade était incurable et qu'on ne pourrait employer que des moyens palliatifs. Vers la fin d'avril, la tumeur du jarret droit s'accrut considérablement et causa des douleurs très-vives; ensuite la peau qui la recoutrait s'enflamma, s'ouvrit et donna lieu à une hémorragie mortelle. — A l'examen du cadavre, on trouva l'aorte et lesiliaques dans leur état naturel. L'artère fémorale droite, trois lignes au-dessous de l'origine de l'épigastrique, s'élevait en une tumeur qui se prolongeait dans une étendue de deux pouces trois quarts, et avait la figure d'un œuf. Au-dessous de cette tumeur, l'artère fémorale droite continuait son trajet dans un espace de deux pouces un quart avec son diamètre naturel; ensuite elle augmentait de nouveau tout à coup pour former une tumeur ovale, longue d'environ deux pouces; elle reprenait son diamètre naturel dans un espace d'un pouce et demi, et s'élargissait de nouveau en une autre petite tumeur qu'on n'avait pas connue durant la vie du sujet. Enfin, l'artère fémorale ayant repris son diamètre et son état naturel jusqu'au jarret, s'ouvrait en ce lieu dans le grand sac anévrismal dont la rupture avait fait périr le malade. Le sang contenu dans ce sac touchait à nu la partie postérieure et inférieure du fémur qui était dépouillé du périoste et raboteux. L'artère fémorale gauche un peu au-dessous de l'arcade crurale formait une petite tumeur, comme une noix, laquelle ne s'était manifestée que deux jours avant la mort du malade, le reste du trajet de l'artère fémorale gauche ne présentait aucune autre tumeur jusqu'au jarret, où elle s'ouvrait dans un sac capable de contenir six ou huit onces de fluide.

Sans rapporter en entier les réflexions de Scarpa sur cette observation, nous dirons seulement que Donald-Monro regarda ces renflements de l'artère femo-

rale comme autant d'anévrismes par dilation ; mais qu'Arnaud fit remarquer que les tuniques qui formaient les parois de ces tumeurs, loin d'être amincies, étaient, au contraire, plus dures et plus épaisses que dans l'état naturel ; et qu'enfin Monro le père reconnut que ces tumeurs étaient formées par une substance étrangère *semblable à la matière des stéatomes, mêlée aux fibres des tuniques muscleuse et celluleuse de l'artère.*

« Il résulte clairement de ces dissections, dit Scarpa, « et de ces observations de Monro le père, que les « tumeurs que Donald avait prises pour autant d'ané- « vrismes par dilatation de l'artère poplitée et de la « fémorale, n'étaient autre chose que des engorge- « ments stéatomateux des tuniques propres de ces deux « artères....., et que dans le jarret gauche, l'artère, « dans la partie postérieure de son engorgement stéa- « tomateux, avait subi une crevasse, et de là donné « lieu véritablement à l'anévrisme, dont le sac était « formé par le tissu cellulaire et par les couches liga- « menteuses du jarret. »

Etudiant d'une manière générale ces engorgements stéatomateux, Scarpa établit qu'ils siègent au-dessous de la membrane interne de l'artère et dans la membrane fibreuse ; qu'ils forment d'abord de petites tumeurs d'un tissu homogène, lardacé, blanc ou jaune, mou, et dans lequel on ne reconnaît que peu ou point le tissu de l'artère ; quelquefois creusées d'excavations

contenant une matière pultacée qui paraît le résultat de la fonte de l'engorgement ; ensemble de lésions qui offrent, dit-il, avec le tubercule, une ressemblance frappante.

D'après lui, la tunique interne ne s'ulcère pas primivement, elle recouvre d'abord l'altération ci-dessus décrite, et ne se laisse déchirer sous l'effort latéral du sang qu'après avoir été abandonnée dans une certaine étendue par la membrane fibreuse ulcérée.

Après d'autres détails pleins d'intérêt sur l'anatomie pathologique de ces concrétions stéatomateuses et sur l'évolution qui leur est propre, Scarpa s'exprime ainsi : « On n'a pas noté jusqu'à présent des rapports sensibles entre le développement de l'anévrisme et les caractères ou les signes de la diathèse scrofuleuse ; cependant il nous paraît remarquable que les altérations organiques qui déterminent la formation de la maladie ont la plus grande ressemblance avec celles qui sont le résultat évident de cette diathèse.

