Bibliothèque numérique
medic@

**Nélaton, Auguste. Leçons orales de Mr le Professeur Nélaton (Hôpital des cliniques)**

*1852.*
*Cote : ms5562*

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?ms05562

18 3562

# Hôpital des cliniques.

## Leçons orales

de Monsieur le professeur Nélaton.

1852.

1.

B.I.U.M.

A mon excellent maître

Monsieur le Professeur Nélaton,

Son élève reconnaissant,

L. Triquet

# Kyste hydatique du foie.

Leçon du 8 Janvier 1852.

Le n° 19 de nos salles est occupé par un homme âgé de 49 ans, d'une assez bonne santé et d'une constitution forte.

Il y a trois ans, Messieurs, cet homme a éprouvé une assez vive douleur dans la région du flanc droit; quatre mois plus tard, cette douleur, s'étant fait de nouveau sentir, fut combattue par deux une application de sangsues; six mois après on eut recours à un vésicatoire.

Enfin, après avoir
assez fréquemment éprouvé
des douleurs, le malade
entra en 1850 à l'hôpital
Beaujon, dans le service
de mr. Robert.

L'existence d'une
tumeur volumineuse fut
constatée dans l'hypocondre
droit; on diagnostiqua
probablement un kyste,
et l'on fit une ponction
qui, dit le malade, donna
issue à un liquide transparent: cette ponction
produisit un soulagement
notable et permit au
malade de sortir de l'hôpital.

La même affection
a fait entrer le 20 x^bre dernier

ce malade dans notre
service.

Il porte au côté droit,
au-dessous des côtes, une
tumeur volumineuse
occupant une partie de
l'épigastre, et s'étendant
presque jusqu'à l'hypo-
condre gauche. La percus-
sion donne une matité
complète ; à la palpation,
cette tumeur, qui semble
d'abord formée présente
de la fluctuation, de cette
fluctuation à laquelle
nous avons donné le
nom de Flot du liquide.

On perçoit ~~[illegible]~~ le
frémissement hydatique.

La douleur est locale

Nous avons donc ici, Messieurs, une tumeur du foie, un kyste hydatique.

---

Monsieur le professeur Nélaton, dans le traitement du kyste hydatique, a employé le procédé de Récamier, que chacun connaît, et qui consiste, en résumé, à faire adhérer le péritoine en opérant de petites cautérisations pour amener une inflammation locale.

Le 11 janvier — application de la pâte caustique ; formation d'une escarre large comme une pièce de deux francs.

12, 13, 14 ..... 22, mêmes applications de caustique —

24, 26, 28, (tous les deux jours) continuation de ces applications de caustique

4 — 3 février ; nouvelle application

Du 3 au 16, cessation des applications de caustique

16 — Introduction d'une éponge préparée pour agrandir la plaie ;

17, Tuméfaction de la tumeur ; évacuation d'un liquide blanc, séreux, en partie purulent ; il reste à peu près deux litres de liquide ;

18, rien de particulier

19 — frisson ; m.r le Professeur Nélaton craint une infection putride ;

20 février — Tous
préviens cette infection,
injection iodée qui présente
cette particularité que par
une seule goutte de l'iode
injecté ne sous de la plaie;
toutefois, il n'en résulte rien
de fâcheux pour le malade.

21, 22 et 23, nouvelles
issues de liquide (2 l 1/2 à
chaque fois). — nouvelle
injection iodée.

Cependant cette
suppuration abondante fait
rapidement déperir le malade.

24, un peu de frisson;
100 pulsations; envies de
vomir; fétidité des gaz.

25; amélioration

26, 27 et 28, — injections

1er Mars — On constate une constipation datant de 17 jours ; d'abord on ne cherche pas à la combattre ; ensuite elle résiste à l'eau de Sedlitz deux fois, et à l'huile de Ricin (16 gr). Elle cède enfin à quelques gouttes de croton.

Les jours suivants, on remplace les injections iodées par des injections chlorurées que l'on continue deux fois par jour.

Le 1er avril ; le malade sort de l'hôpital en bonne voie de guérison, la poche ne contient plus que quelques traces de liquide.

# Du cancer de la vessie

Leçons des 20 janvier 1852.
en

Il y a deux jours (le 18 janvier 1852), est entré dans nos salles, où il occupe le lit n° 15, un chapelier, âgé de 55 ans, se plaignant de difficulté d'uriner et de douleurs légères dans l'hypogastre.

Il dit avoir toujours joui d'une bonne santé; seulement, en 1844, il a eu un certain nombre d'hémorrhagies nasales assez copieuses, le sang était vermeil: elles n'ont du reste pas reparu. Quatre ou cinq hématuries, d'une durée moyenne

dont la dernière remonte à trois ans ; par dyscrasie cancéreuse cachectique ou héréditaire sur sa santé générale.

Il y a six mois, il a été pris subitement d'une hématurie assez abondante, survenue sans cause appréciable et sans aucune douleur.

Le malade a repris ses travaux après cet accident, et, depuis cette époque, il a eu des besoins d'uriner plus fréquents qu'à l'ordinaire, et parfois il ressentait, pendant qu'il rendait ses urines, une douleur assez vive à l'extrémité de la verge, s'accompagnant de chatouillements désagréables ; il rendait souvent, après avoir

urine, la valeur d'un plein de l'avant coudre de sang.

Il n'a jamais rendu de calculs, chez lesquels il affirme avoir éprouvé quelquefois de légères douleurs dans la région rénale gauche, s'irradiant vers la vessie, nous ne trouvons pas les signes d'une affection calculeuse de cet organe. Le malade a été sondé déjà par plusieurs chirurgiens, qui n'ont pas constaté de calculs dans la vessie ; il s'est présenté à nous amaigri, anxieux, tourmenté par des besoins fréquents d'uriner, et rendant une urine un peu colorée, mais aucune bimpite.

l'exploration est jugée nécessaire pour établir le Diagnostic.

J'ai pris une sonde pleine en étain, à très-petite courbure, et j'ai pénétré sans difficulté et sans occasionner de douleur jusque dans la vessie : Dirigeant alors le bec de la sonde en haut et en avant, il a été facile de le ramener du fond vers le col de la vessie en lui faisant ~~exercer~~ exécuter des mouvements latéraux, et j'ai senti le bec s'arrêter derrière la symphise du pubis.

La même manœuvre exécutée, le bec de la sonde étant à droite, m'a fait reconnaître que la vessie, sans

être grande, présente encore une certaine capacité, et qu'elle est libre à droite et en haut, le bec de la sonde dirigé à gauche, on peut d'abord exécuter les mêmes manœuvres latérales, mais bientôt il ne nous a plus été possible d'attirer la sonde vers le pubis: elle a été arrêtée par une masse assez grosse qui nous a paru molle et qui a maintenu cette sonde à environ deux pouces plus profondément que dans les autres parties de la vessie.

Cette exploration a été suivie de la perte d'une très-petite quantité de sang

par l'urètre ; le doigt dans le rectum nous a fait constater que la prostate présente son volume normal, mais elle est un peu dure. Nous n'avons pas senti de tumeur à l'hypogastre, la région rénale gauche est un peu plus sensible à la pression que la ✱ droite.

Pendant les premiers jours, le malade a pu conserver sa santé habituelle, mais bientôt est survenu un symptôme qui a confirmé le diagnostic déjà porté : le malade a rendu par l'urètre quelques portions de matière molle, noirâtre ou rougeâtre à l'extérieur,

d'un blanc grisâtre ou
d'isténuscieux, qu'il désigne
sous le nom de Carlate,
mais qui, examinés au mi-
croscope par Mr. Robin,
ont présenté les caractères
de la matière encéphaloïde

Ces désordres s'aggravent
tandis est survenue il y a quel-
ques jours; les urines, beau-
beuses, contiennent une
plus grande quantité de
fragments encéphaloïdes, et
exhalent une odeur répous-
sante qui a été donnée comme
~~caractéristique~~ caractéristique de ce
cancer; en même temps,
le malade s'est plaint
d'une douleur déchirante
dans la fosse iliaque gauche,

s'irradiant vers la ligne médiane.

Par la palpation nous avons pu constater une tumeur globuleuse douloureuse à la pression, située au-dessus du pubis et un peu à gauche ; la difficulté d'uriner, déjà grande à l'entrée du malade, a considérablement augmenté ; elle résulte tout entière de ce que des fragments encéphaloïdes viennent boucher l'urètre ; après qu'ils ont été expulsés, le cours de l'urine, subitement interrompu, se rétablit sans efforts.

En même temps, il est survenu du dévoiement,

de la faiblesse, et le malade, épuisé par les efforts d'expulsion de l'urine, a éprouvé des évacuations involontaires; l'envie d'uriner est devenue permanente, la face grippée, les yeux hagards, et enfin le malade a succombé le 17 février dans des douleurs atroces, bien que les opiacés aient été employés chez lui sous toutes les formes, ainsi que les astringents et les toniques.

Dans les derniers jours, la peau a été assez fortement colorée en jaune, bien que les conjonctives ne présentassent pas la teinte ictérique.

Au début donc, Messieurs, était la tuberculose, et comme premier symptôme apparent, une hématurie indolente.

Sans doute, à cette période de la maladie, le diagnostic n'est pas encore suffisamment éclairé; une simple hématurie peut appartenir à bien des affections diverses, et d'abord elle doit avoir pour siège de départ les reins, les uretères, la vessie ou le canal de l'urètre. L'hématurie, pour nous, est la dénomination par l'urètre d'un sang pur ou mélangé d'autres liquides venant des

reins, des uretères ou de la
vessie, mais expulsé par
les contractions de ce dernier
viscère. Nous mettrons tout
de suite de côté les hémor-
rhagies de l'uretère qui ne
rentrent point dans notre
définition; car elles ont sous
contraction vésicale et sans
aucun mélange d'urine,
sans être précédées d'envie
et d'efforts pour uriner.

Vous n'avez point
encore traité l'occasion,
dit un Pendrin, d'observer
les ~~Debs~~ désordres qui peu-
vent se rapporter à une
hémorrhagie idiopathique
survenue dans l'uretère,
mais ne connaissant

même aucun fait qui établisse que cette hémorragie ~~[illegible]~~ ait été rencontrée. Reste donc à différencier l'hémorragie rénale de celle qui est la conséquence d'une affection de la vessie ; la première s'accompagne toujours de douleurs dans la région lombaire, et est presque constamment symptomatique d'une affection calculeuse du rein, qui se révèle par une série de symptômes qu'il est impossible de méconnaître. Il serait superflu de donner les raisons qui distinguent

L'hématurie dite idiopathique, tout le monde connaît combien sont fréquentes les causes qui peuvent lui donner naissance.

Nous ne parlerons donc pas de l'exercice du cheval, de l'abus des diurétiques, de l'usage exagéré de la Digitale, en particulier ou des cantharides, pas plus que de l'influence des climats, entre autres celui de l'Isle de France où l'hématurie est endémique; l'existence d'une de ces causes éloignera tout de suite l'idée d'une hémorrhagie symptomatique.

Jamais celles-ci, si la

Douleur et la chaleur profonde se manifestent dès le commencement de l'hémorrhagie, si elles affectent seulement un côté des lombes en se prolongeant vers l'hypogastre, si elle a précédé et si elle accompagne l'expulsion des urines sanguinolentes, on est fondé à présumer que c'est dans le rein que siége la maladie : **La douleur gravative concentrée à l'hypogastre et vers la région du sacrum**, avec des épreintes vésicales qui forcent le malade à se présenter souvent pour uriner très-souvent sans avoir à rejeter que des urines sanguinolentes, indique

que le siége de la maladie se trouve dans la vessie.

Ce siége une fois établi, la constatation d'une tumeur hypogastrique qui est le siége d'une douleur lancinante, et s'accompagne, dans certains cas, d'expulsion par l'urètre de lambeaux de ~~chair~~ chair comme pourrie, ne laissera plus aucun doute sur la nature du mal.

Après l'hématurie, la difficulté d'uriner et des douleurs à l'hypogastre signalent la marche du cancer vésical ; mais ces symptômes se présentent à des époques bien différentes, il n'y a pas une véritable

rétention d'urine ; secondement par suite de l'épaississement squirreux des parois qui diminuent la contractilité, il se fait fréquemment une accumulation d'urine dans la vessie qui, distendue outre mesure, devient par là incapable d'expulser les liquides qu'elle contient.

Il arrive alors que l'on sent une tumeur hypogastrique ; les malades urinent goutte à goutte et par regorgement. Rarement le col vésical est malade ; aussi la rétention par obstruction de ce col est-elle peu fréquente dans certaines circonstances ;

mais, surtout lorsque la maladie est déjà avancée, il se détache de la surface de la tumeur cancéreuse de petits lambeaux qui, macérés par l'urine, sortent par l'urètre, et présentent un aspect brunâtre; les auteurs les ont comparés à des fragments de chair pourrie. Ces fragments peuvent, au moment où il vient d'être expulsés, venir s'affronter contre le col pendant la miction, et empêcher ainsi l'urine d'être chassée au dehors. Cette espèce de rétention d'urine, qui peut être considérée comme acci-

de telle, a celle de remarquable que le jet est brusquement interrompu au moment où, par les efforts du malade, l'obturateur s'interpose, et qu'il reprend au contraire un plein cours dès que le fragment obturateur a été expulsé.

Dans ces circonstances, la cause de la rétention est juste à saisir; à mesure que la lésion vésicale va grandir, les douleurs, d'abord légères, puis plus aigues, mais intermittentes, vont bientôt présenter le caractère lancinant que M. Civiale prétend, à tort selon nous, n'être pas

constant. Autre de douleurs, qui ont pour siège le fond de la vessie, les efforts de la miction sont ordinairement accompagnés de démangeaisons et même de douleur au bout de la verge.

A cette période, et souvent même bien avant, les urines présentent déjà des caractères particuliers; claires au début, elles se présentent plus tard, mêlées à une quantité de sang variable, mais toujours reconnaissable par les moyens ordinaires; tantôt elles laissent déposer au fond d'un verre une masse d'un

jaune rougeâtre, gélatiniforme, où le microscope et la chimie reconnaissent facilement les globules sanguins ; tantôt, au contraire, le liquide tout entier est d'un brun franchement rougeâtre ; quelquefois enfin les urines sont bourbeuses.

Parallèlement à ces dégradations de couleur, qui ne correspondent pas sans exceptions à des périodes de plus en plus avancées de la maladie, on observe des changements dans l'odeur qui, de forte et ~~repoussante~~ piquante, devient tellement repoussante,

que Brodie m'a fait
craindre de l'appeler cada
véreuse. La tumeur hy-
pogastrique peut présenter
un volume bien différent:
sensible le plus souvent
à la palpation, elle peut,
dans quelques cas, comme
M. Cougnon en cite un exemple,
être visible à l'oeil.

A côté de ces symp-
tômes locaux, Messieurs,
marche le cortége inévitable
des phénomènes généraux
d'une affection cancéreuse:
la santé, conservée au
début, éprouve de légères
altérations par la fréquence
des hématuries qui, si elles
sont abondantes, augmentent

la faiblesse du malade).
Les efforts continuels qu'occasionnent les diverses causes de rétention d'urine que nous avons signalées viennent encore épuiser les forces. Les besoins d'uriner, si impérieux et si fréquents qu'on pourrait dire qu'ils sont continuels, font prendre au malheureux qui en est atteint les positions les plus étranges, et après des efforts inouïs, il parvient à peine à expulser quelques gouttes d'urine bourbeuse et fétide.

A cette période, et même déjà dès que la difficulté d'uriner est persistante, arrivent des symptômes

intestinaux, du météorisme, de la diarrhée; le pouls, petit et dur, est d'une fréquence modérée, rarement excessive: la peau, chaude et sèche, ne se humecte que exceptionnellement, et, dans quelques cas rares il est vrai, la sueur peut offrir une odeur urineuse; lorsque, par exemple, la rétention d'urine est complète depuis deux ou trois jours.

Les malades sont en proie à une anxiété des plus terribles, il survient un amaigrissement rapide, et la mort arrive le plus souvent lorsqu'ils ont déjà

atteint les derniers degrés de
gravité.

Cette succession de
symptômes, hématurie,
douleur et tumeur hypogastri-
que, rétention d'urine,
fièvre hectique, constituent
la marche ordinaire de
l'affection qui nous occupe.

L'ordre des symptômes
varie quelquefois; ce n'est
cependant que très-exception-
nellement que la douleur
et la difficulté d'uriner
précèdent l'hématurie.
La lésion peut, pendant un
temps variable, rester latente;
mais, messieurs, lorsque
la douleur et l'hématurie
sont survenues, les choses

marchent ordinairement avec rapidité, et une terminaison fâcheuse vient mettre fin aux tortures du malade.

La mort est donc la terminaison inévitable du cancer vésical ; elle arrive, soit par la faiblesse générale résultant de l'abondance des hématuries ou des efforts d'expulsion causés par la rétention d'urine, soit encore en vertu de cette espèce d'altération qui influence l'économie toute entière, alors même que l'état local des organes n'implique point une terminaison fatale.

C'est ici, messieurs, le lieu de vous annoncer quelle est la fréquence de l'infection générale à la suite du cancer vésical : M. Lebert ne l'a jamais observée ; mais le fait que nous venons de recueillir en est un exemple frappant ; un autre, recueilli dans le service de M. le professeur Cruveilhier, a la charité, ne nous paraît pas moins concluant (v. anat. pathol.).

---

L'autopsie est venue confirmer pleinement le diagnostic posé par M. Nélaton :

On ouvrant l'abdomen on observe que la vessie forme

Derrière la symphyse pubienne une tumeur ovoïde de 7 centimètres de largeur sur 9 centimètres de longueur. Son aspect extérieur paraît sain ; seulement, vers la partie postérieure et gauche de cet organe, on observe une tumeur du volume d'un petit œuf, mais très-allongée, formée dans le tissu cellulaire pelvien, et constituée par une masse cancéreuse qui s'unit, par des prolongements assez grêles, aux ganglions iliaques du côté gauche qui sont durs et tuméfiés ; ceux de la région correspondante à droite

sont aussi malades, mais à un moindre degré.