« Les sujets anévrismatiques n'ont pas toujours présenté les formes par lesquelles la diathèse peut être prévue ordinairement ; mais ne voit-on pas souvent des scrofuleux ne portant pas le masque qui les caractérise d'ordinaire ? A-t-on suivi jusqu'au dernier moment de leur vie tous les sujets qui ont survécu à l'anévrisme et s'est-on assuré qu'ils n'ont point éprouvé dans la suite des symptômes scrofuleux. « Pour notre part, nous avons fait des observations

« contraires, et nous avons vu périr de la phthisie  
« pulmonaire scrofuleuse, du carreau, de la consom-  
« tion causée par des tubercules scrofuleux au foie,  
« des sujets qui portaient un ou plusieurs anévrismes  
« spontanés, ou qui avaient subi l'opération avec  
« succès. »

D'ailleurs Scarpa, tout en attribuant dans tous les cas la production des anévrismes multiples à une altération organique du tissu des artères, et tout en considérant l'affection stéatomateuse comme la plus fréquente, reconnaît qu'il peut en exister d'autres et en particulier la formation de plaques osseuses ; mais l'influence de cette cause est beaucoup moins générale, parce que beaucoup plus rarement que la précédente, elle détermine l'ulcération des parois internes du vaisseau.

Quant à l'influence que l'on a attribuée à des causes générales, comme le rhumatisme, les dartres, le scorbut, la syphilis, l'usage du mercure etc., elle ne lui paraît pas suffisamment démontrée ; on conçoit cependant que quelques unes de ces causes et spécialement la syphilis puissent ne pas être complètement sans action à raison des altérations qu'elles peuvent déterminer dans le tissu artériel. Outre les cas dans lesquels plusieurs anévrismes existent simultanément ; on a considéré comme appartenant à une diathèse anévrismale des cas dans lesquels un nouvel anévrisme est survenu après une première opération, comme dans le cas communiqué par Breschet à l'Académie de médecine, le 1<sup>er</sup> décembre 1840.

*Observation.*—Il s'agissait d'un homme qui avait eu d'abord un anévrisme de l'artère poplitée du côté droit, guéri par la ligature de la fémorale, suivant la méthode de Scarpa. Bientôt après, une dilatation de la même artère du côté opposé avait été traitée sans succès par la ligature de la fémorale. Outre cet anévrisme, il y avait des signes de lésion organique du cœur avec dilatation anévrismale de l'aorte et amplitude remarquable de tout le système à sang rouge. En présence d'une pareille disposition, opérer c'eût été en pure perte. On se bornait au compresseur de Dupuytren et aux applications réfrigérantes (*Archives de médecine*).

Ajoutons que le 28 septembre 1841, Breschet présentait à l'Académie ce même malade parfaitement guéri par la méthode de Valsalva et les réfrigérants.

Quelquefois il arrive que la présence d'un ou de plusieurs anévrismes, principalement des membres, se lie à l'existence d'une hypertrophie du cœur et coïncide avec des anévrismes des gros vaisseaux artériels contenus dans les cavités thoracique ou abdominales non accessibles aux moyens directs d'exploration, et seulement reconnaissables par la percussion et l'auscultation. Ces faits, de même que les précédents, peuvent être considérés comme des effets purement mécaniques de lésions matérielles.

On conçoit que les considérations qui précèdent offrent au point de vue chirurgical une véritable importance et qu'elles établissent une différence tranchée entre les anévrismes spontanés et les anévrismes traumatiques.

Les premiers, en effet, s'étant développés sous l'influence d'une altération organique, on ne peut être

certain que cette altération soit exactement limitée ; et dans un grand nombre de cas, il y a lieu de craindre qu'elle ne s'étende au contraire à une certaine distance. Or, il est, on le conçoit, de la plus haute importance de chercher à s'assurer s'il n'existe pas dans plusieurs points du système artériel des signes qui confirment cette supposition, car l'on peut apprécier que l'obstacle apporté à la circulation dans une portion importante du système artériel, ne fasse refluer l'effort du sang sur le point affaibli, et ne détermine un nouvel anévrisme plus rapproché du tronc que le précédent, ou n'en hâte le progrès s'il est déjà commençant. C'est sous ce point de vue surtout, qu'en considération des déductions chirurgicales graves qui en découlent, il y a utilité à admettre l'existence d'une diathèse anévrismale, tout en ayant soin de spécifier que cette pré- tendue diathèse n'est pas un état primitif unique, mais est au contraire un effet de lésions organiques qui peuvent primitivement appartenir à des causes diverses.

Ceci posé, la première conséquence qui en découle c'est qu'il est plus à craindre après l'opération de l'anévrisme spontané, qu'après celle de l'anévrisme traumatique, de voir se reproduire d'autres anévrismes sur des points plus ou moins éloignés du système artériel.

Relativement aux indications, il est malheureusement le plus souvent impossible d'apprécier si le système artériel en général est sous l'influence d'une des affections précitées et spécialement de l'affection stéa-

tomateuse. L'idée émise par Scarpa, au sujet des rapports de cette affection avec la scrofule pourrait peut-être être mise à profit dans le cas où un anévrisme se développerait sur un individu scrofuleux.

Quoi qu'il en soit à cet égard, il sera toujours très important d'explorer avec soin tout le système artériel chez les individus affectés d'anévrisme spontané. En effet, dans le cas où plusieurs anévrismes existeraient chez le même individu, la conduite du chirurgien devrait varier suivant des circonstances que nous allons passer rapidement en revue.

Si les anévrismes n'existent qu'aux membres, s'ils ne sont pas nombreux, si du reste le sujet paraît être d'une bonne constitution, rien ne s'oppose à ce que l'on tente l'opération.

« L'existence de plusieurs anévrismes simultanés aux extrémités ne devrait pas empêcher l'opération, puisque plusieurs fois déjà on a lié avec le plus grand succès les principales artères chez le même individu.

« Un homme qui avait un anévrisme au jarret droit fut admis à l'hôpital Saint-Georges, il avait aussi un anévrisme à l'artère poplitée de l'autre membre. L'artère fémorale droite fut liée le 9 juin par Evertard Home; la ligature se détacha, et la plaie était presque guérie le 27 du même mois. L'anévrisme de l'autre jambe fit des progrès rapides; l'artère fémorale gauche fut liée cinq semaines après la première opération, et en neuf semaines de temps, le malade fut complètement guéri de ses deux affections.

— « Dans un cas semblable, M. Freer, à l'hôpital de Birmingham, a tout récemment lié les deux artères fémorales chez le même malade, et ces deux opérations ont été faites à une distance de quelques mois l'une de l'autre. Les anévrismes étaient situés aux jarrets, et ils furent guéris complètement sans qu'il se manifestât aucun symptôme fâcheux après les opérations.

« Outre ces exemples, il s'est présenté depuis peu à Londres deux cas où l'artère principale a été liée avec succès pour guérir deux anévrismes simultanés des membres inférieurs chez les mêmes malades.

« Il paraît probable que la ligature d'un tronc accélère l'accroissement de l'anévrisme de l'autre membre; car, dans tous les cas dont j'ai parlé, le second anévrisme, ou a commencé aussitôt après la première opération, ou bien a augmenté plus rapidement lorsque la circulation a été arrêtée dans le tronc opposé. Dans le premier cas où M. Abernethy lia l'artère iliaque externe, l'artère fémorale de l'autre côté avait été liée avec succès pour un anévrisme poplité; l'anévrisme à l'aine gauche augmenta si rapidement après la première opération, qu'au bout de cinq semaines, il paraissait prêt à se rompre. La tumeur avait acquis une forme pyramidale, et la peau qui en couvrait le sommet était amincie autant que possible. Cette circonstance indique fortement la nécessité de faire sans délai la première opération, pour s'opposer ensuite aux progrès de la maladie dans le membre opposé

« La seconde opération peut être entreprise quelques jours après la chute de la ligature appliquée dans la première. ( *Hodgson, traduction par Breschet.* ) »

Si, en même temps qu'il existe des anévrismes aux membres, on constate la présence d'anévrismes internes, on trouvera dans cette circonstance une contre-indication de l'opération.

« Lorsqu'un anévrisme, dit Hodgson, existe dans le trajet de l'aorte ou dans quelques-unes de ses principales branches, il peut venir à se rompre, et entraîner la perte subite du malade, à la suite de l'action violente du cœur excitée par une opération aux extrémités. . . . . Il est donc toujours prudent, avant d'entreprendre l'opération, de rechercher si le malade ne présente point des symptômes qui indiquent l'existence d'un anévrisme au thorax ou à l'abdomen. Si l'on observe ces symptômes, il faudrait s'en tenir au traitement palliatif, par le repos, la diète et les saignées. ( *Hodgson, liv. cité.* ) »

*Observation.* — Un homme nommé Garrette Billey, malade à l'hôpital de Guy, subit l'opération de la ligature de l'iliaque le 14 février 1811. Cet individu succomba dix semaines et six jours après l'opération, par suite de la rupture d'un anévrisme à la bifurcation de l'aorte, ainsi que me l'apprit M. Burrant, qui avait fait les pansements de ce malade ; l'individu se trouvant dans le quartier de l'hôpital au moment où il se trouva en état de faiblesse, fut amené dans la salle, où il expira au bout de quelques minutes.

A l'ouverture du corps, indépendamment de l'anévrisme rupuré qui siégeait à la bifurcation de l'aorte, on trouva sur le membre

cinq tumeurs anévrismales : l'une à l'origine de l'artère profonde dans l'aïne ; une au milieu de la cuisse, dans le point où l'artère traverse le tendon du troisième adducteur ; cette dernière était d'un volume considérable ; c'était celle pour laquelle l'opération avait été pratiquée ; une troisième siégeait dans le jarret ; il existait deux autres petites poches entre l'anévrisme fémoral et celui qui occupait la région poplitée.