En ouvrant la vessie, on constate que la moitié antérieure et gauche, la paroi latérale et les deux tiers postérieurs du fond de cet organe du même côté présentent une masse noirâtre à l'extérieur, formée par des espèces de pédoncules mamelonnés, réunis par une base large, et divisés à leur sommet, où ils sont ramollis. Une tumeur vient s'ouvrir dans un point qui correspond presque au centre de cette tumeur; son orifice vésical laisse à peine

pénétrer un stylet ordinaire qui vient s'arrêter, sans le détruire, au sommet d'une des pédonnules mentionnées.

Sur la paroi latérale droite, au niveau de l'ouverture de l'uretère droit, on observe une plaque grisâtre, légèrement soulevée, présentant l'aspect des plaques gaufrées de la fièvre typhoïde. Le canal de l'uretère vient s'ouvrir dans la vessie, au niveau d'un assemblage de petites tumeurs qui, s'implantant sur son col, laissent cependant son orifice complètement libre. Ces tumeurs ne sont pas suffisamment mobiles pour

avait pu venir baigner le canal de l'uretre pendant les efforts d'expulsion de l'urine. La tumeur observée dans la vessie avait présenté tous les caractères du cancer encéphaloïde ulcéré. Une trame aréolaire résistante, laissant suinter, par la pression, un liquide blanchâtre, que le microscope a reconnu pour de l'ichor cancéreux.

Les parois vésicales hypertrophiées ont présenté extérieurement des adhérences très-résistantes avec la tumeur du bassin dont nous avons parlé, mais sans se continuer avec elle.

La prostate, dure et de volume normal, est aussi très-adhérente à la tumeur pelvienne. Les canaux différents, affligués sur la surface externe de la vessie, sont perméables, l'un d'eux présente seulement un point cancéreux, qui le fait adhérer fortement aux parois du réservoir de l'urine.

La vessie contient environ 200 grammes d'un liquide noirâtre, épais, tenant en suspension des fragments de substance encéphaloïde; l'odeur qu'il exhale rappelle celle des urines rendues pendant les

Derniers jours de la vie du malade. Le canal de l'urètre n'a présenté aucune altération, pas plus que les vésicules séminales.

Le rein droit et l'uretère du même côté sont sains, l'orifice vésical de ce dernier a les dimensions normales. L'uretère gauche, au contraire, est considérablement dilaté, et son orifice inférieur est rétréci sans être complètement obturé; il présente plus de deux centimètres de diamètre à sa face interne.

Le rein qui lui correspond offre un volume

double de celui du côté opposé ; il est ~~régulier~~ irrégulier et granuleux à sa surface externe qui, tout en ayant la coloration normale est parsemée de petits points d'un blanc grisâtre ramollis, pénétrant plus ou moins dans la substance corticale de cet organe.

Les deux substances corticale et tubulaire des reins sont parfaitement reconnaissables. Le calice et le bassinet sont sans altération appréciable ; deux petits kystes séreux s'observent à la paroi antérieure de cet organe.

Les diverses glandes,
des corps n'ont présenté
aucune lésion, et les autres
organes, examinés avec soin,
n'offrent aucune trace
de cancer

# Diagnostic des Tumeurs des Bourses.

Leçon du 25 Janvier 1862.

Un malade couché au n°11 nous offre une Tumeur des Bourses d'un diagnostic difficile.

C'est un jeune homme de 24 ans, bien portant d'ailleurs, qui est atteint depuis trois ans **d'une hernie inguinale droite.**

Cette hernie était contenue par un mauvais bandage, qui permettait à la Tumeur de s'échapper en partie au dessous de la pelotte et l'étranglait sans la maintenir réduite.

Ce malade, garçon de

café, m'en continuait pas
moins ses occupations, que
de fréquentes indispositions
(coliques) l'obligeaient à se sus-
prendre de temps en temps.

Il y a deux mois, qu'une
nouvelle tumeur apparut dans
les bourses, et cette augmenta-
tion de volume est devenue
assez gênante pour l'engager
à entrer à l'hôpital.

C'est un jeune homme
d'une robuste constitution;
le scrotum du côté droit présente
une première tumeur plus
grosse qu'un œuf; le testicule
occupe la partie inférieure.

Au-dessus de cette première
tumeur, il s'en trouve une
seconde, du volume d'une

petite main, douce au toucher, quand on la presse, elle résiste comme un tissu et non comme un liquide; elle est opaque, sans transparence dans aucun de ses points et glisse de bas en haut avec facilité.

Cette tumeur semble libre, sans adhérence avec le testicule: sa mobilité lui permet d'échapper aux doigts qui la comprimeront, et cependant on la dirait suspendue à une sorte de pédicule qui s'enfonce à travers l'anneau inguinal jusque dans l'abdomen, où on peut la suivre et la palper.

En résumé, tumeur très-dure s'engageant dans le canal

inguinal et supportée en appa-
rence par un pédicule.

Hier, je croyais avoir
là une hernie épiploïque
irréductible en partie; aujour-
d'hui, j'ai fait un examen
plus minutieux: j'ai comprimé
la tumeur; elle a fui dans
le canal inguinal et s'est
arrêtée au-dessus de l'anneau;
pendant cette manœuvre, épi-
ploon reste dans le scrotum
où l'on peut bien positivement
constater sa présence
par le toucher; cette tumeur
glisse donc à côté d'un pédi-
cule épiploïque irréductible.

Parmi les suppositions
que l'on peut faire, voici celles qui

s'offrent à ma pensée :

Est-ce une hydrocèle enkystée du cordon, un vieux sac herniaire, une portion de tunique vaginale oblitérée ?

La tumeur existe-elle dans le tissu cellulaire même des cordons ?

Quoi qu'il en soit, ces hydrocèles enkystées du cordon jouissent quelquefois d'une mobilité extrême.

Si nous avons en même temps une épiplocèle.

Mais nous n'avons pas trouvé de transparence, et l'épiplocèle, placée sur les côtés, pourrait très bien intercepter la lumière.

Nous savons aussi qu'il

y a des hématocèles du cordon, comme de la tunique vaginale, et notre malade peut être exposé à des contusions du scrotum en travaillant ; nous pensons donc avoir affaire à une hématocèle traumatique ; durant, l'hématocèle peut aussi se développer spontanément.

Dans l'une ou l'autre de ces hypothèses, l'épanchement sanguin manquerait la transparence que l'on trouve habituellement dans les kystes.

Dans ce cas particulier, le diagnostic n'a pas besoin d'être plus précis ; il n'y a pas de danger, et nous devons

temporiser.

Puis une question le présente :

Faut-il maintenir la tumeur réduite, ou la laisser à l'extérieur ?

Nous conseillons au malade de porter un suspensoir pour tenir les bourses relevées, et un bandage élastique à ressort faible, pour maintenir mollement la tumeur réduite.

# De la pupille artificielle.

Leçon du 30 janvier.

Nous allons pratiquer devant vous, Messieurs, une pupille artificielle :

Cette pauvre femme, âgée de 38 ans, a déjà été opérée une fois ; mais elle rebrousse constamment ses paupières et vient frapper ainsi sa cornée ; de sorte qu'elle a perdu de son œil et en mon opération.

La même cause qui a fait manquer celle-ci a produit le même résultat pour celle qui fut pratiquée

il y a quelques mois par M. Jaujuay.

L'œil droit est complètement fondu.

Quant à l'œil gauche, il peut encore distinguer la lumière de l'ombre, et l'occlusion de la pupille me semble seule produire ce résultat.

Vous devrez donc chercher à remédier à cette oblitération de la pupille au moyen d'une opération: et cette opération a pour but de pratiquer une pupille artificielle.

M. Ce fut Cheselden qui en 1728 inventa cette opération:

Un petit couteau, introduit derrière l'Iris, servait à pratiquer dans cette membrane une incision transversale; par ce moyen, Cheselden obtint un succès.

Mais les chirurgiens qui tentèrent d'exécuter cette opération après lui s'aperçurent bientôt de ce que l'incision avait une grande tendance à se refermer. Aussi a-t-elle reçu de nombreuses modifications: la plus importante est celle de M. Velpeau;

à l'aide d'un couteau plus étroit que celui

de Wenzel, et tranchant des deux côtés, on pénètre dans la chambre antérieure; on traverse l'iris avec précaution et après un trajet de 5 à 6 millimètres dans la chambre postérieure, on ramène la pointe dans la chambre antérieure, on traverse de nouveau l'iris d'arrière en avant; puis on achève la section de la cornée comme pour l'extraction de la cataracte: seulement l'incision de cette membrane est accompagnée d'une incision demi-circulaire de même forme que l'iris.

2° Au lieu de pratiquer

une incision horizontale,
M. Guérin de Bordeaux
fait **deux incisions en croix**; cette
méthode procura un succès
à son auteur; mais l'ouverture
d'une pupillaire avait encore
une grande tendance à se
refermer.

3° Scarpa, frappé des
inconvénients que présentaient
les deux méthodes précédentes,
en créa une nouvelle; il
imagina de décoller la
grande circonférence de l'Iris
dans une grande étendue;

C'est la méthode des
décollements. Mais cette méthode
est dangereuse et infidèle:
**Dangereuse**, car on a vu
naître à sa suite des névralgies

intenses comme à la suite de l'abaissement ;

infidèle ; car la partie décollée se referme ; et de plus, en supposant que tout aille pour le mieux, la pupille se trouve placée en dehors des rayons lumineux.

Cette méthode a été complétement abandonnée depuis que Wenzel a apporté à celle de Guerin la modification suivante :

Procédé Wenzel — On pratique un lambeau semi-circulaire à l'iris en même temps qu'à la cornée, comme dans le procédé de M. Velpeau, qui n'est vraiment que le premier temps du procédé

de Wenzel: puis, soulevant le lambeau de la cornée, on saisit celui de l'iris avec des pinces, et on l'excise avec des ciseaux courbes, de manière à obtenir une ouverture circulaire.

4° M. Desmarres a modifié ce procédé de la manière suivante: 1° l'incision de la cornée est faite comme dans le procédé de Wenzel; 2° Des pinces à dents de souris sont introduites à travers la plaie et vont saisir l'iris à sa partie moyenne, ou mieux dans le point correspondant à la portion de cornée restée transparente. L'iris cède; on l'attire au dehors

en l'effilant ; c'est une sorte de rapprochement, et cette modification est très-importante, comme vous le verrez dans un moment.

3° Enfin M. Guépin a proposé de faire éprouver à la pupille **une sorte de déplacement** ; par exemple, dans le cas de tache centrale de la cornée ; cette idée est séduisante. La cornée peut être attirée dans un sens ou dans l'autre. **Société opératoire.** — 1° M. Guépin fait à la circonférence de la pupille une incision ; — 2° une pince attire l'iris, et la pupille est alors attirée derrière la partie de cornée restée transpa-

route.

Ainsi, Messieurs, nous avons à notre disposition ~~cinq~~ cinq méthodes opératoires principales:

1°= L'incision de l'Iris transversale (Cheselden, Janin, Maunoir, Velpeau).

2°= L'excision (Guérin, Wenzel)

3°= L'arrachement (Desmarres)

4°= Le décollement (Scarpa)

5°= Le déplacement (Guépin).

---

Le 2 février 1852, Monsieur le Professeur Nélaton a pratiqué cette opération de pupille artificielle par le procédé de Mr Desmarres; une difficulté se présentait

Dans ce cas particulier, la chambre antérieure était petite, de sorte qu'il était difficile de faire l'incision de la Cornée sans toucher l'Iris.

Cependant M. Nélaton parvint à exécuter l'opération très-heureusement.

1° Le couteau lancéolaire a été introduit avec une extrême lenteur à travers la Cornée, de façon à tailler un petit lambeau;

2° Des pinces délicates à Dents de Souris introduites à travers la plaie: l'iris a été saisi à la partie moyenne et la partie saisie a été arrachée en l'effilant.

On n'a pas remarqué que le plus petit épanchement de sang se fût fait dans la chambre antérieure.

Suites de l'opération —

30 janvier : — Le jour de l'opération la malade a eu un peu de céphalalgie qui s'est dissipée sous l'influence d'une saignée (Calomel, 0,50 en 10 paquets).

Pansement comme pour la Cataracte, (bandelettes, bandeau etc — ).

1er et 2 février — Calomel et pansement continués.

3 février — Il n'y a pas d'accidents : l'iris offre une belle perforation sans tendance à se refermer.

La plaie de la cornée

entre unie.

15 Février — La malade demande à sortir.

La plaie de la Cornée s'est réunie par première intention ; la pupille pratiquée est un peu irrégulière, mais large de 3 à 4 millimètres au maximum.

La malade peut se conduire et lire suffisamment bien.



# Des Plaies Contuses, et De la Contusion.

Leçon du 28 ~~janvier~~ février 1852.

Vous avez vu, messieurs, un jeune homme atteint d'une plaie contuse au pied gauche : il est imprimeur et mêle les feuilles sous les rouleaux qui impriment ; la table, dans ses mouvements de va et vient a rencontré le talon qui s'est engagé en partie sous la traverse : la pression a été très-forte ; les téguments ont été coupés ± par la première saillie du corps contondant ; la plaie existe sur la face externe

du calcanéum parallèlement à son axe antéro-postérieure; les lèvres de cette plaie sont contuses, noirâtres, sans hémorrhagie notable. La plaie n'intéresse que la peau, la couche celluleuse et la couche fibreuse sous-jacente.

Un peu plus haut, la plaie avait intéressé les gaînes tendineuses des péroniers et cette complication eût été plus sérieuse: heureusement il n'en est rien. Cependant nous n'avons pas hésité à soumettre ce membre à une irrigation continue faite avec de l'eau tiède.

Mon intention, Messieurs,

en vous parlant de ce
malade et de vous indi-
quer les précautions qu'exigent
les irrigations continues; il
ne faut pas d'interruption

Un seau est suspen-
du au ciel du lit; un tube
conducteur plonge au fond et
descend jusques sur la plaie
et verse à l'intérieur convena-
blement, continuellement
et goutte à goutte, un liquide
simple, qui recouvre la solu-
tion de continuité; quand
on établit un courant continu,
à travers plusieurs compresses,
l'eau dans ce cas ne mouille
pas les parties profondes, les
compresses inférieures sont
tièdes, ou même chaudes:

Il n'y a point de suppuration réelle : il ne faut par conséquent employer qu'un seul linge qui serve à étendre l'eau à la surface de la plaie.

Ici, l'appareil fonctionne depuis cinq jours, et aucune trace de phlegmasie ne sert manifeste : le pied est tout à fait normal, pas de travail inflammatoire : la douleur est nulle ; mais cette douleur ne tarde pas à se manifester, aussitôt que le courant d'eau est supprimé ; et quand on le rétablit, on la voit disparaître à l'instant.

L'absence de douleur, ne doit pas, nous inspirer une sécurité trompeuse ; et bien

que la suppuration soit médiocre
la douleur peu prononcée, il
n'en faut pas moins examiner
le membre, chaque jour et avec
attention, car il peut se faire
des suppuration profondes qui restent
qui restent long temps à l'état latent:
et au moment où l'on s'en doute
le moins, le pus d'un abcès
peut déjà avoir fusé au loin.
Il faut donc explorer bien
souvent et avec soin le
fond de ces plaies soumises
aux irrigations: par là, on
se trouve en mesure d'ouvrir
un foyer à temps, quand la
suppuration apparaît avec
des caractères non équivoques.

Chez notre malade
nous n'avons aucun signe

indigeantes une complication quelconque : ainsi :

1° Vous ne trouverez pas de trace d'inflammation dans les téguments ou la couche sous-cutanée.

2° Il n'y a pas de douleurs nocturnes qui se rencontrent dans les maladies des os, quelle que soit leur nature.

Vous devrez donc continuer les irrigations.

Mais quel en sera le terme ?

Rien n'est plus difficile que de savoir suspendre à temps l'irrigation ; si la douleur reparaît, il faut continuer ; et n'est seulement après avoir essayé à plusieurs reprises, qu'on peut voir, si l'on peut définiti-

Vement abandonner l'irriga-
tion et me faire par un pan-
sement simple

---

Si, l'irrigation a été
continuée Douze jours; un panse-
ment simple fut alors mis en usage en 3
semaines ont été nécessaires pour mener
cette plaie à cicatrisation.

# De la Contusion.

Nous avons encore une malade qui a de l'analogie avec celui qui vient de fixer votre attention : c'est une jeune femme qui, en tombant dans une cave, s'est heurtée la cuisse droite.

Cette chute détermina une vaste ecchymose ; mais la malade reprit ses occupations quelques jours après : la douleur d'abord légère augmenta peu à peu, et elle est entrée dans nos salles le 12ème jour, environ, de l'accident.

Etat local — Vers la partie supérieure et externe de la cuisse droite, nous voyons des taches violacées, verdâtre avec des tons jaunes, disséminées en cercle : mais nous

le centre de cette ecchymose, on trouve une sorte de dépression se confondant avec les parties voisines : en cet endroit, il est facile de percevoir une **fluctuation** bien manifeste.

Cette sensation de fluctuation excite si l'on applique les mains, soit en avant ou en arrière, soit de haut en bas.

Ce précepte est surtout indispensable dans certaines régions : et la région de notre malade est une source d'illusions à ce sujet.

En effet, quand on explore la partie supérieure de la cuisse, les muscles qui sont là s'insinuent à la pression. **Le Phénomène de la fluctuation** : mettez alors

vos mains en haut et en bas, et agissez dans ce sens si vous voulez percevoir une fluctuation bien réelle.

Il y a là, surtout à la partie externe de la cuisse, le muscle tenseur du fascia-lata, qui peut induire en erreur, principalement quand le membre est demi-fléchi.

Toutes ces précautions prises, nous avons manifestement trouvé de la fluctuation indiquant une collection liquide.

Autour de cette collection liquide, il y avait un bourrelet dur, observé au crâne par J. L. Petit, Pott, et simulant un enfoncement de fracture.

Ce qui trompe au crâne

c'est qu'on touche un épanchement sanguin et non un os sous-jacent ; mais appliquez le doigt sur la partie la plus saillante et laissez-le appliqué quelques moments, le liquide ou les caillots s'aplatiront sous le doigt et vous aurez bientôt une dépression, là où vous pensiez toucher un os ; cette illusion est donc complétement et facilement détruite.

Aux membres, ces bourrelets sanguins circulaires, simulent des **ruptures de muscles** : telles sont les réflexions qui peuvent s'appliquer à la contusion envisagée au point de vue clinique.