Le sujet était maçon ; il attribuait lui-même la cause de sa maladie aux efforts considérables qu'il faisait pour porter des fardeaux sur des échelles. (*Astley Cooper. — Trad. franç.*)

Les faits de ce genre qui existent dans la science, démontrent d'une manière péremptoire la justesse de l'opinion d'Hodgson, sur les dangers de l'opération de l'anévrisme dans ces cas. Il est évident que le traitement doit être alors le traitement général de l'anévrisme interne ; c'est celui-ci en effet qui compromet le plus gravement le malade. Les progrès de l'anévrisme externe seront modérés par tous les moyens palliatifs, et l'on ne pratiquerait l'opération que s'il paraissait sur le point de se rompre. De cette façon, on aurait conservé aussi longtemps que possible le diverticulum qui, en modérant l'impulsion du sang sur l'anévrisme interne, contribuait à ralentir ses progrès ; car, bien que les anastomoses puissent promptement rétablir la circulation dans le membre, il n'y en a pas moins un moment où la circulation se trouve considérablement ralentie, et où le choc du sang contre les parois artérielles se trouve augmenté dans toute la partie supérieure de l'arbre circulatoire, et conséquemment aussi dans l'anévrisme supérieur.

Si le nombre des anévrismes était considérable, et surtout s'ils étaient disséminés sur plusieurs grandes divisions artérielles, il est évident qu'il faudrait de toute nécessité s'abstenir. Mais s'ils n'existaient que sur les divisions d'un même vaisseau accessible à la chirurgie, et si les conditions générales ne s'y opposaient pas d'ailleurs, il serait possible de tenter l'opération, en la faisant au-dessus de l'anévrisme supérieur.

A l'égard des récidives, nous ne pouvons que leur appliquer ce que nous disions des anévrismes de première invasion ; mais en insistant d'une manière plus particulière encore sur la probabilité d'une lésion générale du système artériel. Si la récidive était unique, si elle siégeait sur un vaisseau de moyen calibre, à peu de distance de la première lésion, et sur une branche dont le vaisseau primitivement affecté ne serait qu'une subdivision, l'opération serait faisable, mais moins nécessaire, puisqu'elle ne porterait pas sur un vaisseau très important. Si elle siégeait sur un gros tronc, comme dans le cas cité plus haut par Breschet, il faudrait imiter sa conduite ; à plus forte raison faudrait-il s'abstenir d'opérer, si la récidive était multiple, ou si elle siégeait sur des branches artérielles appartenant à d'autres troncs. Il faudrait s'en tenir alors au traitement palliatif, aussi longtemps qu'il n'y aurait pas nécessité immédiate de prévenir ou d'arrêter une hémorragie dangereuse.

*Diathèse variqueuse et érectile.*

M. Chomel admet une diathèse variqueuse, d'autres une diathèse érectile. Les détails dans lesquels je suis

entré a sujet de la diathèse anévrismale me dispensent, je crois, d'insister sur ces deux points. Il me paraît positif que dans ces cas, il doit exister primitivement un état des vaisseaux veineux et capillaires qui explique d'une manière physique les faits que l'on peut alléguer comme dépendant de l'influence de cette diathèse. Ces considérations, si succinctes qu'elles soient, suffiront, je pense, pour indiquer les principes qui doivent diriger le chirurgien dans le choix des moyens de traitement applicables dans ces deux affections.

*Diathèses rhumatismale et goutteuse.*

Bien que dans un grand nombre de cas, le rhumatisme puisse se développer par la seule influence d'une cause occasionnelle secondée par une prédisposition, il se montre souvent sous une certaine forme qui ne permet guère de méconnaître une diathèse; ce qui l'a fait effectivement admettre à peu près par tous les observateurs. Que sans cause appréciable il attaque simultanément ou d'une manière successive plusieurs articulations, les tissus fibreux, musculaires, les séreuses, le cœur; qu'il disparaisse et se reproduise; qu'il persiste souvent pendant de longues années ou l'existence presqu'entièrre; qu'il résiste aux traitements les mieux dirigés; il offre évidemment tous les caractères que nous avons assignés aux véritables diathèses.

La diathèse rhumatismale peut être acquise ou héréditaire; on la considère cependant comme plus rarement héréditaire que la diathèse goutteuse.

Celle-ci offre avec la précédente une grande analogie, à tel point qu'un grand nombre de praticiens, M. Chomel entre autres, considèrent ces deux affections comme deux variétés d'une même maladie, et ce qui donnerait le plus de poids à cette manière de voir, c'est que d'après ses observations, l'hérédité pourrait alterner de l'une à l'autre. Cependant la goutte offre ceci de particulier, entre autres différences, qu'elle paraît naître d'une manière beaucoup plus évidente que le rhumatisme sous l'influence d'un régime trop fortement azoté; qu'elle détermine dans les articulations des concrétions tophacées qui ne se rencontrent pas dans le rhumatisme; et que le traitement végétal et alcalin a sur elle une influence qu'il n'a pas à beaucoup près sur lui.

L'une et l'autre de ces diathèses peuvent avoir une durée indéterminée, l'une et l'autre peuvent porter leur action sur les viscères intérieurs et déterminer des phénomènes fort sérieux qui sont du domaine de la pathologie et de la thérapeutique internes. Leurs rapports avec les affections du domaine chirurgical sont aussi importants; le diagnostic, le pronostic et le traitement puisent dans la connaissance de ces diathèses des données qui ne sont pas sans valeur. On ne confondra pas un rhumatisme articulaire aigu du genou avec une arthrite simple ou blennorrhagique, ou avec une hydrarthrose; une tuméfaction goutteuse de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil avec une tumeur blanche.

Lorsque ces diathèses n'ont agi qu'à un faible

degré sur les parties extérieures seules, il ne nous paraît pas qu'elles aient une influence bien positive sur la marche ou sur le traitement des affections chirurgicales intercurrentes. Il n'en serait pas de même si elles avaient envahi les organes internes : elles pourraient constituer alors des complications fort graves et des contre-indications positives ; le traitement devrait être modifié, et les moyens simples que l'on emploierait dans les conditions ordinaires, seraient sans efficacité si les soins spécialement réclamés par ces diathèses, étaient négligés.

L'ophthalmie rhumatismale est une de ces distinctions de l'école allemande qui n'ont point trouvé chez nous le même crédit.

*Diathèse calculeuse.*

On donne le nom de diathèse calculeuse, graveleuse, lithique, à cet état de l'économie en vertu duquel un ou plusieurs des éléments constitutifs de l'urine, au lieu de rester en dissolution dans la masse du liquide, cristallise et se concrète sous forme de corps étranger solide dans quelqu'une des parties de l'appareil excrétoire. On a longtemps considéré la diathèse calculeuse comme une maladie unique, à cause de la similitude des accidents occasionnés par l'existence de ces concrétions ; mais les progrès de la chimie et de la physiologie, en démontrant que la composition de ces calcu's, au lieu d'être toujours la même, est souvent opposée, et que leur pro-

duction tient aussi à des circonstances essentiellement diverses, ne permet pas d'admettre aujourd'hui une diathèse calculeuse unique, mais exige que l'on admette des variétés.

Certaines circonstances accidentelles déterminent la formation de calculs urinaires, sans que l'on puisse admettre une diathèse; ainsi un corps étranger quelconque, introduit dans la vessie, devient un noyau sur lequel les molécules salines se précipitent et cristallisent; l'excavation d'un abcès de la prostate, une poche accidentelle de la vessie se remplissent d'une urine stagnante, non renouvelée, dont les sels finissent par déposer et former un calcul. C'est ce qui a lieu quelquefois dans la dilatation de l'uréthre qui se produit ordinairement derrière les rétrécissements anciens. La diathèse favoriserait ces effets si elle existait simultanément chez l'individu qui présenterait ces conditions particulières, mais elle n'est pas nécessaire pour expliquer dans ces cas la formation lithique. Certaines conditions pathologiques accidentelles des reins peuvent aussi déterminer la formation de calculs ou graviers.

Chez d'autres individus, au contraire, une diathèse existe en vertu de laquelle les matériaux de l'urine se trouvant en proportions incompatibles avec leur état de dissolution, les concretions calculeuses se forment nécessairement. Ces états peuvent être héréditaires: on cite certaines familles dans lesquelles la succession d'un certain nombre de calculeux ne permet pas d'attribuer le développement de la maladie à de

simples causes occasionnelles, et force d'admettre une véritable transmission.

Le plus souvent ils sont individuels, et les progrès de la science, en indiquant dans un certain nombre de cas, d'une manière positive, les circonstances déterminantes de ces productions, et en fourniissant les moyens de les prévenir, d'une manière presque certaine, devraient peut-être restreindre de beaucoup le nombre de ceux que l'on doit considérer comme diathésiques. Je ne prétends pas toutefois que les phénomènes chimiques dominent la question d'une manière exclusive, mais ils y ont incontestablement une très grande part.

La variété la plus fréquente est celle qui est due à la prédominance de l'acide urique dans l'urine. Cette variété offre avec la goutte une analogie digne de remarque, c'est que l'une et l'autre paraissent se développer par suite de la présence d'un excès d'azote dans les matériaux de la nutrition. En effet, l'influence du régime est des plus manifeste, et l'emploi du traitement alcalin et végétal est ordinairement suivi de succès. Si les faits de cette nature n'étaient pas aujourd'hui si communs dans la science, je pourrais en citer un des plus probants, qui s'est présenté à moi dans des circonstances particulières bien propres à éveiller toute ma sollicitude.

Les autres variétés principales sont constituées par des calculs de phosphate ammoniaco-magnésien, d'oxalate de chaux, de phosphate de chaux, etc.

MM. Magendie et Rayer citent des faits dans lesquels la production de calculs d'oxalate de chaux était due manifestement à l'abus de l'oseille comme aliment.