En ce qui concerne les

~~Théorie~~ Théorie, voici ce que nous savons à ce sujet :

Le sang épanché dans nos tissus subit quelques transformations importantes à connaître :

Un travail inflammatoire peut survenir et amener à sa suite une toute autre série de phénomènes : Douleur, rougeur, chaleur, tuméfaction, & avec des symptômes généraux indiquant un travail phlegmasique.

Dès que le foyer s'enflamme, la résolution n'est plus possible : le pus mêlé au sang produit souvent des phénomènes d'intoxication putride.

C'est cet accident qui nous menaçait chez notre malade, et l'incision que nous avons faite n'a pas empêché tout à coup les **phénomènes d'intoxication putride commençante** : frissons, malaise, fièvre, délire, tels sont les symptômes qui annonçaient un état typhoïde résultant du croupissement du pus dans un vaste foyer (abcès sanguin).

Nous ferons des injections iodées dans ce foyer, et ces symptômes alarmants disparaîtront bientôt.

Concluons de ce fait, de ces symptômes : qu'un foyer sanguin contenant **sans inflammation** ne doit pas être ouvert ;

S'il vient à s'échauffer, et à former abcès, il faut l'ouvrir de suite : si des symptômes d'intoxication putride apparaissent, les injections simples ou iodées, les pansements bien faits seront mis en usage avec espoir de succès.

---

Obs. notre malade, a traitement a produit le plus heureux résultat : sous l'influence des injections iodées, les symptômes d'infection putride ont disparu en quelques jours ; au bout d'un mois, le malade était guérie.

# De la Fistule Stercorale

Leçon du 11 février 1852.

Vous avez, Messieurs, en ce moment dans nos salles un malade atteint de Fistule stercorale.

C'est un jeune homme de 19 ans, cultivateur; d'une bonne constitution, il jouissait d'une excellente santé, lorsque le 24 8bre dernier, tout à-coup, sans cause connue, il fut pris, en travaillant, de douleurs avec coliques violentes.

En même temps, une petite grosseur se montrait au pli de l'aine du côté

droit : en quelques heures, les douleurs furent assez vives pour forcer ce jeune homme à rester chez lui.

A son arrivée, il fut pris de vomissements bilieux, puis de matières fécales, qui continuèrent les jours suivans.

Un médecin qui fut appelé reconnut une hernie, et tenta la réduction, mais sans pouvoir réussir.

Des sangsues, des cataplasmes, des bains furent employés avec persévérance pendant **12 jours** ; à cette époque, les vomissemens avaient disparu ; mais la tumeur était devenue

plus volumineuse, rougeâtre, avec empâtement; des élancements s'y faisaient sentir; une vaste incision fut pratiquée parallèlement au pli de l'aine et l'on en vit sortir du pus, et du sang mélangé de matières fécales.

Depuis lors, les matières sont sorties, et par la plaie et par l'anus.

La plaie s'est retrécie peu-à-peu et se présente comme une simple perforation, ou fistule que nous voyons aujourd'hui, au niveau de l'anneau crural.

On s'assure de

cette disposition en conduisant le doigt vers l'anneau inguinal, où il s'engage en palpant le canal déférent.

C'est donc bien **une hernie crurale terminée par gangrène.**

Nous trouvons aujourd'hui :

1° Un orifice fistuleux au niveau de l'anneau crural ;

2° Cet orifice peut à peine recevoir un stylet de trousse ;

3° il donne passage à des matières intestinales (mucosités brûlures, verdâtres).

Nous avons ensuite

Demandé au malade:

4°= Si, il y a quelque temps, quand l'orifice était plus large, des matières reconnaissables s'en échappaient (carotte, salade, etc.); ses réponses ont été affirmatives: quant à la quantité qui s'échappe aujourd'hui, elle est telle qu'elle tache seulement 4 compresses en 24 heures;

5°= actuellement notre malade va à la selle naturellement; la fistule tend donc à guérison;

6°= pendant les premiers mois qui ont suivi son accident, ce jeune homme

avait un peu maigri ; mais son embonpoint et sa force commencent à revenir.

Le Diagnostic ne saurait être douteux, d'après ce que nous venons d'exposer : il s'agit là d'une **fistule stercorale, consécutive à une hernie crurale étranglée et communiquant avec l'intestin grêle.**

Il y a en outre ces variétés des positions intérieures qu'il faut connaître ; elles sont très-variables : notre malade a eu une hernie crurale ; cette hernie était enveloppée d'un sac

la hernie (c'est-à-dire l'intestin) et le sac qui l'enveloppaient ont été partiellement détruits par la gangrène.

Ce travail pathologique a été très-bien observé et décrit par Scarpa; vous pouvez le lire, Messieurs, dans son beau travail sur les hernies, les différentes ressources que la nature met en usage dans ces cas pour arriver à la guérison.

Deux mots seulement: une anse intestinale est étranglée; cet étranglement, quand il n'est pas levé à temps, détermine

par gangrène ; un abcès se forme autour des parties mortifiées ; on ouvre ou il en a ouvert, il reste un sac perforé par la gangrène, et enveloppant les deux bouts d'intestin accolés l'un à l'autre.

Cet intestin est attiré peu à peu dans l'abdomen par la rétraction du mésentère ; le sac reste à sa place, fixé par des adhérences au pourtour de l'anneau et constitue ce que Scarpa a désigné sous le nom de infundibulum, ou d'entonnoir membraneux

Maintenant, Messieurs, que nous connaissons la disposition anatomique que nous offre une hernie terminée par gangrène, examinons un moment les obstacles qui s'opposent au passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur.

Nous avons déjà vu que les deux bouts d'intestin formant l'anse ou la partie d'anse gangrenée (dans l'orifice fibreux) remontaient dans l'abdomen accolés l'un à l'autre ; il y a donc, au moment de leur séparation, ou d'élargissement c'est-à-

dire de leur sortie du sac, une espèce d'angle formé par la paroi opposée à celle qui a été frappée de gangrène.

Cet angle situé au point de jonction des deux bouts intestin a été nommé éperon ; c'est une sorte de promontoire anguleux, formant saillie, et par conséquent devant gêner le cours des matières fécales, car en sortant du bout supérieur, elle s'échappent à l'intérieur en traversant le Sac.

Or, comme celui-ci ne se contracte pas, puisqu'il n'est constitué que par

le péritoine et par du tissu cellulaire) les matières y séjournent avec d'autant plus de facilité, que l'infundibulum placé au dehors n'est plus sous la pression des muscles abdominaux et des viscères entre eux.

Nous avons donc quatre causes qui s'opposent au passage direct des matières du bout supérieur dans l'inférieur:

1°= La séreuse;

2°= La facilité que ces matières ont à se échapper à l'extérieur;

3°= Un infundibulum non contractile,

4° = Soustrait à la pression des viscères et des muscles abdominaux

Je pourrais encore ajouter que le bout supérieur de l'intestin conserve son calibre, car il est toujours parcouru par les matières, le bout inférieur au contraire ne recevant rien ou presque rien, se rétrécit de plus en plus, et l'éperon ou angle inter-intestinal s'accentue du côté du bout inférieur, le refoule et tend ainsi à s'opposer au passage dans le bout inférieur.

Heureusement, Messieurs, qu'il n'en est pas toujours ainsi, et c'est

le cas de notre malade :

Dans les petites hernies, une petite portion d'intestin peut seulement avoir été pincée ; elle est ensuite éliminée ; c'est ce qui arrive le plus souvent dans les **hernies crurales, marronées**, qui s'étranglent facilement et sont réductibles.

Quand l'étranglement n'est pas levé à temps, la gangrène survient ; la portion mortifiée est éliminée, et il reste une fistule stercorale, ou **un anus contre nature**.

Votre malade ne présente qu'une fistule

stercorale;

Cette infirmité était incurable il y a un siècle.

1°= Un chirurgien nommé Lecat conçut le premier l'idée de guérir cette dégoûtante infirmité au moyen d'une opération; il voulait aviver les bords de la plaie extérieure et réunir par une suture.

Mais la mort rapide du malade ne lui permit pas de mettre son projet à exécution.

2°= C'est Lebrun qui, quelques années plus tard, mit en pratique le procédé de Lecat:

La plaie fut avivée

drénée ; mais l'accumulation des matières derrière la plaie force bientôt à rompre la suture pour leur donner issue.

Plus tard, la cautérisation avec le fer rouge, les caustiques, furent employés sans plus de succès.

3° à la fin du siècle dernier, Desault fut plus heureux en se servant de la compression, et Bichat nous a laissé dans les œuvres chirurgicales de son maître la relation d'un fait intéressant que vous pourrez consulter.

il s'agit d'un matelot portant un anus contre nature avec renversement de l'intestin, et que Desault parvint à guérir au moyen **de la compression.**

Le nommé Joseph, Messieurs, vous entretenir ici des procédés opératoires mis en usage dans le cas d'anus contre nature pour détruire la cloison ou éperon ; ici l'éperon manque pas, ou bien il est à peine marqué, car les matières coulent parfaitement en grande partie et facilement.

Vous m'avez donc

Dans ce cas particulier qui a cherché le moyen de fermer cette fistule; elle est petite, et, chose vraiment étonnante, ce résultat est très-difficile à obtenir.

1° On a proposé et appliqué successivement l'anaplastie; Mr Velpeau un des premiers a imaginé de disséquer la peau au Voisinage, d'aviver et de réunir.

L'opération a échoué, les matières décollaient la peau, la gangrénaient, etc à...

2° Mr Velpeau, pour obvier à ces inconvénients,

enfonça un petit bouchon de peau dans la fistule;

3° Un lambeau emprunté aux parties voisines; mais il était presque gangréné;

4° Enfin M. Velpeau a essayé deux vastes incisions au-dessus et au-dessous de la fistule, de sorte que toutes les parties molles étaient incisées; puis la fistule étant avivée, les lambeaux rapprochés et réunis par la suture, une fistule stercorale a été guérie par ce procédé.

5° Procédé de l'auteur: Je fais au-dessus et au-dessous de la fistule deux

en courbe partant d'un point éloigné de la fistule ;

2° une autre incision à courbure plus grande, et embrassant la supérieure, permet le glissement du lambeau au-devant de la fistule ; en sorte que j'ai deux lambeaux réunis, d'une manière lâche, au-devant de la fistule.

J'ai mis cette opération en pratique une fois, et elle a parfaitement réussi ; je dois dire cependant qu'il est resté un tout petit pertuis admettant un stylet d'acier ; je l'ai cautérisé de bien des manières, et au bout d'un an seulement l'ouverture a disparu.

Chez notre malade, nous avons d'abord essayé la **compression**.

Un bandage herniaire en comprimant l'orifice l'a déjà diminué de beaucoup; aujourd'hui il n'y a plus qu'un orifice très-petit suintant un liquide clair.

Cet orifice se prolonge sous les téguments assez loin; il me semble qu'il y a entre la peau et l'intestin un conduit de un centimètre en demi sur cinq millimètres de large.

Sur la cautérisation me paraît devoir réussir, car dans ce trajet canaliculé les bords seront affrontés

dans une grande étendue et l'adhésion aura lieu.

Il faut donc modifier ce canal dans toute son étendue, pour exécuter cette cautérisation, nous emploierons l'instrument mis sous vos yeux.

C'est une sorte d'aiguille en platine, montée sur une boule de fer, et suspendue à un manche par le moyen d'une tige assez longue; la boule est un réservoir de calorique.

Dans 5 ou six jours, quand les escarres seront tombées, nous passerons une aiguille avec un fil, pour maintenir en rapport l'une avec l'autre les surfaces granulées

de la fistule.

J'ai vu des fistules plus étroites résister à tous les moyens d'oblitération : avivements, sutures, cautérisation, etc. Enfin, en dernier lieu, on a employé l'anaplastie avec succès.

---

Le 25 Février, la fistule stercorale a été cautérisée avec une aiguille de platine montée sur un manche de boule.

Tout s'est bien passé durant les premiers jours.

Mais le troisième jour, un érysipèle s'est montré autour de la plaie : plaques rouges, festonnées, plus élevées

que le niveau de la peau;
en même temps, soif vive,
vomissements, etc. —

Opium. 1 gramme.

Le 7e jour, c'est à
dire le 2 mars, tous les acci-
dents avaient disparu, et
M. le professeur Nélaton
jugea le moment favorable
pour faire une petite suture.

Une aiguille armée
d'un fil traverse les deux
lèvres de la plaie de bas en
haut, de façon à traverser
l'orifice fistuleux; deux
petits cylindres de Diachylon
fournissent un point d'appui
au fils; et cette sorte de
suture enchevêtrée réunit les
parties superficielles et profondes

de la plaie fistuleuse.

Cette tentative de réunion a réussi complètement, excepté dans un petit point où il entre et un fetus qui pouvait à peine admettre une pointe d'épingle.

Le malade est sorti guéri vers la fin de Mars.

On lui a conseillé de porter un bandage destiné à protéger la cicatrice.

# Tumeur fibreuse de l'os maxillaire supérieur — Extirpation de la tumeur en enlevant la paroi antérieure du sinus (1ère opération). — Récidive. — Ablation de l'os maxillaire tout entier (2me opération —).

Le vingt novembre 1852, Julien Alexandre, peintre, âgé de 22 ans, est entré à l'hôpital des cliniques pour être traité d'une

tumeur qu'il porte à la joue droite.

Il y a quatre ans que la tumeur dont nous voyons aujourd'hui la récidive a commencé à se manifester.

A cette époque, sans cause connue, ce jeune homme a pris a éprouvé pendant quelque temps des douleurs dans les dents incisives, et dans l'os maxillaire supérieur du côté droit, qui a disparaître lentement une tuméfaction diffuse de la joue correspondante.

C'était, comme il le dit lui-même, une sorte de fluxion: mais, contrairement à ce qui a lieu dans les fluxions de dents, ici la tuméfaction ne disparut pas après avoir duré un certain temps; elle

augmentait même, pour ainsi dire, chaque jour, et au commencement de 1851, elle était grosse comme un œuf de volume ordinaire.

Les douleurs étaient devenues continues ; deux Dents (petites molaires droites) étaient branlantes et sur le point de tomber ± au moindre attouchement.

La déformation de la joue, et par conséquent du visage était devenue considérable ; la voûte palatine, refoulée en en bas par les progrès de la tumeur, gênait plusieurs phénomènes, tels que la mastication, la parole.

C'est alors que le malade entra à l'hôpital Saint-

Louis, Dans le Service de Mr. Nélaton, le 17 mars 1851.

C'est un jeune homme d'une petite Stature. Sa force et son embonpoint sont ordinaires, d'après ce qu'il raconte, jusqu'au moment où cette tumeur s'est montrée, sa santé avait toujours été bonne: point de traces de scrofules ni de Syphilis; rien de semblable dans sa famille, ses parents vivent encore et sont doués d'une heureuse constitution.

Chez ce jeune homme, la maladie a débuté sans cause connue, s'est développée lentement.

Elle occupe la partie latérale droite de la voûte palatine, qui offre une rougeur à la place de la convexité

habituelle : on trouve encore dans le point répondant à la fosse canine une autre tumeur dure, élastique.

quand on la pressait, elle cédait sous le doigt en laissant entendre un bruit analogue à celui d'une coquille d'œuf qui se brise; un moment après, on ne percevait plus ce phénomène; mais il se reproduisait le lendemain.

Ces symptômes suffisaient pour faire reconnaître une tumeur qui avait fait céder la paroi antérieure du Sinus.

Comme la coque osseuse qui la séparait de la gencive et de la joue était très-mince, que, d'un autre côté, la tumeur était

élastique, comme résistante, et cédait un peu sous les doigts, les avis furent partagés sur la nature.

Quelques personnes pensèrent à une **hydropisie** des sinus ; d'autres à une **dégénérescence** encéphaloïde.

Quant à moi, je trouvais là les caractères bien dessinés d'une tumeur fibreuse et je m'arrêtai à cette idée.

La paroi antérieure des sinus fut ouverte le 1er avril 1851, et la tumeur, du reste enkystée, fut être énucléée complétement ; une incision dont nous voyons encore la cicatrice avait été faite obliquement de haut en bas à la commissure droite de la bouche, de

façon : 1° à ménager la branche importante du nerf facial qui sert à l'expression du visage ; 2° à pouvoir découvrir bien complètement la paroi antérieure du sinus pour permettre aux instruments d'agir avec facilité.

Cette opération fut des plus heureuses.

Cette fois bien une tumeur fibreuse comme nous l'avions pensé, et la description complète en a été publiée dans les bulletins de la Société de Biologie (avril 1851).

Vous pourrez, Messieurs, retrouver dans ce recueil scientifique les différents détails que cette narration rapide pourrait vous laisser désirer.

Notre malade opéré le 1er avril 1851, était guéri le 25 du même mois et quittait l'hôpital Saint-Louis le 8 mai.

La tumeur vient reproduite.

Aujourd'hui, 24 juin 1852, nous trouvons une tumeur ayant la forme et le volume d'un œuf; elle est située à la partie moyenne de la joue, la fosse canine est soulevée en avant et la voûte palatine est repoussée en bas; en cet endroit, on remarque une convexité à la place de la concavité normale; la tumeur elle-même est dure, élastique, résistante; on y sent une sorte de demi-fluctuation; ce phénomène Messieurs,

ne nous surprend pas; car nous savons: 1° que les parties molles offrent souvent une fluctuation apparente; 2° mais que cette sensation n'est déterminée d'une manière bien réelle et bien manifeste que par les liquides.

La demi-fluctuation que nous trouvons ici se rapporte à la première de ces deux conditions.

Cette tumeur, qui fait saillie du côté de la voûte palatine, ne dépasse pas la ligne médiane: les fosses nasales sont saines; le malade éprouve peu ou point de douleurs aujourd'hui, mais les douleurs étaient très-vives avant la

la première opération : ce fait nous semble trancher la question dans la section des nerfs que renfermait l'épaisseur des parois de la tumeur.

Le Diagnostic en pareil cas est évidemment la reproduction d'une tumeur enlevée il y a un an à l'Hôpital Saint-Louis. Cependant comme le diagnostic différentiel peut être quelquefois embarrassant, je vais esquisser à grands traits le parallèle des principales tumeurs qui se rencontrent le plus souvent dans cette région.

Le kyste maxillaire peut renfermer des liquides de natures diverses : Du sang ; des collections de mucus ; du pus.