Les déductions chirurgicales que l'on peut tirer de l'existence de la diathèse calculeuse sont surtout applicables à la prophylaxie. En effet, il est souvent possible, si non de faire dissoudre des calculs déjà formés, du moins de les empêcher d'augmenter, et de prévenir les récidives.

On voit combien il est important de ne point négliger un pareil sujet. Un malade guéri de la pierre, soit par la taille, soit par la lithotripsie, s'il y a diathèse, n'est guéri que d'un symptôme de son affection ; la cause persistant reproduira le même effet : et c'est ce qui se voit effectivement souvent. L'emploi de la médication spéciale, et du régime propre à la diathèse particulière signalée par la nature chimique du calcul est donc impérieusement indiqué.

#### *Diathèse osseuse.*

Il est une loi de l'organisation animale en vertu de laquelle le tissu osseux, avant d'être parvenu à son état parfait, a passé successivement par une série de modifications organiques qui représentent le tissu cellulaire, le tissu fibreux, le tissu fibro-cartilagineux. Dans l'ordre physiologique, ces transformations graduelles ne s'opèrent que sur les parties qui doivent contribuer à la formation du squelette. Par les progrès

de l'âge, certaines parties, cartilagineuses à l'âge adulte, comme les cartilages des côtes et du larynx, etc., continuant à être le siège d'un travail analogue que l'on peut encore qualifier de physiologique, finissent par s'osssifier chez les vieillards.

Mais chez certains individus ce travail organique, au lieu de rester dans ses limites ordinaires, s'étend à d'autres organes, envahit certaines parties plus ou moins considérables du tissu fibreux ou du tissu cellulaire; on l'a même vu atteindre le tissu musculaire, et l'on a cru devoir le rapporter à une diathèse particulière osseuse ou ostéitique. L'exemple suivant est un des plus importants que possède la science:

*Observation.* — En juin 1832 le docteur Rogers, professeur de chirurgie à New-York, fut consulté par le jeune Mulholland, âgé de 13 ans; le père rapporta que depuis son enfance le malade avait joui d'une bonne santé et se faisait remarquer par la vivacité de son esprit. Il y avait six mois que sa santé s'était graduellement altérée sans cause connue. On nota dès l'abord une perte de mouvement dans les bras; il ne pouvait les éléver à la tête ou écarter les coudes du tronc, le mouvement du bras droit diminuait chaque jour, jusqu'à ce qu'enfin il demeura fixé d'une manière permanente à côté du corps. Bientôt après, la tête s'inclina en bas et en avant sur le sternum. Quand le docteur Rogers le vit pour la première fois, l'appétit et la digestion ne semblaient pas avoir souffert; le sommeil était bon, les selles régulières. A l'examen, il trouva le muscle grand rond ossifié à sa partie supérieure et dans la direction de la clavicule au bras; le dépôt de matière osseuse formait des élévations hautes et irrégulières, le sterno-cléido-mastoidien était ossifié depuis le sternum jusqu'à la partie moyenne avec plusieurs élévations. C'était au dos qu'était la plus grande quantité de matière osseuse sous forme de tubercules. L'omoplate était fixé aux côtes

et parsemé d'excroissances osseuses; tous les muscles qui vont à l'omoplate paraissaient plus ou moins affectés, c'est à-dire le trapèze, le rhomboïde, le sous-scapulaire, etc. Le grand dorsal formait une large plaque osseuse, depuis son origine jusqu'à l'angle de l'omoplate. En ce point il était réuni aux côtes, et formait un tubercule volumineux. Le long dorsal était dans une condition pareille.

Le traitement fut varié et consista dans une série d'expériences dans le but de réprimer la prédisposition à la formation de la substance osseuse. La santé générale n'étant point matériellement affectée, on eut recours aux altérants tels que les diverses préparations de mercure unies à la salsepareille, puis on essaya des acides nitrique, muriatique, sulfurique, puis le carbonate de fer, l'iode, et le tout sans succès.

Après trois mois d'essais infructueux, on abandonna tout traitement actif, et l'on prescrivit pour nourriture principale des viandes salées dans le but de produire une sorte de scorbut artificiel, et en se fondant sur ce fait que, dans le scorbut, il ne se fait pas de dépôt de matière osseuse et qu'on voit même quelquefois des fractures réunies depuis plusieurs années se séparer dans la diathèse scorbutique.

Vers ce temps, par des raisons inconnues, le malade cessa pendant plusieurs mois d'appeler son médecin. En mars 1833, celui-ci le revit; il était fort changé, la santé générale avait souffert; il avait perdu la vivacité d'esprit et était devenu très-irritable; diarrhée, émaciation avancée. Les dépôts de matière osseuse avaient en quelque sorte changé de place; le sterno-mastoïdien était devenu libre, et la tête avait repris sa position verticale. Plusieurs des tubercules du dos avaient été absorbés et d'autres s'étaient formés en différentes places. Il y avait aussi des dépôts osseux dans les muscles qui entourent le grand trochanter, surtout du côté droit. Le malade était obligé de rester continuellement dans son lit, le moindre mouvement déterminant des douleurs intolérables. Une vaste collection de pus formée dans l'épaisseur de la cuisse, près de l'articulation, s'ouvrit et apporta du soulagement; mais la pression constante des tubercules osseux sur le dos, produisit une gangrène

étendue, et après trois semaines d'une douloureuse maladie, le malade succomba.

On trouva, à l'autopsie, les glandes mésentériques accrues en volume. Aucune trace de substance osseuse dans le système vasculaire; l'ossification semblait bornée au système musculaire. Les parties contenues dans l'abdomen et la poitrine parurent à l'état normal. Le grand et le petit pectoral étaient réunis et fixés aux côtes par une ossification solide; les portions tendineuses n'étaient point affectées. Durant cette partie de la dissection, on ouvrit un large abcès de chaque côté du thorax, contenant six onces de pus. Le docteur Rogers conserve dans son muséum des portions du long-dorsal, du sous-scapulaire et du pectoral. Dans plusieurs endroits des pointes osseuses faisaient saillie hors des muscles d'un ou deux pouces; et c'est sans doute à l'irritation qu'elles occasionnaient qu'il faut attribuer les abcès. (*Gazette médicale*, 1834). »

On pourrait rapprocher de ces faits, certains cas d'ankyloses multiples dans lesquels la totalité des articulations s'est soudée par un véritable travail d'ossification, comme le musée de la Faculté en possède un exemple.

La production d'exostoses multiples est le plus souvent, il est vrai, le résultat de l'affection syphilitique, comme dans le cas présenté par M. Demarquay à la Société anatomique, (octobre 1844), et observé sur un cadavre qui offrait des exostoses très-considerables aux membres supérieurs et inférieurs, et qui présentait des cicatrices manifestes de chancres; mais l'affection syphilitique n'est point la seule cause des exostoses, et peut-être, quelquefois, leur production pourrait-elle être considérée comme le résultat d'une sorte de diathèse.

On comprend que ces tumeurs pourraient être cause d'accidents variés, et qu'il pourrait être utile d'enlever celles qui, par la nature de ces accidents, réclameraient l'opération, si toutefois leur siège, leur forme, leur volume, et leur dureté, la rendaient praticable.

*Diathèse parasitique.*

Je ne m'occuperai pas ici des parasites externes, bien que dans quelques cas leur extrême abondance, malgré les soins de la propreté la plus scrupuleuse, puisse être difficilement expliquée.

Il doit seulement être question des entozoaires, que, d'après Linné, je partagerai en deux classes, selon qu'ils existent dans la cavité intestinale ou dans le parenchyme même des organes. Les premiers sont les vers intestinaux, les seconds sont les viscéraux. La difficulté d'expliquer leur génération a fait admettre une diathèse particulière. Il est effectivement difficile de se rendre compte de la production dans l'intérieur de notre système, d'êtres vivant d'une vie propre qui, n'ayant aucune analogie avec les autres espèces, et ne pouvant même exister dans le monde extérieur, ne peuvent conséquemment pas avoir été introduits en germe dans l'économie : à défaut d'explication on a admis une génération spontanée et consécutivement une diathèse.

Les vers intestinaux ont été divisés en de nombreuses espèces ; je n'ai point à les étudier ici sous ce rapport ; on sait combien il est fréquent d'en constater

l'existence dans l'espèce humaine, soit pendant la vie, soit après la mort. Certaines circonstances hygiéniques favorisent leur production; certaines espèces sont plus fréquentes à tel ou tel âge; certains traitements déterminent leur mort, favorisent leur expulsion et produisent ainsi une guérison qui peut devenir complète par la cessation, soit spontanée, soit aidée par l'art, de la diathèse elle-même.

A l'égard des vers viscéraux, leurs espèces varient aussi; certaines variétés affectent plus spécialement certaines espèces d'animaux; ainsi la douve du foie est fréquente chez le mouton. Le cysticerque constitue, chez le porc, la maladie connue sous le nom de ladrerie.

Chez l'homme, les plus fréquents sont l'hydatide acéphalociste, isolée ou multiple, et le cysticerque. Quelques organes y semblent plus particulièrement prédisposés, mais il en est peu où l'on n'en ait rencontré, soit isolément, soit simultanément. En effet, s'ils peuvent se montrer en petit nombre, ils infectent quelquefois toute ou presque toute l'économie. C'est surtout dans ce cas que l'on peut admettre une diathèse; comme exemples je citerai les deux suivants: le premier a été consigné dans la *Gazette médicale*, février 1844:

A l'autopsie on trouva, près de l'ombilic, deux tumeurs communiquant avec un conduit plein d'une matière d'une extrême fétidité, et qui allait jusqu'à la partie supérieure du foie, avec lequel il paraissait avoir autrefois communiqué. Huit ou dix hydatides stériles se trouvaient à la surface du foie, et en-

dessous il y avait un abeès qui contenait du pus et des débris d'hydatides. La vésicule du foie était très-dilatée et contenait des kystes semblables ; on voyait encore de nombreuses hydatides dans l'épaisseur du mésentère.