1° Les contusions de la partie antérieure de la joue peuvent, dans quelques cas, déterminer la formation d'un épanchement de sang dans le sinus. On trouve, dans la clinique de Dupuytren, l'histoire d'un jeune homme chez lequel une tumeur de la face s'était développée à la suite d'un coup: la région était augmentée de volume, l'œil faisait saillie en dehors de l'orbite: un ~~coup de~~ bistouri fut plongé dans la tumeur, et du sang noir s'échappa par l'incision en assez grande abondance.

Jourdain rapporte aussi l'observation d'un malade

qui présenta un épanchement de sang dans le sinus à la suite d'une fracture de la voute dentaire supérieure; un fait semblable vient d'être présenté à la clinique de Monsieur le professeur Velpeau en 1847.

2°= L'hydropisie du sinus, maladie décrite pour la première fois par Deschamps le fils en 1805.

L'accumulation du mucus dans la cavité du sinus agit peu-à-peu sur les parois qu'elle distend; or, comme la paroi antérieure est la plus mince et la plus faible, elle est poussée en avant.

Cette paroi forme donc

sous la joue une tumeur plus ou moins dure, indolente, immobile, sans changement de couleur à la peau, sans adhérences ni engâtement; le plus souvent on peut percevoir une fluctuation bien évidente.

Toutefois, malgré ces caractères qui appartiennent aux tumeurs bénignes, et la fluctuation qui en est un signe, pour ainsi dire caractéristique, l'erreur est encore possible: Bayerne croit par devers qu'il a pris cette maladie pour un **fongus du sinus.**

Le Diagnostic des hydropisies du sinus s'établit: 1° par la présence d'une tumeur

de l'os maxillaire supérieur, provenant toujours de la dent canine ; 2° par la molesse des parois du sinus qui se laissent déprimer et reviennent sur elles-mêmes, quelquefois avec un bruit comparable à celui donné par une feuille de parchemin qu'on froisse entre les doigts : on peut à la vérité prendre un kyste situé au sinus par une collection liquide développée dans cette même cavité ; ici l'erreur serait peu importante, car le moyen qu'on emploie pour guérir la première de ces maladies peut également convenir à l'autre, mais l'erreur devient plus grave

quand une hydropisie des
sinus est confondue avec une
maladie autre qu'un Kyste:
tel était le cas du malade
adressé à Ferguesson comme
ayant une tumeur du sinus
qui devait nécessiter l'ablation
de l'os maxillaire tout entier.
Ce chirurgien que nous venons
de citer reconnut une hydro-
pisie; tel était encore le cas
du malade de Boyer dont nous
avons parlé précédemment,
il en est de même de l'observa
tion de mr. ~~Bertrand~~ Bertrand;
de celle que nous devons à Mr.
Genoud de Lyon.

3° Les collections purulentes
ou **abcès** des sinus surviennent
en général à la suite de caries

Dentaires : les Douleurs que éprouvent les malades sont violentes et continues ; il existe quelquefois des Kystes dilatés par parois comme cela arrive dans le cas d'hydropisie de cette même cavité : de plus, dans l'abcès on trouve constamment, en même temps que la Douleur qui ne manque jamais, une **tuméfaction** prononcée au niveau de la fosse canine, ou paroi antérieure, avec **œdème et fluctuation** ; ce dernier signe est commun aux collections de sang et de pus que nous avons déjà décrites ; mais pour qu'il serve à les différencier et à caractériser la présence d'une collection de pus, la ~~présence~~ résistance des deux

autres symptômes est nécessaire :
Douleur et empâtement œdémateux,
et nous les trouvons dans l'abcès.

Ces réflexions étaient utiles, Messieurs, pour vous faire comprendre la difficulté que peut offrir parfois le diagnostic de certaines tumeurs, lorsqu'il arrive qu'elle offrent une sorte de Demi-fluctuation trompeuse, comme nous la rencontrons dans le cas particulier qui nous occupe

La paroi antérieure du Sinus, amincie, usée par les progrès de la tumeur, a fini par disparaître à-peu-près complétement ; cette disposition nous permet en quelque sorte de toucher à nu la tumeur

de sinus ; elle est dure, mais dans tissu assez élastique pour céder un moment sous le doigt qui la presse.

Pour acquérir toute la certitude désirable, j'ai cru devoir faire dans cette circonstance une ponction avec une aiguille à cataracte ; j'ai donné ailleurs les raisons de cette préférence (Traité de chirurgie, t. 1. p. 400) : l'extrémité aigue de l'instrument a rencontré partout un tissu solide, résistant ; nous n'avons pu imprimer à la tige de notre aiguille exploratrice ces mouvements de ~~circum~~ circumduction qui indiquent que son extrémité appuyée sur la paroi se trouve dans une cavité ; de plus, nous

avons vu soudre aucune gouttelette de liquide pendant notre exploration ; nous avons donc lieu d'évidemment affaire à une tumeur solide, qui très-probablement est la répétition de celle que j'ai déjà enlevée une première fois en 18/1.

Si nous abandonnons la maladie à elle-même, cette tumeur augmentera de plus en plus ; les os seront écartés : la face, le nez seront déformés : bientôt l'œil fournira à être chassé de son ~~ob~~ orbite ; puis, la voussure palatine augmentant aussi, de son côté, les fonctions de la mastication, de la déglutition seraient de plus en

gênées, et nous verrons le malade peut-être menacé de suffocation dans un temps peu éloigné.

Que faire ?

Un dernier fait déjà entendu cette tumeur au moyen d'une simple incision pratiquée à la paroi antérieure du sinus, la guérison a été prompte : et je crois aujourd'hui qu'il faut enlever et la tumeur et sa cage osseuse ; en d'autres termes, pratiquer l'ablation de l'os maxillaire entier.

Depuis 1826, époque à laquelle Mr. Gensoul pratiqua le premier cette opération, elle a été faite un grand nombre de fois ; seulement le procédé

opératoire a beaucoup varié en ce qui concerne la section et des parties molles, et des os: un mot seulement:

1°= Procédé de Mr. Gensoul:

Ml. Gensoul fait d'abord une incision verticale étendue depuis le grand angle de l'œil jusqu'à la lèvre supérieure qui est divisée au niveau de la dent canine, du milieu de cette incision, ou plutôt à la hauteur de la base du nez, il en trace une seconde qui se prolonge jusqu'au lobule de l'oreille, et une troisième qui descend de un centimètre à peu près en dehors de l'angle externe de l'orbite, jusqu'au point de terminaison de la seconde: il en résulte un lambeau

quadrilatère qu'on dissèque et que l'on renverse sur le front.

Mais ce lambeau des téguments laisse une triple cicatrice, et encore n'est-il pas toujours suffisant.

2°= Procédé de Mr. Velpeau: Une incision, commencée à la commissure des lèvres est conduite obliquement en haut, en dehors et en arrière, jusqu'à la fosse temporale, entre l'angle oculaire externe et le pavillon de l'oreille; il en résulte un lambeau triangulaire, comprenant toutes les parties molles qui recouvrent la pommette et la fosse canine.

3°= Procédé de Lisfranc. Ce chirurgien modifiait l'incision

des parties molles en faisant descendre une incision en V. au dessus le sommet de l'apophyse mastoïde jusqu'à la commissure.

Tous ces procédés relatifs à l'incision des parties molles sont convenables pour arriver à bien découvrir l'os que l'on veut enlever; mais ils offrent tous cependant un inconvénient: celui de diviser tous les petits muscles sous-cutanés de la face, ainsi que le nerf facial, et de déterminer plus tard de grandes difficultés dans la mastication, l'articulation des sons, par suite de l'hémiplégie qui en est la conséquence.

4°= J'ai proposé à ne faire

qu'une seule incision verticale partant du grand angle de l'œil en divisant le côté du nez jusqu'à la lèvre ; de la partie supérieure de cette première incision, une seconde partirait en se dirigeant parallèlement à la base de l'orbite, dans l'étendue de un centimètre, de manière à ce que ces deux incisions réunies formeraient une 7 (1)

Cette forme donnée à l'incision des parties molles nous permettra de disséquer le lambeau contenant les muscles en rasant les os le plus près possible. Les muscles et le nerf

---

(1) Sorte de L majuscule renversée.

facial. seraient aussi ménagés.

C'est, Messieurs, ce dernier procédé que je vais employer devant vous.

Quant à la section des parties osseuses, je la modifierai également de la manière suivante:

1° la dent canine sera arrachée, et c'est à ce niveau que je pratiquerai avec une petite scie à main une incision oblique du rebord maxillaire supérieur en avant à pouvoir ménager les deux incisives droites, c'est-à-dire du côté où le maxillaire sera enlevé.

2° au lieu d'employer le ciseau et le maillet courbés

par M. Jeanroul, je me servirai plus volontiers de la pince de Liston ou de la scie à chaînes pour couper l'apophyse montante, orbitaire externe, la voûte palatine osseuse; arrivé à ce point de l'opération, l'os maxillaire ne tiendra plus que par les connexions postérieures; d'abord le nerf sous-orbitaire sera coupé; le plancher de l'orbite sera détaché; mais je laisserai en place son revêtement fibreux, sorte de coque qui sera favorable au soutien du globe oculaire.

En ce moment nous ferons basculer l'os avec une pince ou avec un levier quelconque

on, à l'aide de ciseaux, nous détacherons avec grand soin les parties molles (muqueuses, fibres musculaires ou aponévrotiques) insérées au rebord postérieur du maxillaire.

Le 24 9bre 1852,

l'opération est pratiquée par le procédé qui vient d'être décrit; le malade est soumis au chloroforme, seulement pendant la durée des incisions extérieures; une seule petite artère est liée sur le dos du nez pendant l'incision des parties molles, et par une seule branche de quelque importance n'est divisée pendant la section des parties profondes.

Une suture entortillée

faite avec des épingles fines et avec un grand soin réunies les lambeaux. Le malade est reporté à son lit. (1)

(1) Examen de la Tumeur — Cette tumeur est lobée manifestement fibreuse, tout-à-fait semblable à la première; son tissu est blanc, blanchâtre, nacré, rappelant le tissu naviforme, les fibres nombreuses qui la composent sont nacrées et disposées en faisceaux serrés comme dans les corps fibreux de l'utérus. — Pas de traces de vaisseaux. — Les parois des sinus sont réduites à une sorte de coquille d'œuf, tant leur minceur est grande; etc.

M. Cruveilhier, auquel

la prière a été montrée, croit que certaine végétation fibreuse de la gencive qui, au lieu de faire saillie en dehors, se serait portée vers le sinus.

---

26 9bre, jour de l'opération : journée et nuit très-bonnes; seulement, dans le cours de cette journée, vers 4 heures du soir, le malade a rendu un peu de sang par la bouche, probablement quelques caillots restés dans les fosses nasales ou le pharynx, après l'opération.

29 9bre — On enlève les points de suture : 1° au nez, où la réunion est déjà complète; 2° au-dessous du nez; et on les remplace par des bandelettes de taffetas gommé.

26, 27 9bre La plaie des Légumens est complètement réunie par première intention, à l'exception d'un point vers la partie moyenne du nez, où un fil à ligature entretient un peu de suppuration.

28, 29 — La plaie palatine résultant de l'ablation du maxillaire supérieur et tend à se rétrécir; des granulations roses se développent au milieu et sur les bords de cette vaste anfractuosité.

Aujourd'hui, 29ème jour depuis l'opération cette large plaie est à-peu-près, à moitié comblée

Le malade, qui n'a eu que peu ou point de fièvre les premiers jours, peut être considéré comme guéri.

# Cure radicale du varicocèle au moyen de la cautérisation.

Nous avons dans nos salles, au n° 17, un jeune homme de 19 ans atteint de **varicocèle**.

Le varicocèle est, comme vous le savez, Messieurs, la dilatation des veines du cordon.

Les variétés que cette maladie présente portent principalement sur les symptômes. Vous verrez des varicocèles énormes descendant jusqu'à la partie inférieure de la cuisse sans déterminer de la gêne ou de la dou-

leur. Les malades qui en sont atteints se livrent aux travaux les plus rudes et ne paraissent pas en être incommodés.

Il y a au contraire d'autres varicocèles très-petits et qui sont néanmoins très-douloureux et accompagnés de cruelles souffrances. Du reste, ces mêmes variétés dans les symptômes se retrouvent aussi dans les varices des membres: tel malade porte d'énormes varices sans éprouver la moindre douleur; celui-ci peut à peine marcher et même appuyer le pied par terre, et l'examen le plus minutieux fait à peine découvrir de très-petites varices sur le pied ou dans le long de ses bords.

Chaque jour nous voyons des malades consulter pour une douleur violente, simulant une névralgie, et l'on finit par découvrir un tout petit varicocèle.

Notre jeune homme a un varicocèle médiocrement développé; il semble en être atteint depuis son enfance, et il ne connaît rien de semblable dans sa famille.

Ce malade veut à tout prix être débarrassé de son varicocèle; il veut embrasser la carrière militaire, et cette infirmité est un obstacle à son admission dans les rangs de l'armée.

Malgré ces désirs qui nous semblent bien légitimes,

je ne me déciderais cependant pas à pratiquer l'opération que la cure de cette maladie réclame, si je n'avais à ma disposition un moyen qui permet d'agir en toute sécurité et sans accidents; du moins, il en a toujours été ainsi jusqu'à présent dans tous les cas où j'ai pu l'appliquer.

Avant de vous décrire ce que je me propose de faire sous vos yeux, je dois un coup d'œil sur les différents moyens de traitement qu'on a proposés.

**A.—** Le traitement peut être palliatif.

**B.—** Il peut être curatif;

**A.—** Moyens palliatifs:

Ces moyens, difficiles à mettre

en usage, ne peuvent guère être employés que par les gens du monde.

Ainsi : 1° les applications froides. — 2° le tannin — 3° l'usage continuel d'un suspensoir bien fait. Mais ces moyens exigent des précautions des soins de chaque instant, du repos, toutes choses que les ouvriers ne peuvent faire à volonté. — 4° C'est pour obvier à ces difficultés que A Cooper institua la opération suivante: former avec la peau des bourses une sorte de suspensoir, après avoir préalablement refoulé en haut le testicule et les veines, puis exciser la peau pendante avec de bons ciseaux.

Cette opération a été

pratiquée un certain nombre de fois ± en Angleterre, en France par Mr. Velpeau ; mais c'est une opération grave ; la plaie résultant de l'incision suppure longtemps ; des accidents nombreux peuvent se développer, peuvent mettre les jours du malade en danger. Aussi, cette opération est-elle complètement abandonnée aujourd'hui.

3° On peut réaliser ce procédé d'une manière beaucoup plus simple et moins dangereuse : un vétérinaire instruit, Mr. Richard (du Cantal), a imaginé un petit cercle en caoutchouc pour embrasser, comme dans un anneau médiocrement serré, la peau du scro-

tum pendante, après avoir, comme dans le procédé de A Cooper refoulé en haut la glande séminale et les veines dilatées.

Voici la description exacte de ce procédé:

1° le Chirurgien commence par porter en haut le testicule et le cordon;

2° on fait un petit anneau en caoutchouc que l'on place en forme de virole au dessus de la peau restante, ce qui peut remplacer avec avantage le serrement de l'incision.

M. Richard du Cantal a appliqué sur lui-même ce petit appareil et s'en est fort bien trouvé.

6° M. Bernez de Chégoin

rédaisait la même idée au moyen d'un nœud de ruban qui arrêtait les bourses. On conçoit devenir qu'un suspensoir bien fait en caoutchouc, comme l'a perfectionné Mr. Gariel, pourrait certainement remplir le même usage.

**B.** Restent maintenant les moyens opératoires; il y en a cinq principaux:

1°= La ligature des veines;

2°= La ligature des artères;

3°= L'enroulement des veines avec un étrier (Ricord); avec un fil d'argent (Vidal);

4°= La section des veines et des téguments (Breschet)

5°= La cautérisation, pour laquelle j'ai aussi inventé un

instrument que Mr Charrière a construit d'après mon indication.

Cet instrument, dont la description ne pourrait être convenablement reproduite ici, est une sorte de porte-caustique présentant une rainure longue de plusieurs centimètres, dans laquelle on dépose une certaine quantité de Pâte de Vienne, après y avoir engagé les veines d'Ilatées.

Du reste, les soins préliminaires sont les mêmes que dans les autres opérations de ce genre, et l'on doit avoir préalablement écarté avec grand soin le cordon et l'artère; et ca.

Le 26 Janvier 1852, la Cautérisation fut pratiquée par

le procédé qui vient d'être décrit, le caustique et l'instrument qui le supportait furent laissés cinq minutes en place.

Une escarre prise dans les téguments affaissés alors dans toute l'étendue de la cautérisation.

Les suites furent des plus heureuses.

Pas de fièvre, pas d'inflammation locale ou périphérique pendant la chute des ~~xx~~ escarres, qui était complète au 15ème jour (12 février).

A la fin de ce même mois de février, le malade était complètement guéri; on voit sur le scrotum une cicatrice épaisse, longitudinale, non douloureuse, qui

pourrait aider au succès de la cautérisation des veines en fronçant la peau et en la soulevant de bas en haut, de façon à remplacer complètement l'usage d'un suspensoir.

Nous avons reçu ce jeune homme, Juif, dans le courant de l'année 1852, et il ne nous a présenté aucune tendance à la récidive.

# De la Kératite vasculaire.

On entend par Kératite vasculaire, une inflammation de la Cornée, avec développement de vaisseaux dans son tissu : cette affection est fréquente, et un de nos malades nous en offre en ce moment un exemple bien caractérisé.

Il y a deux ans (Janvier 1850) que ce malade, âgé de 8 ans, fut atteint d'ophthalmie pour la première fois ; il est charbonnier, et par conséquent ses yeux sont exposés à être souvent irrités par des grains de poussière de charbon.

J'insiste sur cette particularité, car il est probable que chez notre malade l'affection a commencé par un état granuleux des paupières.

Des scarifications ont fait rétrograder la maladie pendant quelque temps, mais elle a bientôt repris son cours habituel.

Les deux yeux sont enflammés à des degrés différents :

1° A gauche, le centre de la Cornée est encore pellucide, mais taillé à facettes comme les yeux des insectes ; à la circonférence, on trouve une couronne radiée, flexueuse, composée de vaisseaux très-fins, placés profondément au niveau de la ligne de jonction

de la cornée et de la sclérotique.
Le cercle vasculaire, tel que
décrit par Mr. Velpeau ne
manque jamais dans la **Kératite**
et **l'Iritis** : ici, il consiste de
nombreuses ramifications
dans la cornée, principalement
autour des petites ulcérations
ou **facettes** dont la surface est
presque couverte.

En dehors de la cornée,
nous trouvons une injection
dans le tissu cellulaire sous-
conjonctival : ce sont de gros
**vaisseaux**, tortueux, violacés,
insinués dans le tissu de la
conjonctive et mobiles sous le
doigt, comme cette membrane
du reste épaissie et formant
une sorte de **Chémosis** hématique.

Quand on examine l'intérieur de l'œil, on voit :

1° Que la chambre antérieure est normale ; seulement on dirait qu'elle est remplie par une sorte de brouillard léger ; l'iris est à l'état sain ; pupille petite, mais contractile ; son ouverture est libre de toute espèce d'adhérences et de dépôts plastiques.

Vous n'avez donc ici qu'une kératite superficielle avec ulcérations superficielles et vascularisations. Tel est l'état de l'œil gauche.

2° A droite, nous trouvons la même disposition des injections superficielles et

profondes ; de plus, la cornée nous offre un **pannus** ; c'est à dire un développement considérable des vaisseaux de la Cornée et de la conjonctive, qui par leurs nombreuses anastomoses ont fini par former une **sorte de voile charnu, rougeatre, mollasse et fongueux**, qui recouvre presque toute la membrane.

Ça et là, la cornée est opaque et lardacée.

La chambre antérieure n'existe plus : il y a **Synéchie antérieure** ; de ce côté, la Kératite a été perforante, et la chambre antérieure une fois ouverte, l'humeur aqueuse a été évacuée ; l'iris est alors

venue s'appliquer à la face postérieure de la cornée et a contracté des adhérences avec cette membrane.

Quand la perforation a lieu vers le centre de la cornée, la pupille revient se placer vis-à-vis de la perforation ne peut s'engager et faire hernie. mais quand la perforation est latérale, les plans circulaires de l'iris viennent se coller sur les lèvres de la plaie cornéenne s'engageant à travers l'ouverture fait hernie, en quelque sorte, et viennent alors former à la surface de l'oeil ce qu'on a décrit sous le nom de

## Staphylôme de l'iris.

Mais si la perforation centrale n'expose point les malades à une hernie de l'iris, elle peut amener, comme complication, une maladie assez sérieuse : une cataracte.

L'inflammation de la cornée s'étend à la capsule qui est venue se mettre en contact avec la perforation.

Les perforations de la cornée présentent dans leur marche un fait bien important à étudier.

La cornée perforée se régénère et il se fait un tissu cornéal de nouvelle formation, transparent, qui vient remplacer la portion

de membrane détruite.

Or cette pellicule a une résistance suffisante le plus souvent. quelquefois cependant elle est trop faible et dans ce cas on a une **Kératocèle**, que l'on peut encore rendre à bonne fin; cette membrane, faible d'abord, finit par acquérir assez de résistance pour ne point faire hernie.

Cette membrane devient opaque, et cette opacité forme ainsi une des variétés de la cataracte capsulaire.

Que ferons-nous à ce malade ?

Pour l'œil droit :

1° D'abord, il faut tâcher

de rendre à la chambre antérieure son liquide normal.

Pour atteindre ce but, nous ferons les paupières, et nous les condamnerons à l'immobilité.

2° Chercher à faire disparaître la perforation par quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, les collyres au laudanum, moyens également utiles pour combattre le pannus de ce côté.

Pour l'œil gauche :

Inciser un cercle de la conjonctive autour du limbe de la cornée : pour cela nous saisirons un petit lambeau, avec une pince à griffe, et de bons ciseaux suffiront pour

Menuiser.

Cette opération est douloureuse, et nous pourrons endormir le malade: M. Desmarres pratique souvent cette section des cils, et avec succès.

Comme moyens adjuvants, chaque jour, on touchera légèrement les granulations des paupières avec le crayon de sulfate de cuivre: le malade prendra le matin un paquet de Calomel et jalap (0,30 de chaque); et avec du temps et de la persévérance, nous pourrons obtenir, sinon un succès complet, au moins une amélioration telle que cet homme pourra reprendre ses

occupations.

Ce malade est resté près de trois mois dans les salles, soumis au traitement qui vient d'être indiqué. Froid direct n'en a retiré aucun bénéfice ; Mais, du côté gauche, les ulcérations de la cornée s'étaient complètement cicatrisées au moyen d'un tissu transparent.

Sous l'influence des scarifications, les vaisseaux qui alimentaient l'inflammation avaient à peu-près complètement disparu ; et le sulfate de cuivre avait heureusement modifié les granulations palpébrales.

# Diagnostic des Tumeurs des Bourses. Hydrocèle.

Au n°27 de la salle des hommes, est un jeune homme de 24 ans, tapissier: mardi dernier, c'est-à-dire il y a quatre jours (13 Janvier 1852), sans cause connue, et sans avoir jamais été atteint de hernie avant cette époque, ce jeune homme est pris tout-à-coup de coliques; un médecin appelé sur le champ constate une hernie inguinale droite, assez volumineuse. Au moyen du taxis, elle put être réduite en partie. Le médecin, ancien interne des hôpitaux, engagea

le malade a aller ~~chercher~~ chercher un bandage chez Mr Charrière ; mais il restait un peu de la hernie.

Ce cas est assez compliqué pour la pratique et mérite quelques Détails.

Il existe dans la bourse droite une tumeur Bi-lobée, sortant par l'anneau et descendant de plusieurs centimètres dans le scrotum ; le testicule se trouve au-dessous, et il est bien reconnaissable à la douleur que la compression fait naître en ces endroits.

La première tumeur est molle, élastique, fluctuante et transparente à la partie inférieure ; à la partie supé-

vienne au contraire la transparence a disparu et la tumeur est molasse, tendue comme une toile de corde ; elle s'engage à travers l'anneau et on la suit à travers la paroi abdominale, jusques dans la cavité du même nom, où elle s'enfonce profondément.

Ce signe est important, et il ne faut pas le négliger.

Le Diagnostic différentiel de toutes les tumeurs avec lesquelles elle serait susceptible de se confondre serait inutile et fastidieux ; vous avez tous pu constater, Messieurs, que c'est une hernie épiploïque avec adhérence de la partie inférieure

où est le liquide. Ce liquide ne disparaît pas, il ne tend point à s'échapper par un orifice quelconque et reste enfermé dans la poche qui le comprime de toutes parts.

Ce fait m'en rappelle un autre fort analogue que j'ai entendu raconter bien des fois aux professeurs à Bérard et Marjolin : comme il est important au point de vue de la pratique, je vais vous le dire en quelques mots :

Une Dame avait une petite tumeur dans l'aine, cette tumeur contenait une certaine quantité de sérosité qui ne rentrait pas : ils crurent

avoir affaire à un simple
kyste séreux, et pratiquèrent
dans son intérieur une injection
iodée ; Dans les 24 heures la
malade était morte.

A l'autopsie, on trouva un tout petit sac herniaire,
dans lequel s'était introduite
la trompe de de l'ovaire ; le
liquide pressé refoulait la trompe
qui empêchait son échappement

Chez notre malade,
je crois à l'existence d'une
disposition analogue : quant
à la partie solide qui compose
la masse principale de la
tumeur, c'est de l'épiploon ;
il y a là une communication
avec le péritoine.

Tous les signes de la

hernie inguinale ombilicale; hier la tumeur était assez dure et j'ai pu en faire rentrer une portion, très petite en vérité, mais enfin réelle.

Nous avons donc là, Messieurs, une hernie épiploïque, avec du liquide dans le sac, et probablement des adhérences.

Que ferons-nous dans ce cas particulier?

La science a beaucoup varié à cet égard.

1° Arnaud voulait qu'on réduisît, puis qu'on appliquât la compression, les astringents sur la tumeur.

2° On a vanté encore le repos complet au lit, dans le

décubitus dorsal, un régime sévère, aide de la compression.

3° J. L. Petit et Sabatier conseillait de ne point tenter la réduction de la tumeur, mais de la soutenir mollement avec un bandage convenablement fait.

Cependant, malgré ces moyens prudents, on trouve dans leurs écrits quelques observations suivies de péritonites.

4° de nos jours, Mr. Malgaigne a émis des préceptes qui ont une certaine analogie avec les précédents. D'après cet auteur: hépatocèle, renflement hypertrophié dans le sac qui le contient, et de son côté le sac se rétrécit au collet.

par conséquent, si l'on pouvait aider cette constriction par des moyens appropriés, le régime, le décubitus, une compression méthodique et prolongée, la réduction deviendrait facile chez un certain nombre de malades. — M. Malgaigne cite à l'appui de ces idées théoriques : 1° une observation de tumeur épithéliale très-volumineuse ; 2° trois autres observations, dans lesquelles le régime, la compression, les astringents, les purgatifs ont parfaitement réussi, en un mois, deux mois, etc.

De plus, M. Malgaigne ayant revu les malades après un certain temps, les a trouvés

guéris sans récidive : le collet du sac était complètement oblitéré, il s'était formé là une véritable soudure.

Je ne soumettrai pas notre malade à un traitement aussi long parce que : Dans les observations citées, les tumeurs étaient épiploïques, volumineuses, et on les réduisait en partie ; ici, la tumeur est petite, l'anneau très-large ; elle ne rentre pas, et ce sont des adhérences solides qui s'opposent à la réduction.

Nous vîderons le sac de la hernie qu'il contient, et nous pourrons mieux constater ce qui se trouve dans sa cavité, agir plus facilement

et tacher d'opérer la réduction et de la maintenir.

Si nous échouons, il faut prévenir les accidents possibles; c'est à dire empêcher que l'intestin sorte de nouveau avec l'épiploon: un bandage bien fait sera nécessaire: la pelotte sera concave et un tissu à la fois mou et élastique, comme le caoutchouc, remplira parfaitement ce but.

---

Sous l'influence du repos au lit, la partie liquide de la tumeur avait sensiblement diminué; la ponction indiquée plus haut ne fut pas pratiquée: et un bandage construit d'après les indications précédentes fut seulement appliqué sur la tumeur.

Le malade, tapissier de son état, put reprendre ses travaux 15 jours après son entrée à l'hôpital (10 février 1852) —

# Chute du rectum

Hémorroïdes fongueuses.
Hémorrhagies abondantes.
Douleurs violentes. —
Cautérisation au fer rouge.
Guérison.

Le 18 Janvier 1852 est entré à l'hôpital des cliniques, Charles, peintre, âgé de 25 ans, pour être traité de ses hémorroïdes devenues très-douloureuses.

Ce malade nous apprend que dès son enfance, il éprouvait quelques douleurs à l'anus; il avait aussi remarqué que s'il allait à la selle, dans le jour, le rectum

le déplaçait fortement pendant le reste de la journée ; aussi prenait-il le soin de n'aller à la selle que le soir.

Depuis plusieurs années, les douleurs sont devenues très-violentes ; les pertes de sang considérables, et ces phénomènes se manifestent surtout quand il boit de l'eau-de-vie ou du vin. Du reste, la santé paraît encore excellente ; c'est un garçon vigoureux.

Quant à la question d'hérédité, il ne se rappelle pas avoir entendu dire que cela y ait eu une affection analogue dans sa famille.

État local — Le fourreau de l'anus présente un double

Bourrelet rougeatre et
saignant; l'un externe, l'autre
interne: ces deux bourrelets
sont sillonnés par de grosses
tumeurs veineuses comme
une grappe de raisin: c'est
la muqueuse rectale qui est
gonflée, hypertrophiée, et se
confond avec la peau criblée
elle-même de veines dilatées.

Selon Boyer, il y a deux
états qu'on appelle chute du
rectum:

1° La muqueuse seule fait
hernie au dehors; et dans ce
cas la muqueuse se confond
avec la peau; mais cette disp-
sition ne doit pas recevoir
le nom de chute du rectum.

2° Quand il y a un relâ-

entre la peau et la muqueuse
les trois tuniques s'y trouvent
et c'est à cette dernière disposi-
tion anatomique que le nom
de Chute du rectum doit être
conservé.

Le Diagnostic peut offrir
quelques difficultés: un malade
vient, il y a quelque temps, avec
une petite tumeur à l'anus
qui avait été prise pour un
polype: en l'examinant de
près, je vis la continuation
de la muqueuse avec la peau.
Je fis une cautérisation
et le malade guérit parfaitement.

Dans le cas particulier
qui nous occupe que ferons-nous?

1° Dupuytren pratiquait
l'excision des plis radiés de l'anus

quand il y avait simple prolapsus de la muqueuse.

Si nous avons deux choses: une chute du rectum et des hémorroïdes, et le mode de traitement préconisé par Dupuytren serait certainement très-infidèle.

Du reste, on comprend très-bien qu'à l'époque de Dupuytren on attachait à ce moyen une très-grande importance, car il était peu douloureux, et la cautérisation déterminait de cruelles souffrances.

Mais aujourd'hui que le chloroforme éteint la douleur, nous préférons le cautère actuel, moyen énergique, mais dont le résultat est

cautérisé.

Voici le procédé opératoire que je mettrai en usage; un fil sera passé à la racine de la tumeur, tout près de l'anus.

Le malade étant plongé dans le sommeil anesthésique, je cautériserai fortement toute cette muqueuse hypertrophiée qui forme la tumeur.

Le 20 Janvier 1852 cette opération fut exécutée comme nous venons de le dire; quatre cautères en roseau rougis à blanc furent successivement étreints sur la tumeur.

Après la cautérisation, de l'eau froide fut appliquée au moyen de compresses sur la

région anale.

Pendant toute la durée de la jaunisse, le malade a médiocrement souffert. — Potion calmante.

21 Janvier — A pris un bain un peu chaud; et il a souffert un peu plus après le bain.

22. Plus de souffrances. Le malade va à la selle (après un lavement); ni sang, ni douleurs.

23 — 24 — Rien de nouveau.

25 — 26 — Les escarres commencent à se détacher; lavements tièdes tous les jours.

Plus de douleurs, le malade selève, se promène.

30 — A demandé à sortir.

Depuis cette époque nous l'avons vu plusieurs fois; et il est bien complétement guéri.

# Kystes des synoviales des fléchisseurs des doigts.

La présence simultanée dans le service de trois malades affectés de kystes siégeant dans les synoviales des fléchisseurs des doigts nous a donné l'idée de tracer les principaux caractères de cette affection, peu connue malheureusement, et dont le traitement laisse encore beaucoup à désirer.

Chacun de nos malades se présente à des degrés différents de la maladie, et chez

B.I.U.M.

Dans ils ont quelques caractères communs ; le premier a parcouru toutes les périodes et peut être considéré comme un type complet de cette affection ; le second a présenté ~~une certaine quantité de liquides~~ ceci de remarquable qu'à une certaine période de la maladie la tumeur s'est percée et a donné passage à une certaine quantité de liquide séro-purulent, puis elle s'est refermée pour se reproduire ; le troisième cas, enfin, est chez une femme qui n'a présenté que des symptômes de début, ou du moins peu avancés. Du reste, avant d'entreprendre l'histoire pathologique de ces kystes, nous croyons utile de

rappeler la disposition anatomique de la synoviale des tendons fléchisseurs ; en quelques notions d'anatomie seront-ils faire mieux comprendre les faits qui vous suivent.

Les tendons des muscles fléchisseurs des doigts peuvent être divisés en deux groupes relativement à la disposition de leurs gaines synoviales : l'un comprend le pouce, qui a pour lui seul une gaine spéciale ; l'autre, les quatre doigts, qui sont renfermés dans une gaine commune spéciale.

Envisagées d'une manière générale, ces gaines tendineuses peuvent être comparées à

une sorte de manchon traversé par le tendon. Elles s'étendent vers l'avant-bras jusqu'à la partie inférieure du carré pronateur, du côté de la main, elles offrent des prolongements qui n'ont pas pour tous les doigts la même étendue. En effet, tandis qu'elles se prolongent jusqu'à l'ouverture des tendons fléchisseurs du petit doigt et du pouce, elles s'arrêtent pour les trois doigts moyens vers le milieu de la paume de la main.

Le cadre que nous nous sommes présenté ne suffirait pas pour donner une idée exacte de la disposition de ces synoviales relativement aux tendons fléchisseurs ; ajoutons

quelques mots. Dans une coupe transversale du poignet faite au niveau du ligament annulaire du carpe, supposons-la partie droite du point **A** qui représente la partie antérieure de ce ligament annulaire et admettons qu'elle se porte d'abord en dehors: elle vient se mettre en contact avec la gaine du fléchisseur du pouce en circonscrivant un espace triangulaire où passe le nerf médian; partant de ce point, elle se recourbe sur elle-même de façon à redevenir parallèle à sa direction première en passant au-devant des fléchisseurs superficiels; arrivée au fléchisseur du petit doigt, elle se réfléchit de nouveau au-

Dehors de ces tendons et devient adhérente à la gaine du fléchisseur du pouce ; puis, revenant sur elle-même, elle suit de nouveau une direction parallèle à son trajet primitif, le pouce de dehors en dedans au-devant des fléchisseurs profonds, puis de dedans en dehors en passant derrière les tendons ; et enfin, parvenue au bord externe, elle se recourbe une dernière fois en passant au devant des os du carpe et vient rejoindre le point A dont nous l'avons supposée partir.

En résumé donc, il résulte de ce que nous venons de dire, que les deux couches des

fléchisseurs superficiels et profonds fournent dans la cavité synoviale commune deux cloisons incomplètes qui la divisent en trois loges superposées communiquant entre elles vers le côté interne du poignet.

Nous avons en commençant franchi une question importante et qui cependant a été controversée ; c'est celle de la non-communication de la gaîne du pouce avec celle des autres doigts. M. Marjolin-Lagemand (1) affirme cette communication ; mais cette opinion

---

(1) Des aponévroses et des synoviales de la main, etc.... (Gazette médicale Paris, 4 mai 1839).

n'est pas partagée par MM. Cruveilhier, Velpeau et Gosselin, dont les recherches récentes sont venues compléter nos données sur ce point intéressant de l'anatomie de la région.

La description que nous venons de vous présenter offre, au point de vue chirurgical, deux choses importantes à noter:

La première est relative à l'accolement de la synoviale du pouce et de celle des autres doigts, la seconde, à la longueur différente des gaînes tendineuses. En effet, si elles suivent dans toute leur étendue les fléchisseurs du pouce et du petit doigt, d'un autre côté elles ne forment que de petits culs-de-sac aux trois

doigts du milieu, et ils ont aussi de remarquable qu'ils sont d'autant plus longs qu'on se dirige de plus en plus de dehors en dedans. Celui de l'indicateur est le plus court, tandis que le plus long des trois est, au contraire, celui de l'auriculaire.