Le second a été observé par M. Demarquay sur le cadavre d'une femme qui avait succombé à une maladie chronique.

Tous les tissus étaient décolorés ; la peau était blanche, les muscles d'un vert pâle, très-amaigris ; ils se rompaient avec une grande facilité ; le tissu cellulo-graissé était peu développé et peu consistant ; tout le système musculaire était parsemé d'une multitude de vésicules ovalaires, les unes grosses comme une olive, les autres plus petites ; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elles étaient placées entre les fibres musculaires elles-mêmes ; d'autres fois, au contraire, elles se trouvaient entre deux muscles dans le tissu cellulaire unissant : toutes les recherches que nous fimes ne nous firent constater rien d'analogue dans le tissu osseux ; les viscères ne présentèrent point non plus de ces vers, si ce n'est les membranes cérébrales et le poumon droit, où nous observâmes deux cysticerques ; ces corps n'avaient plus ni le même volume ni la même forme, ils étaient globuleux et avaient le volume d'un gros pois, différent en cela de ceux que nous avons signalés plus haut, qui étaient ovalaires et présentaient le volume d'une olive. Ces cysticerques ont été étudiées par MM. Gervais et Desormeaux, et ils ont constaté qu'ils présentaient tous les caractères qui leur ont été assignés par Bremser.

Les cysticerques sont le plus souvent isolés et disséminés comme dans l'observation ci-dessus.

Dans certains cas, les hydatides forment des agglomérations ou des tumeurs accessibles aux opérations chirurgicales ; ainsi, certains kystes hyda-

tiques du foie peuvent être ouverts avec de certaines précautions, et vidés des entozoaires qu'ils contiennent; soumis à un traitement particulier, ils peuvent se cicatriser d'une manière définitive, mais une autre tumeur peut se reproduire dans un autre point.

Indépendamment des signes particuliers qui peuvent, dans quelques cas, faire reconnaître directement la nature de la maladie, l'existence antérieure d'une tumeur hydatique peut fournir au diagnostic une probabilité.

S'il n'existe qu'un petit nombre de tumeurs se présentant d'ailleurs dans des conditions qui les rendissent accessibles à la chirurgie, il serait indiqué d'opérer. Je ne sache pas qu'aucun fait tende à faire supposer que la guérison d'une tumeur hydatique active le développement des autres tumeurs semblables qui pourraient exister chez le même individu, mais l'on conçoit aussi qu'elle ne peut le ralentir.

La reproduction successive de plusieurs tumeurs de même espèce fournirait la base d'un pronostic d'autant plus grave, qu'aucun moyen connu n'agit sur la diathèse et ne peut s'opposer à la multiplication de ces tumeurs.

---

Si après avoir étudié en particulier les caractères propres à chacune des diathèses on examine celle-ci d'un coup-d'œil d'ensemble, on est aussitôt frappé de

leur importance et du large contingent d'applications pratiques qu'elles fournissent à la chirurgie.

Comme points de départ d'un grand nombre de lésions qui sont essentiellement de son ressort, comme influences susceptibles de modifier la marche des affections chirurgicales, comme éléments de diagnostic, et de pronostic, comme sources d'indications et souvent de contre-indications positives, les diathèses occupent une place immense en chirurgie comme en médecine, et prouvent évidemment que les deux branches de l'art de guérir sont inséparables, et que toutes deux, ont besoin de s'élever aux mêmes conceptions.

Nous avons vu que les diathèses peuvent trouver leur source dans l'hérédité; qu'elles peuvent être acquises, que dans quelques cas leur cause nous échappe, que d'autrefois elles sont dues à des influences appréciables. Quelques-unes sont plus particulières à tel âge qu'à tel autre; il en est qui, après un certain temps, peuvent s'amender et guérir par le seul progrès d'une évolution en quelque sorte normale. Certaines d'entre elles sont directement accessibles aux agents thérapeutiques; d'autres ne guérissent que plus rarement, quelques-unes peut-être jamais, malgré tous les efforts que l'art peut tenter pour les combattre.

Sans retracer ici le tableau de ces particularités et des déductions qui en découlent, je me bornerai à rappeler que la chirurgie n'est pas tout entière dans les altérations locales et leur traitement direct.

que dans aucun cas le chirurgien ne doit faire abstraction de l'état général du malade, et que l'étude des diathèses, sous une foule de points que j'ai cherché à signaler dans ce travail, mérite au plus haut degré de fixer son attention.

FIN.