Ces notions anatomiques une fois posées, appliquons-les aux faits pathologiques que nous avons observés.

Le nommé **X**..... charron âgé de 21 ans, est entré à la clinique le 1er Janvier 1872. Il prétend avoir habituellement une bonne santé, et ne présente pas, en effet, de traces de cachexie ou d'un état pathologique général quelconque.

Il raconte seulement qu'il a eu, depuis l'âge de 7 à 8 ans, un certain nombre de furoncles, mais depuis 5 ou 6 ans, il n'a plus été sujet à cette affection. Il y a deux ans, il a éprouvé quelques douleurs dans le dos et l'épaule droite; elles ont duré 4 ou 5 jours, puis ont disparu pour ne plus se reproduire. On ne peut donc pas voir chez lui de dispositions rhumatismales avouées.

Depuis deux ans et quelques mois, le malade est atteint de l'affection qui l'amène à l'hôpital; et, du reste, c'est déjà la seconde fois qu'il vient réclamer nos soins, car, le 17 Juin 1851, il s'est présenté à nous

avec une tumeur du poignet semblable à celle qu'il présente aujourd'hui. Au bout de quelques jours, sous l'influence du traitement que nous indiquerons tout-à-l'heure, il nous quitta guéri ; mais il rentre aujourd'hui pour une récidive.

Le début de la maladie fut annoncé par des douleurs et de l'engourdissement du côté du pouce avec gonflement de ce doigt, dont les mouvements étaient très-limités et douloureux ; plus tard il est survenu une tuméfaction du poignet, un peu au-dessus du ligament annulaire du carpe, plus considérable à la région externe. Sous l'influence de frictions faites avec une

pommade Dans il ignore la
nature il obtient, dit-il, une
amélioration sensible. Mais
un an après que la maladie
eut débuté au pouce, il se mani-
festa un gonflement considérable
au poignet, marqué surtout
vers la région interne ; bientôt
ce gonflement se propagea jusqu'à
l'extrémité du petit doigt, qui
resta pendant six semaines sans
pouvoir être fléchi ; au bout de
ce temps le mouvement de flexion
pouvait être communiqué à ce
doigt par l'autre main, mais
la flexion active était perdue.

Deux ou trois mois
plus tard, le pouce a aussi été
affecté de la même manière,
et en même temps le gonflement

du poignet a augmenté. C'est à cette époque que le malade est entré à la clinique pour la première fois, présentant l'état que nous allons décrire et qui est à peu près celui qu'il offrait la seconde fois.

On constatait chez lui, à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras, une tumeur molle, fluctuante, saillante surtout vers le bord cubital et disparaissant à une pression soutenue; le poignet avait donc une configuration anormale, caractérisée surtout par une saillie arrondie en avant.

Le toucher faisait reconnaître une tumeur assez dure dans la paume de la main,

journée par un liquide étranger qui aurait pour effet de faire refluer vers l'avant-bras, et réciproquement. En faisant exécuter aux doigts des mouvements de flexion et d'extension, on percevait un bruit de crépitation très-manifeste ; le toucher le constatait, et à l'oreille elle-même il rappelait le bruit du frottement pleurétique. Tous ces signes nous ont démontré l'existence, dans le poignet de ce jeune homme, d'une de ces tumeurs en bissac, contenant un certain nombre de corpuscules blancs, albumineux, rappelant par leur forme les graines de melon ou de riz à moitié cuit, que Dupuytren a décrites

sous le nom de **Kystes séreux à granules hydatiformes**. C'est qu'en effet on rencontre assez souvent dans les tumeurs de petits corps blancs, albumineux, rappelant par leur forme et leur aspect général les hydatides, mais ne présentant aucun signe de vie. Ces petits corps se trouvent aussi quelquefois dans la bouse prérotulienne. La résipitation perçue n'est, du reste, pas un signe qui indique exclusivement la présence de ces corpuscules, car on l'a observée assez souvent, soit lorsque l'ouverture qui fait communiquer la cavité du poignet et celle de la paume de la main est rétrécie, et que alors le liquide vient

produire un bruit de rape par son passage à travers l'étranglement, ou encore par le frottement des tendons sur la gaine qui leur donne passage.

Il se produit peut-être là une vibration analogue à celle de la corde mise en mouvement par l'archet. Outre les phénomènes que nous venons de mentionner, le malade a encore présenté des douleurs vives se produisant surtout pendant la nuit, occupant toute la longueur de l'avant-bras, et siégeant principalement sur le trajet du nerf cubital. Nous nous sommes demandé quelle était la nature de ces douleurs qui n'ont

peut-être pas été suffisamment étudiées, et nous sommes amené, par exclusion, à les regarder comme névralgiques ; seulement ces névralgies doivent être caractérisées par l'épithète d'ascendantes ; car la cause qui les détermine, à l'encontre des faits ordinaires, semble siéger à la périphérie du nerf, et non vers sa racine.

Tels sont les principaux phénomènes observés chez notre premier malade. L'histoire des deux autres devra être beaucoup plus succincte ; car nous nous bornerons à signaler les particularités, en regardant l'observation précédente comme un type. Le traitement sera indiqué et formulé à la fin de cette étude.

Notre second malade, couché au n.° / de notre Salle des hommes, est raffineur de son état, profession, comme on le sait, exigeant un déploiement de forces considérables. D'une assez bonne constitution d'ailleurs, il est âgé de 32 ans, et déclare avoir toujours joui d'une santé parfaite. Ce n'est qu'à dix mois qu'il fait remonter le début de sa maladie. Il ressentit alors pour la première fois une douleur sourde dans les articulations des doigts, avec une raideur très-marquée. La maladie a débuté à peu près avec la même intensité dans tous les doigts, mais sans phénomènes du côté du poignet. Ce n'est que deux mois plus tard

que le gonflement s'est manifesté dans cette région, et a été plus considérable dans la portion correspondant au pouce, sans que ce doigt fût notablement plus gros que les autres. Cette tumeur du poignet s'est graduellement accrue, et a fini par acquérir le volume d'un petit œuf. Le malade, gêné dans ses travaux où la main devait être pliée, s'en a pas moins continué à soulever de lourds fardeaux. Il y a six mois, la tumeur, déjà fluctuante depuis quelque temps, a fini par se percer en laissant écouler une certaine quantité de liquide séro-purulent. Le malade n'a pas cessé son travail; et

Peu à peu, après avoir continué pendant quelque temps, s'est enfin tari, et la tumeur, qui avait notablement diminué et même presque disparu, a commencé à se reproduire, lorsque deux mois plus tard, l'orifice a été obstétré. Il y en effet, nous avons pu constater, lorsque nous avons vu le malade pour la première fois, qu'il présentait à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras une large tumeur fluctuante, accompagnée de gêne dans la flexion et l'extension des doigts, et même de douleurs dans les articulations. Vous retrouverez chez ce malade un phénomène important et déjà signalé dans l'observation

précédente : c'est une douleur qui se ressent dans tout l'avant-bras, mais plus vive et plus distincte sur le trajet du nerf médian, et elle présente ceci de remarquable, qu'elle s'exaspère la nuit. Du reste, comme chez l'autre malade, la tumeur n'était pas enkystée ; elle était bornée à l'avant-bras. La paume de la main est restée parfaitement libre.

Un vésicatoire volant a été appliqué par deux fois sur la tumeur n'a produit que peu de résultats. Nous avons encore employé les compressions d'alcool, suivant la méthode de Mr. Bouchut et de Mr. Demeaux, et nous avons fait diminuer les douleurs

en très-peu de temps, seulement si l'on peut s'exprimer ainsi, l'état chronique a succédé à l'état aigu, et il est resté à la place de la tumeur première un empâtement assez ferme qui a résisté à tous les moyens mis en usage en pareil cas. Les mouvements étaient toujours gênés, mais peu douloureux, et les douleurs névralgiques des bras avaient complètement disparu. Nous avons fait sur le siége de la tumeur quelques lignes avec le cautère actuel, et sous l'influence de la révulsion produite, le malade ne souffrit ~~pas~~ plus. Disons de suite, pour ne plus y revenir, que ce malade étant resté dans nos salles, nous avons

par l'observer, et les accidents
qu'entraînerait, ou du moins
l'empâtement chronique avec
gêne des mouvements ayant
persisté, nous avons dû en
plusieurs reprises employer
la cautérisation transcurrente.
Chaque fois nous obtenons une
certaine amélioration; mais
la guérison n'est pas encore
complète.

Le troisième malade
observé est une femme âgée de
32 ans, qui n'a jamais présenté
le moindre accident tenant de
près ou de loin à la maladie
qui nous occupe; son travail
le borne à faire son petit
ménage; c'est dire qu'elle n'est
pas exposée à un travail qui

défaite des forces. Il y a un an, et sans cause appréciable, elle a ressenti des picotements et même des élancements dans le pouce et le doigt annulaire de la main droite; puis ces douleurs ont gagné la main, et se portant enfin vers le bord interne de l'avant-bras, elles ont suivi le trajet du nerf cubital, s'irradiant ainsi dans le bras et même jusques dans la mamelle du même côté. N'oublions pas que la maladie a débuté dans le pouce.

Ce n'est qu'il y a 7 ou 8 mois, c'est-à-dire au mois de Juin dernier, qu'il est survenu des élancements dans le poignet. A cette époque, le petit doigt

et l'aine droite était douloureux, et les douleurs du bras étaient devenues plus vives. Malgré ces accidents, la malade, continuant ses occupations, s'est aggravée, et elle a été ainsi obligée à plusieurs reprises de les cesser, pour les reprendre au bout d'un ou deux jours.

Elle est venue une première fois réclamer des soins à la clinique, au mois d'octobre dernier. L'alcool a été employé chez elle avec quelques succès, mais, obligée de sortir pour affaires, le mieux ne s'est pas soutenu, et la reprise des occupations de la malade jointe à la cessation du traitement, a compromis le

le demi-succès qu'on avait déjà obtenu.

Elle est rentrée le 17 Janvier 1862 plus malade que jamais. Elle présente une tuméfaction fluctuante assez considérable à la partie antérieure du poignet, les mouvements de flexion et d'extension sont gênés et même douloureux, et chose remarquable, elle éprouve, comme les deux malades dont nous venons de tracer l'histoire, des douleurs névralgiques qui l'agitent la nuit, au point même de troubler le sommeil.

En présence de ces accidents, nous avons mis en usage le moyen employé

précédemment, et les compresses alcooliques ont produit chez elle une cessation complète des douleurs. L'idée des applications alcooliques appartient à Mr. Bouvelot de Meaux, qui l'a le premier employée, et souvent avec succès. J'ai cité entre autres le fait d'un terrassier qui portait une tumeur en bissac, comme celle que nous avons décrite chez notre premier malade, et qui a été guérie par l'application de l'alcool en deux mois; il a repris ses travaux et la guérison s'est maintenue.

En résumé, voici de quelle façon nous appliquons l'alcool: on se sert d'alcool à 30°,

Dautan a imbibé une com-
presse assez épaisse que l'on
place sur la tumeur, on a
soin que la compresse soit
constamment très-fortement
imbibée; et, pour empêcher
l'évaporation, on entoure le
tout d'une bande de taffetas
gommé. Ce traitement, fait
avec persistance pendant
un temps variable selon les
sujets et le degré de révolution
de la maladie au moment
où on le commence, joint
à un régime doux et au repos
absolu des poignets, nous a
donné d'assez bons résultats

Pour en revenir à
notre premier malade, dont
nous avons à dessein renvoyé

le traitement ici, voici ce qui a été fait : Lorsqu'il entre dans le service au ~~bout~~ mois de Juin dernier, l'application de l'alcool avait fait disparaître ses deux tumeurs dans un temps assez court ; aussi avons-nous pensé alors que si, malgré les cautérisations qu'on entendait, il y avait des corpuscules hydatiques, il y en avait au moins en bien petit nombre. Le malade a repris ses travaux de charron, et au bout de deux mois la tumeur s'était reproduite en présentant toujours sa forme en bissac et les autres caractères que nous avons énoncés plus haut. L'alcool a été encore une fois

appliqué avec persévérance
et a semblé pendant quelque
temps produire la résolution
de l'épanchement ; mais bien
tôt le malade s'est plaint
d'une douleur assez vive dans
la partie touchée par l'abcès
Douleur qui ne caractérisait
par les mots de cuisson et
brûlure. La région présentait
en même temps un gonflement
considérable de l'épiderme,
qui était blanchâtre, coriace
et ridé, et soulevait au-dessous
de lui une assez grande quantité
de liquide séreux très-limpide.
La tumeur du poignet semblait avoir diminué de volume
mais non avoir disparu
complètement.

Nous nous sommes demandé quel était le mode d'action de l'alcool dans cette circonstance, et nous avons pensé qu'il aurait bien pu ici agir comme agent irritant et produire par son contact instantané une sorte de vésication analogue à celle que produit l'ammoniaque, mais moins rapide. Son action est pour nous hypothétique évidente dans certains cas ; si l'explication nous échappe, le moyen n'en devra pas moins être conservé ; le mode d'action de la plupart de nos moyens thérapeutiques n'est pas d'ailleurs plus connu que celui de l'alcool.

Il est resté, chez notre premier malade, un empâtement plastique avec infiltration sensible par le

moindre mouvement des doigts,
et même en faisant refluer le
liquide de la tumeur palmaire
à celle du poignet et réciproque-
ment; la présence de ce dernier
mouvement fait penser qu'il
y a là probablement un assez
grand nombre de corpuscules
hydatiformes, et que nous avons
affaire à une de ces tumeurs
décrites par Dupuytren. Dans
ce cas, on le comprend, notre
médication tonique devient
insuffisante, et avant d'en
venir à l'incision de la tumeur,
que Dupuytren préconise,
mais qui amène toujours des
accidents plus ou moins graves,
nous nous proposons de faire
une ponction avec le trocard, et

une injection iodée après avoir vidé la poche le plus possible.

Chez les deux autres malades, le résultat a été encore assez satisfaisant : l'alcool a produit la disparition de la tumeur en peu de temps. Un homme couché au n° 5 a bien gardé un engorgement de la région ; mais la maladie principale n'en a pas moins été jugée par notre moyen. Il a présenté une atrophie assez grande de la masse de muscles qui se trouve à la partie interne de l'avant-bras ; mais nous n'avons pas rapporter à la tumeur des troubles symptômes qui ne trouve pas ici de complication justifiable. Quant à la femme, sa tumeur a été deux fois

disparu ; et la seconde fois, le traitement ayant été assez long temps continué, nous avons tout lieu de ne pas craindre une récidive.

On le voit, l'alcool a agi dans ces trois cas avec une efficacité presque invariablement proportionnelle à l'état grave ou non du mal. Vos trois malades étaient à des périodes différentes de la maladie. La guérison a été prompte quand l'affection était récente ; pour les deux cas où elle était ancienne, nous n'avons obtenu qu'une amélioration.

La maladie a débuté chez deux d'entre eux, la femme et le premier malade, par la gaîne du pouce ; chez le second par la gaîne

commune des doigts. Cependant chez le premier la tumeur du poignet, après avoir été plus volumineuse du côté du pouce, a au contraire considérablement prédominé vers le bord interne du poignet; chez l'homme du n° 1, elle paraît être partie de la gaîne commune des doigts à celle du pouce. Nous avons établi anatomiquement l'isolement de ces deux gaînes, et cependant comment expliquer la gêne fonctionnelle des mouvements et la douleur ressentie par nos trois malades dans des conditions différentes? La seule explication probable de ce passage de la maladie d'une gaîne à l'autre serait le

développement d'une inflammation
le voisinage s'étend aux articulations
d'autant plus facilement que les
deux gaines se sont plus fortement accolées l'une à l'autre;
mais il reste ces douleurs névralgiques ascendantes qui se sont
montrées si constantes et si
bien caractérisées chez nos
trois malades.

Y-a-t-il aussi un phénomène de voisinage? et les
nerfs cubital ou médian sont-
ils influencés par le voisinage
d'un foyer inflammatoire, et de
cette influence résulte-t-il les douleurs observées? Le nerf médian
étant situé au-dessous du ligament
annulaire du carpe, ne pourrait-
on pas expliquer les douleurs

suivant son trajet par la compression qu'il subit ? A cause de la distension exagérée de la synoviale que le ligament comprime contre le plan résistant du ligament annulaire du carpe, cette explication est séduisante pour ce nerf. Le nerf cubital serait, lui aussi, comprimé contre un prolongement de l'aponévrose palmaire qui le recouvre.

Nous venons de mettre quelques idées sur une affection peu étudiée, et qui cependant mérite de l'être. Nous n'avons pas prétendu faire une histoire complète de la maladie, mais seulement, en groupant quelques faits, mettre en lumière les desiderata de la science à cet égard.

# Sur quelques signes diagnostiques de la Coxalgie.

Nous venons de voir dans nos salles un enfant de 13 ou 14 ans, atteint de coxalgie, et nous allons signaler succinctement à son sujet quelques signes qui pourront jouer le diagnostic de cette ~~maladie~~ affection. Cet enfant, bien portant d'ailleurs, est assez bien développé et n'est pas très fort. Il se plaint d'une douleur assez vive à la hanche. L'examen du membre nous a fait

constater les traces d'un vésicatoire anciennement appliqué sur le genou, et le jeune malade nous a en effet avoué avoir eu des douleurs de ce côté. C'est du reste, ainsi, comme on sait, que les choses se passent toujours, et la douleur dans le genou est un des premiers symptômes de la Coxalgie.

Diverses explications ont été données de ce phénomène, et, il faut bien le dire, aucune ne nous paraît renfermer les éléments d'une solution irréfutable. On a pensé d'abord que l'affection de l'articulation coxo-fémorale, produisant une inflammation des parties voisines, déterminait une ostéite, qui,

transmise par continuité de tissus, atteindrait jusqu'au genou, où le ~~centre~~ retentissement douloureux se produirait.

Cette explication aurait quelques chances de probabilité ; si l'on voyait en effet la phlegmasie gagner de proche en proche les tissus et marcher de bas en haut, il n'en est rien. On constate facilement la douleur au genou, la douleur à la hanche, mais elle manque dans les points intermédiaires, et dernièrement, chose importante à constater, la douleur du genou précède précède toujours celle de l'articulation coxo-fémorale. Dans l'ordèle, il y a tuméfaction des os, déformation ; dans aucun

cas de coxalgie les choses ne se sont passées ainsi, le fémur a toujours conservé son volume normal, de sorte qu'on est bien obligé d'admettre qu'il n'y a pas là de phénomènes phlegmasiques.

D'autres explications ont été proposées ; on a cru que le nerf obturateur, qui par ses rameaux intérieurs vient se terminer à l'articulation du genou, et dans son trajet transversal très-voisin de l'articulation coxo-fémorale malade, et qu'alors ce nerf se trouvant au milieu de tissus enflammés, pouvait être influencé par eux et donner lieu à la sensation de douleur ressentie dans les

dernières ramifications, de la même manière que l'amputé rapporte dans le pied qu'il a perdu les douleurs qu'il éprouve. Il n'en est pas ainsi cependant, car tous les jours nous voyons des tumeurs blanches produites dans les mêmes conditions sans donner lieu aux mêmes phénomènes. Une tumeur blanche du coude, par exemple, est à cent lieues voisine du nerf cubital, ce nerf est même le plus tuméfié au milieu des tissus malades, et cependant on n'observe jamais de douleur dans les extrémités digitales où se rendent les dernières ramifications; pourquoi donc y aurait-il exception

pour l'articulation coxo-fémorale, puisque les choses ne se passent pas ainsi dans les autres articulations ? Ce que nous venons de dire montre la peu de l'influence que pourrait exercer les tissus enflammés sur un nerf qui les traverse s'appliquerait aux abcès périphériques des articulations, et c'est là au contraire un fait parfaitement démontré que leur action est nulle sur les nerfs.

Nous avons eu occasion d'observer l'année dernière un enfant atteint d'abcès de la partie antérieure et interne de l'articulation coxo-fémorale, pris ailleurs pour une coxalgie ; l'absence de douleur au genou

a éclairé notre diagnostic ;
ici cependant le nerf obtura
teur aurait pu être influencé
par la maladie voisine.

Quoiqu'il en soit de ces
explications, qui, nous l'avons
dit, ne nous paraissent pas
satisfaisantes, & auxquelles,
nous l'avouons, nous n'avons
pas su en substituer qui soient
sans réplique, il y a quelque
chose de plus grave que l'ex-
plication ; c'est le fait. Or la
constatation de la douleur est
facile ; seulement il faut savoir
distinguer la douleur sympto-
matique d'une maladie de
l'articulation coxo-fémorale,
de celle qui est propre à une
maladie du genou. Dans le cas

qui nous occupe, il n'y a pas
de gonflement, pas de déformation de l'articulation du genou,
ainsi quand le cas est simple,
cette seule circonstance peut
suffire ; mais s'il y a maladie
du genou sans déformation,
il sera utile de distinguer la
cause de la douleur, et son siége
sera ici d'une valeur absolue.
Il faut seulement savoir que
la douleur symptomatique
d'une affection de l'articulation coxo-fémorale se fait
sentir dans le jarret, et quelquefois au niveau et vers le
milieu de la rotule ; au contraire, la douleur propre à
une maladie de l'articulation
du genou siége presque toujours

a la partie supérieure et interne du ~~fémur~~ tibia.

Chez notre malade les symptômes sont peu avancés, mais il accuse de la douleur précisément dans le creux du jarret. Il n'y a pas chez lui de déformation bien évidente, pas d'inclinaison du bassin, et dès là un cas où l'on pourrait avoir quelque difficulté à déterminer si la tête du fémur a abandonné la cavité ~~cotyloïde~~ Cotyloïde. C'est, du reste, une question que le praticien est appelé à résoudre à chaque instant. Aussi insistons-nous pour indiquer un signe important de ce déboîtement de la hanche.

A l'état normal on reconnaît que si le fémur est fléchi à angle droit avec une légère adduction, le sommet du grand trochanter répond à une ligne qui partirait de l'épine iliaque antérieure et supérieure pour se rendre à la partie la plus saillante de la tubérosité ischiatique, et que cette ligne divise en même temps la cavité cotyloïde en deux parties égales.

Quand il y a luxation, et que cette luxation a lieu par exemple, en haut et en arrière comme c'est le cas le plus fréquent, on observe une projection du grand trochanter, qui peut aller jusqu'à quatre et même six centimètres

au-dessus de la ligne que nous venons de signaler, et qu'il est toujours facile de tracer exactement en plaçant les deux extremités d'un lac, l'une sur la crête iliaque antéro-supérieure, l'autre sur la partie la plus saillante de la tubérosité sciatique. En explorant la région fessière, on constate le déplacement du grand trochanter. Ce signe est applicable à toute espèce de luxations du fémur, et ces luxations ne sont pas rares.

La mensuration des membres est, on le sait, un des autres moyens de diagnostic employés

Dans l'examen des malades atteints de Coxalgie ; mais il peut arriver que la luxation soit double, ce qui s'observe fréquemment dans les luxations congéniales, et alors, les deux membres étant raccourcis, on manquera de terme de comparaison. C'est dans ces cas surtout que le moyen que nous venons d'indiquer pourra avoir une grande utilité.

Ce signe diagnostic est donc utile aussi bien dans les luxations congéniales que dans la Coxalgie, et aussi dans les luxations traumatiques.

Il y a, en résumé, chez

notre malade, en faisant abstraction d'un grand nombre de signes qu'il serait trop long d'exposer, arthrite coxo-fémorale caractérisée par de la douleur et au genou et dans l'articulation de la hanche; et cette douleur siège, pour cette articulation, à sa face antérieure, c'est-à-dire au pli de l'aine.

Il y a un autre point de réflexion de cette douleur: c'est la partie postérieure de l'articulation vers le milieu de la région fessière.

Si le membre est dans l'adduction, ce phénomène nous indique une affection

une peu ancienne, car, au
délent, c'est plutôt l'addue-
tion qui en observe; le repos
que le malade a été obligé
de donner à son membre
y a produit aussi un peu
d'atrophie.

Que faire dans ce cas
particulier?

Il faut avant tout s'oppo-
ser avec que le membre
prenne une position vi-
cieuse, et prévenir, autant
qu'il sera en nous, la
lunation qui tend à le
produire.

— L'immobilité est,
selon nous, une condition
indispensable pour prévenir
le déplacement qui tend à

je le prescrirai ; aussi, nous ordonnons au malade de rester couché sur le dos, et de tenir ses jambes parfaitement parallèles ; nous allons faire appliquer sur la partie antérieure de l'articulation un vésicatoire volant, et si, d'ici à 15 jours, les accidents n'ont pas disparu, nous n'hésiterons pas à appliquer la cautérisation transcurrente pour prévenir la marche croissante de la maladie.

Cette conduite énergique nous est indiquée par l'efficacité probable des moyens que nous ~~employons~~ employons, maintenant

que la luxation ne fut pas
produite ; quand le déboîte-
ment aurait eu lieu, la
difformité serait au-dessus
des ressources de l'art.

# Kyste fibreux du Maxillaire inferieur.

Le n°. 10 de notre salle des hommes est occupé par un jeune homme de seize ans, d'une constitution frêle, mais dont la santé générale est bonne.

Il y a deux ans et demi environ (vers 1850), il s'aperçut que le côté droit de sa mâchoire inférieure était le siége d'une tuméfaction légère, et que les dents correspondantes, perdant de leur solidité, commençaient à devenir vacillantes.

Depuis cette époque, cette tumeur, à laquelle on ne sut attribuer aucune cause, a suivi

le cours régulier de son développement, et voici dans quel état le malade se présente à nous :

Le côté droit du corps de l'os maxillaire inférieur est envahi, dans une étendue de 5 à 6 centimètres, par une tumeur dont la largeur est à peu près de 3 centimètres dans son plus grand diamètre. La courbure parabolique de l'os dissimule en partie le relief de la portion malade.

Quand on examine la cavité buccale, on croirait, au premier abord, que plusieurs dents du côté droit sont absentes ; il n'en est rien. Cette apparence est due à une

écartement considérable qui existe entre les petites et les grosses molaires. Les dents sont au nombre de 7, y compris l'incisive. La seconde petite molaire est fort peu mobile, mais le doigt imprime des mouvements très-sensibles à la première grosse molaire, qui est en arrière de la tumeur.

Entre ces deux dents, le tissu gengival se montre avec son aspect normal.

Le doigt, introduit dans la bouche, pressé de sentir en arrière un point mou, dépressible et comme fluctuant, borné de tous côtés par un relief osseux, mince et irrégulier. La partie an-

service, de ces tumeurs manifestement solides, et dont la transparence était facile à constater.

Tumeur qui est de la fluctuation, vous avez pu voir, en mettant quelque attention dans votre examen, que, si on déprime un peu fortement la partie molle, on arrive bientôt à une limite dure, résistante, sur laquelle le doigt est forcément arrêté. Vous devons donc ici rationnellement attribuer cette sensation plutôt au déplacement des parties solides, mais déprimables, qu'à un flot liquide.

Enfin voici, messieurs, un argument sans réplique, et j'appellerai en faisant votre

attention sur ce mode d'exploration, qui rend de grands services en certains cas:

Une aiguille à cataracte a été introduite dans la tumeur, au niveau de la partie la plus molle; elle est restée immobile, fixée dans sa position par les tissus au centre desquels elle avait pénétré. Mais peut-être n'était-elle ainsi retenue que par un ou deux points solides dans l'intérieur d'une poche liquide. Enfoncée à plusieurs reprises et dans diverses directions, nous avons chaque fois éprouvé, en la faisant pénétrer, la même sensation, et nous n'avons pu lui imprimer aucun mou-

vement ; de plus, la piqûre n'a donné issue à aucun liquide.

Je vous rappellerai que la marche et l'aspect des kystes liquides du maxillaire inférieur ont certains caractères que nous ne retrouvons pas ici. Ces kystes se développent profondément dans l'os, la cavité s'agrandit souvent avec rapidité ; quelquefois, par l'adjonction de cavités de loges voisines, les parois deviennent minces, friables, très-comparables à des coquilles d'œuf ; elles renferment un liquide séreux ou séro-sanguinolent. Cette coque osseuse fournit au doigt qui la presse une sensation

de défiance toute particulière.

Nous rejetons donc l'idée d'une tumeur liquide. Voyons, parmi les tumeurs solides, dans quelle catégorie nous devons ranger celle qui nous occupe:

Ce n'est pas un squirrhe; on sait que parmi les cancers cette dernière classe est le triste apanage de la vieillesse et de l'âge mûr, et notre malade a seize ans. Le squirrhe ne se développe pas dans les os; je n'en ai jamais vu affecter cette partie de l'organisme. Je sais bien qu'on a cité des exemples de tumeurs dures, lardacées et comme squirrheuses; mais les descriptions qui en ont été faites étaient trop sommaires,

trop incomplètes pour considérer
ces faits comme bien avérés. Je
ne vois pas au Squirrhe des os.
Et d'ailleurs, ne voyons-nous
pas dès le début du Squirrhe et
dans le voisinage de la tumeur,
les ganglions lymphatiques se
tuméfier et s'engorger, des douleurs
vives et lancinantes se manifester
dans la région malade ? Ici, rien
de tout cela ; jamais il n'y a eu
de douleur, et les ganglions maxil-
laires sont à leur état normal.
Nous ne trouvons pas davantage
songer à un encéphaloïde ou à une
tumeur mélanique : car à ces signes
négatifs vous pouvez ajouter qu'en
aucun point la peau n'offre ni
adhérence, ni altération d'aucune
espèce ; que jamais la tumeur n'a

été le siége d'ulcération ou d'hé-
morrhagie, quoique son existence
remonte à près de trois ans.

En procédant ainsi par
voie d'exclusion, nous sommes
arrivés à n'avoir plus à énumé-
rer que des tumeurs fibreuses;
et encore ici aurons-nous une
distinction à établir. Vous
savez en effet Messieurs, qu'il
est des tumeurs qui, constituées
par un noyau unique d'un vo-
lume variable, entretenu de
toutes parts la substance osseuse
et se sont ainsi creusé une loge
exactement limitée de toutes
parts. Ce sont là des tumeurs
fibreuses enkystées, de celles qui
parviennent, en général, à énucléer
facilement. L'Dubuytren les avait

bien vues, elles a décrites avec soin. Leur tissu offre la plus grande analogie avec celui qui compose les corps fibreux de l'utérus.

Mais on observe des cas où la disposition anatomique est différente. Le tissu fibreux n'a point refoulé l'os, il s'est développé entre ses mailles; il y a entre les deux substances une sorte de pénétration réciproque. C'est bien le tissu fibreux qui constitue la tumeur mais il est pénétré d'aiguilles osseuses qui s'entre-croisent en tous sens. L'union est intime de part et d'autre, et il faut, pour mettre les portions osseuses à nu, râcler

avec force, et souvent avoir recours à une macération prolongée dans l'eau. Vous comprenez aisément que l'énucléation est impossible en pareil cas.

C'est cette dernière variété qui se présente à nous; la mollesse de la partie supérieure, les pointes dures que l'on sent dans son voisinage, la dureté croissante ~~[illegible]~~ à mesure qu'on avance vers le bord inférieur de l'os, tout concourt à nous le prouver.

Laisserons-nous cette tumeur se développer? Considérant qu'elle ne cause aucune douleur, qu'elle est de nature bénigne, l'abandonnerons-nous à elle-même? Non certaine-

ment. Le délai ne remonte qu'à deux ans et demi, et déjà la gêne de la prononciation, celle de la mastication sont assez grandes pour que le malade vienne nous demander secours. Ces sortes de tumeurs ont d'ailleurs une tendance extrême à s'accroître avec rapidité et à acquérir souvent des proportions considérables. J'ai réséqué il y a quelques années la branche gauche et une portion du corps de l'os, à une femme déjà âgée, pour un kyste qui avait débuté à l'angle du maxillaire et avait graduellement envahi la totalité de la branche.

Nous enlèverons donc cette tumeur. S'il était possible de laisser intacte une petite

portion du bord inférieur de l'os, si on pouvait à l'aide de pinces, de tenailles incisives, enlever toute la tête fibreuse, on arriverait au meilleur résultat; le vide se comblerait bientôt, et il n'y aurait pas de difformité sensible; mais outre que les difficultés de l'opération seraient bien plus grandes en agissant ainsi, je ne crois pas que l'on parviendrait à ne laisser aucun germe du mal qui, selon ma pensée, occupe toute la hauteur de l'os, et alors la récidive ne tarderait pas à se manifester.

Pour ces raisons, je crois que la seule chose à faire ici

c'est la résection complète, et dans une étendue correspondante à celle de la tumeur. Je veux vous donner quelques détails sur le procédé opératoire que je vais appliquer devant vous.

Une incision de 5 centimètres sera faite au niveau du mal, le long du bord inférieur de l'os; tous les tissus, peau, tissu cellulaire et tendons, seront divisés du même temps. Je décollerai ou je disséquerai de suite, à l'aide d'une sonde cannelée et du bistouri, la muqueuse de chaque côté de l'os. La sonde cannelée, laissée en place, servira de guide à l'aiguille courbe

qui entraînera la scie à chaîne. Les dents répondant aux extrémités de la tumeur auront été préalablement arrachées pour ne pas gêner le jeu des instruments. L'os étant ainsi divisé, j'essaierai de réséquer en même temps pour l'autre côté de la tumeur. Peut-être rencontrerai-je alors quelques difficultés.

Je me servirais dans ce cas d'une scie à main, en attirant un peu l'os en dehors, ce qui serait facilité par la première section. L'opération sera terminée en coupant complètement en dedans la muqueuse, et en dehors la muqueuse et les muscles qui prennent leur insertion sur le maxillaire.

Plusieurs avantages résultent de cette méthode opératoire. Votre malade sera soumis à l'inhalation du chloroforme; il faut donc autant que possible éviter de laisser couler du sang dans la bouche. Le sang tomberait de suite dans la gorge placée dans une position déclive; il ne pourrait être expulsé et deviendrait ainsi une cause de suffocation imminente. C'est précisément ce qui se serait présenté si nous avions, comme cela se pratique ordinairement, incisé les téguments à partir de la commissure labiale, de manière à former deux lambeaux, un antérieur et un postérieur. Tout au contraire, en opérant comme je

viens de le dire, pas une goutte de sang ne tombera dans la cavité buccale, puisque les incisions de la muqueuse constitueront le dernier temps de l'opération. D'autre part, les incisions faites sur les téguments de la joue laissent toujours des traces désagréables et difficiles à cacher; la commissure labiale est souvent déformée. Votre incision longeant le bord de l'os sera peu visible, et comme nous opérons chez un jeune homme, avant peu d'années d'ici la barbe aura complètement couvert cette légère cicatrice. Enfin je n'ai pas besoin de vous faire remarquer que la réunion d'une plaie linéaire

doit se faire plus facilement que celle de lambeaux mobiles dont les attaches profondes auront été détruites.

Cependant, nous ne pouvons nous dissimuler certains inconvénients inhérents à l'opération; et, quel que soit d'ailleurs le procédé employé, la forme du visage subira nécessairement quelques changements sensibles. La branche droite du maxillaire, entraînée par les muscles moteurs et ne trouvant plus de résistance, se portera en avant et en dedans; la région massétérine sera légèrement déprimée. Pour les mêmes raisons, toute la partie droite restante sera dans la même direction, le

menton sera dévié de la ligne médiane et porté à droite et en bas. En même temps les tissus, n'étant plus soutenus par l'os dans une certaine étendue, et pressés par ses deux extrémités coupées, auront de la tendance à faire une saillie plus arrondie que dans l'état normal.

Vous sentez de suite que ce ne sont pas là des obstacles qui doivent nous arrêter. Il faut mettre un terme immédiat au développement de cette tumeur, nous allons donc l'enlever.

L'opération s'est accomplie sans difficulté sérieuse. Quatre points de suture entortillée ont fermé la plaie. Les

épingles ont été retirées dès le second jour, mais on a laissé les fils en place ; l'état général est excellent ; pas de fièvre ; soif modérée. Le malade est gai, dispos ; il demande à se lever et à manger.

La pièce pathologique examinée avec soin et avec soin confirmes le diagnostic.

Voici ce qu'elle a présenté :

Toute la hauteur de l'os est envahie par la tumeur, qui est constituée par un tissu dur, résistant, blanc, avec quelques points d'une teinte un peu jaune ; ce tissu est très-homogène. Les parois osseuses sont fort amincies, surtout en haut, où même elles manquent complètement au sommet

de la tumeur. De leur face interne s'échappent en grand nombre des prolongements osseux, lamellaires, ou en forme d'aiguilles qui s'entrecroisent et se rencontrent en tous sens. On dirait que la matière fibreuse s'est développée entre les mailles du tissu spongieux qui a été dilatées, agrandies peu à peu. à mesure qu'on avance vers la partie inférieure, les aiguilles osseuses deviennent plus serrées et plus abondantes. à un centimètre du bord inférieur de l'os, et parallèlement à lui, se trouve une jetée osseuse complète; c'est la paroi supérieure du canal dentaire qui est

rempli par la matière fibreuse. En cherchant dans l'intérieur de cette substance, on découvre le nerf dentaire, qui est comprimé, effilé en plusieurs points; cependant, chose remarquable, à aucune époque, il n'y a eu de douleurs névralgiques.

La face libre de l'os du côté externe offre une particularité digne de remarque: elle est criblée d'un nombre considérable de petits trous, qui témoignent d'une vascularité beaucoup plus considérable dans cette partie. Le microscope m'a démontré dans cette tumeur que des éléments fibreux primordiaux plongés dans une matière colloïde amorphe. Cette trace

de cellules cancéreuses.

Après un séjour de trois semaines, le jeune malade a quitté l'hôpital, portant encore au niveau de la plaie une petite fistule entretenue par un fil de ligature dont la chute avait été tardive. Un mois après l'opération, toute trace avait disparu.

# Du testicule syphilitique.

Deux malades entrés dans nos salles à quelques jours de distance nous offrent chacun un bel exemple de l'affection connue sous le nom de testicule syphilitique, ou vénérien, d'engorgement syphilitique du testicule.

Indiquée vaguement par Astruc, décrite avec plus de soin par B. Bell, cette maladie a surtout fixé l'attention de A. Cooper au commencement de ce siècle.

Dans ses œuvres chirurgicales, cet auteur s'est attaché surtout à

Leçon faire connaître la cause, le siège, l'altération du testicule syphilitique ; et si les huit observations qu'il rapporte à l'appui de sa Doctrine ne sont pas toutes concluantes pour un esprit sévère, il n'en faut pas moins reconnaître que le premier il a ouvert la voie que les chirurgiens ont suivie pour élucider cette question.

Depuis cette époque, M. A. Bérard, dans une thèse, MM. MM. Ricord, Vidal, Velpeau, se sont occupés, chacun de son côté, du testicule syphilitique.

Ces engorgements récents de la glande séminale est loin d'être rare, et nous en voyons tous les ans de nombreux exemples dans les hôpitaux

Cependant quelques auteurs d'un grand mérite, Swediaux, W. Hunter, ne se rappellent pas avoir observé aucun cas de cette espèce dans leur immense pratique.

Dans un mémoire fort bien fait, et que l'on consultera avec fruit, M. de Castelnau a écrit que l'affection syphilitique du testicule était beaucoup plus rare qu'on le croyait généralement. D'après lui, l'orchite chronique aurait été plus d'une fois confondue sous ce nom.

Ainsi, vous voyez qu'il existe une grande dissidence entre les auteurs sur le sujet que j'ai à vous occuper.

Mais cette dissidence est plus apparente que réelle,

et je crois qu'il ne sera pas bien difficile de concilier toutes les opinions.

En effet, comme le dit très bien B. Bell, l'opinion que l'on se fait sur le testicule syphilitique est liée en quelque sorte à l'idée que l'on adopte sur la nature du virus vénérien.

Ceux qui ont cru à la nature syphilitique de la blennorrhagie ont trouvé tout naturel que l'engorgement chronique du testicule fut en être la conséquence, et l'ont appelée orchite chronique.

Les autres, au contraire, regardant la blennorrhagie et la syphilis comme deux affections tout à fait distinctes, recherchent

avec soin les symptômes syphilitiques antécédents avant de se prononcer sur l'engorgement testiculaire, et réciproquement les signes anatomiques et séméiotiques, une fois bien constatés, on peut à coup sûr chercher des traces de syphilis antécédente; qui ne peuvent manquer de répandre une vive lumière sur une affection souvent obscure et toujours difficile.

Ces réflexions nous ont paru utiles à l'intelligence des sujets, et maintenant nous pouvons entrer en matière.

Le premier de nos malades, couché au n° 18, est un jeune homme de 25 ans, d'une très-bonne constitution; il ne porte aucune trace de scrofules.

Ce jeune homme n'a qu'un testicule dans les bourses, celui du côté droit. Le testicule gauche paraît être resté dans l'abdomen.

Vous trouverez dans les antécédents de notre malade plusieurs blennorrhagies qui ont guéri complètement; aucune n'a été suivie ou accompagnée d'épididymite.

Notons encore, il y a plusieurs mois, plusieurs chancres et deux bubons qui ont suppuré, et nous voyons encore sur le gland des cicatrices bien manifestes et sans induration.

Le traitement était mal suivi, comme nous l'apprend le malade; et vers la fin de la même année, le testicule commençait à augmenter

de volume sans que de nouveaux accidents fussent venus expliquer la cause de cette nouvelle manifestation morbide.

Comme les douleurs étaient à peine marquées, la gêne peu considérable et les fonctions nullement dérangées, ce jeune homme n'y attachait guère médiocre importance.

Mais depuis quelques mois le volume de la tumeur a notablement augmenté; son poids est devenu plus incommode, et des douleurs s'y font sentir.

Voici l'état actuel.

Le scrotum se présente sous la forme d'une tumeur du volume du poing, piriforme, ou plutôt quadrilatère, un peu

aplatie davantage en arrière.

Deux bosselures existent à la face inférieure, l'une en haut, au dessous de l'anneau, l'autre tout-à-fait en bas. Ces deux bosselures sont séparées par un collet ou étranglement situé à peu près à la partie moyenne de la tumeur.

Elles sont fluctuantes, et semblent communiquer l'une avec l'autre. Ainsi, il est possible qu'une cloison mince interposée entre les deux cavités donne la sensation de fluctuation. Au début il n'y avait que la bosselure supérieure; l'inférieure est d'origine récente. Si l'on vient à les examiner à contre-jour avec une lumière, il

et facile de s'assurer qu'elles sont bien manifestement transparentes.

En déprimant la couche de liquide placée entre les doigts et le testicule, on touche une masse très-dure, très-compacte, divisée en plusieurs segments en avant et en arrière qui offrent des granulations ou aspérités.

Cette masse, indurée et comme hérissée de petits mamelons est l'hypertrophie du volume d'un petit pois, mais autre que le testicule lui-même; car on peut s'assurer d'une manière positive qu'elle se continue en haut avec le canal déférent, resté complétement sain; mais il est difficile de séparer nettement le

corps du testicule de l'épididyme, dans la déformation est considérable.

Nous pratiquerons dans quelques jours une ponction exploratrice, et nous pourrons examiner plus commodément la tumeur.

Toutefois, en dès-à-présent, je pense que nous avons affaire ici à une affection hypertrophique du testicule (symptômes testiaires). Cette affection est caractérisée par une augmentation de volume de l'épididyme et du corps du testicule. Malgré le liquide, nous avons constaté un accroissement considérable de l'épididyme. La moitié de cet organe est enchassée dans le corps du testicule (comme un

oeuf dans un coquetier). Le corps du testicule semble donc diminué mais il présente à-peu-près son volume normal, et à la surface de l'albuginée nous avons pu sentir de petits mamelons chagrinés de volume variable.

Le plus souvent, dans l'état de repos, la partie est presque toujours complètement indolente, et le malade, à raison de cette insensibilité, la touche avec une rudesse qui étonne le chirurgien

Ici, la tumeur est un peu douloureuse à la pression, peu — dans la marche ou tout autre exercice corporel ; mais dans ce deux dernières ~~années~~ circonstances, la principale incommodité dépend de la gêne

mécanique que la tumeur apporte aux mouvements.

Les douleurs, quand elles existent, dépendent presque toujours des tiraillements que la tumeur ~~apporte aux mouvements~~ exerce sur par son poids. Ces douleurs prennent rarement le caractère qui appartient à certaines autres manifestations syphilitiques, et dans ce cas elles ne se font pas plus sentir la nuit que le jour; mais une légère pression suffit pour les déterminer.

Notre second malade, couché au n° 4, est un jeune homme de trente deux ans, qui présente les plus grandes analogies avec le précédent.

Comme maladies antécédentes, il faut noter un chancre induré il y a dix mois (pas de blennorrhagie). Le traitement fut incomplet, et, quatre mois après cette accident syphilitique, le testicule commença à augmenter de volume.

Il entra alors dans un hôpital, où la nature de la maladie fut reconnue, car on lui fit prendre de l'iodure de potassium qui procura une prompte amélioration.

Il quitta l'hôpital sans continuer le traitement, et le mal recommença ses progrès.

Aujourd'hui il vient s'offrir à votre examen dans l'état suivant:

Ce jeune homme est égale-

uement monorchide ; c'est aussi le testicule droit qui est dans le scrotum et malade. La gauche est retenue à l'anneau, mais flasque, ridé, comme une toute petite noisette ; la tumeur des bourses est piriforme, fluctuante, peu douloureuse, transparente, d'une tension médiocre.

En déprimant les enveloppes de la tumeur, on peut toucher le testicule. Il est dur, bosselé, gros comme un petit œuf. Une ponction, en vidant le liquide, nous a permis de constater :

1° Une déformation considérable de l'épididyme et des corps du testicule.

Les signes de délimitation entre ces deux organes ne sont

pas bien tranchés.

Le épididyme est à la partie inférieure et interne de la masse morbide.

2° La face postérieure de la tumeur est plus dure, plus bosselée, elle est formée par le corps du testicule placé en arrière. Nous ne trouvons pas de traces de travail inflammatoire, ni d'adhérences des enveloppes entre elles.

A l'état de repos, notre malade n'éprouve que peu ou point de douleurs, mais elle s'éveille vite à la moindre pression. Cependant elle n'est jamais bien aiguë et reste plutôt obtuse. Nos malades n'éprouvent aucune exacerbation nocturne. Ce

caractère n'est donc point un symptôme certain de l'affection syphilitique des testicules, comme le pensait A. Cooper; et pourtant, quoique cet auteur ait ~~dit~~ émis cette opinion dans plusieurs passages, on n'en retrouvera aucune dans la preuve dans aucune de ses observations.

Nous ne pouvons donc l'admettre qu'avec une grande réserve.

Pour arriver au diagnostic, deux ordres de signes nous sont utiles:

1. Les antécédents;
2. Les signes anatomiques;

1. Nos deux malades ont eu des chancres; le premier, il y a deux ans à peu près; le second,

il y a dix mois seulement.

Chez le premier on ne trouve plus de traces de chancres, chez le second on peut encore voir des traces d'induration.

Tous deux ont suivi un traitement incomplet, et c'est à une distance plus ou moins éloignée de l'accident primitif qu'ils ont vu leur testicule augmenter de volume, le premier après un an, le second après cinq mois.

Le gonflement du testicule s'est ~~fait~~ avec lenteur, presque sans douleur, sans exacerbation nocturne bien évidente, sans aucun dérangement de la sécrétion spermatique et des fonctions génitales. Le volume seul de la tumeur

B.I.U.M.

causait une certaine incommodité qui le faisait sentir dans la marche, la station prolongée ; aussi, l'un et l'autre pouvaient en suspendoir à leur arrivée à l'hôpital.

**2.** En ce qui concerne l'examen de la tumeur, vous avez pu tous constater :

1° Sa forme piriforme, ou plutôt quadrilatère, très-pesante, dure, bosselée, assez indolente, sans changement de couleur à la peau, sans adhérences ;

2° Un épanchement de sérosité limpide, transparente, d'une médiocre abondance dans la tunique vaginale, de manière à simuler une hydrocèle.

3° Si l'on refoule avec

le doigt les enveloppes scrotales, et surtout après avoir évacué le liquide par une ponction, nous trouvons la tunique albuginée déformée, criblée de cavernes de volume variable : ici une tête d'épingle, là un petit pois, une amande pourraient en donner l'image assez fidèle.

Ces déformations extérieures à la glande séminale, déjà signalées par A. Cooper, sont produites par un épanchement de lymphe plastique à la surface de la tunique albuginée.

Ce sont des couches pouvant être stratifiées en forme de zones concentriques, souvent assez régulièrement arrondies, quelquefois couvertes d'aspérités

saillantes et, dans certains cas, offrant au toucher une sorte de mobilité trompeuse.

Comme la tunique albuginée du corps du testicule et de l'épididyme présente en même temps ces singulières déformations, il n'y a rien d'étonnant qu'on ait pu confondre certaines formes de l'orchite chronique avec les altérations du testicule syphilitique que nous venons de signaler à votre attention.

Mais les caractères bien différents de ce dernier (s'ils commandent parfois un certain doute) ne permettent guère l'erreur après un examen attentif et des antécédents et de l'état anatomique de l'albuginée,

l'hydrocèle concomitante, des chances à une époque plus ou moins rapprochée, sont les éléments à l'aide desquels vous pourrez toujours asseoir un diagnostic positif.

Les affections syphilitiques de la peau, du périoste (quand elles existent) vous seront quelquefois d'une grande utilité pour vous donner toute la certitude désirable; mais ces signes manquent bien souvent.

Ainsi A. Cooper ne les a mentionnés que deux fois dans les huit observations de testicule vénérien, et nos deux malades n'offrent point de traces de syphilis du côté de la peau, des muqueuses et du périoste des os.

A mes yeux, les chancres antécédents sont des accidents suffisants pour expliquer l'altération testiculaire que ces malades nous offrent aujourd'hui.

3° Le cancer, les tubercules de la glande séminale, ont bien certains points de ressemblance; toutefois, il n'est pas impossible d'arriver à la vérité.

Ainsi, dans le cancer, il y a quelquefois une hydrocèle symptomatique peu abondante; mais après la ponction, le testicule ou du moins la tumeur que l'on trouve à sa place, apparaît avec les caractères de l'encéphaloïde.

4° Dans l'affection tuberculeuse des testicules, ils

n'y a point d'hydrocèle, ou du moins elle est bien rare, car je ne l'ai jamais rencontrée.

Les cosselures sont plus régulièrement sphériques, se détachent pourtant bien de la tunique albuginée, à travers laquelle elles semblent faire hernie ; de plus, ces cosselures sont **adhérentes** au scrotum presque dès leur naissance. Si l'on vient à saisir le scrotum de chaque côté de ces cosselures en essayant de faire un pli, la peau reste immobile au niveau du point adhérent, et le pli se dessine seulement au-dessus et au-dessous.

Il est alors facile de suivre, à la face profonde des téguments,

une sorte de corde saillante qui va s'insérer à la bosselure que l'on examine en ce moment.

Ces caractères ne se trouvent pas dans le testicule vénérien.

Les tubercules se ramollissent assez rapidement et dans le testicule, et quelquefois dans la prostate, le canal déférent qui, comme vous le savez, participe le plus souvent à l'altération de la glande séminale devenue tuberculeuse.

Rien de semblable dans le testicule syphilitique, nous avons donc sous les yeux une affection syphilitique tertiaire consistant dans la déformation de l'albuginée, de l'épididyme

et du corps du testicule. Cette déformation ~~déjà signalée~~ a été longuement décrite plus haut ; mais, afin de mieux la graver en votre mémoire je la reprendrai tout à l'heure dans un tableau ou parallèle esquissé à grands traits.

Le pronostic de cette affection est favorable, mais il faut du temps.

Trois, quatre mois, un an de traitement sont parfois nécessaires pour obtenir un résultat complet.

Nous commencerons par un gramme d'iodure de potassium par jour dans 125 grammes d'eau ; les doses doivent être portées assez rapidement à 2, 3, 4.

grammes dans les 24 heures, et comme je ajoute ordinairement [illegible] de 2 centigrammes de proto-iodure de mercure. Régime modéré.

Si l'hydrocèle ne disparaît pas d'elle-même sous l'influence de ce traitement, je fais une ponction, et le liquide ne se reproduit point, ou en si petite quantité qu'on peut le négliger sans inconvénients, car il est bien résorbé.

Maintenant que nous connaissons bien le testicule syphilitique, essayons d'en tracer rapidement les principaux caractères.

Le testicule syphilitique apparaît sous la forme d'une

tumeur de volume variable: il y a entassé de liquide (hydrocèle); à travers cette hydrocèle, on peut sentir l'épididyme et le corps du testicule; ils sont indurés, bosselés par places; l'épididyme est comme pelotonné sur lui-même de la tête à la queue; sa surface albuginée offre de petites élévations dures, sortes de petites tumeurs décrites plus haut, nées du tissu même de cette membrane enveloppante; elle est épaissie, recouverte de couches ou dépôts stratifiés de lymphe plastique.

Il faut bien se garder de prendre ces petits corps durs pour des ~~testicules~~ tubercules.

Le tubercule se détache

davantage du corps du testicule à travers l'albuginée amincie ; elle est épaisse dans le testicule syphilitique.

Les antécédents ont une grande valeur pour éclairer le diagnostic.

Des chancres précèdent le testicule syphilitique ; des traces de scrofules peuvent aider à reconnaître le testicule tuberculeux.

Dans le testicule syphilitique parvenu à une certaine période, il y a presque toujours une hydrocèle ; c'est la règle commune, et l'absence de l'épanchement doit être considérée comme une exception.

Dans le testicule tuber-

culeux, l'absence du liquide est la règle, et sa présence forme l'exception.

Les tubercules arrivent, plus ou moins vite à la période de ramollissement ; alors les tubercules s'isolent, se circonscrivent, la peau devient de plus en plus adhérente à leur niveau ; elle s'amincit, se perfore, etc.

Dans le testicule syphilitique, les couches plastiques qui composent la tumeur augmentent en se stratifiant (dépôts stratifiés), ne se ramollissent jamais, vont toujours croissant ; la peau est toujours saine, sans adhérences, c'est le contraire pour les tubercules.

Dans le testicule tuber-

culeux, en touchant par le rectum, la prostate, les vésicules séminales offrent aussi le plus souvent des altérations analogues; rien de semblable dans le syphilitique, à moins de complications.

Les deux testicules sont plus fréquemment affectés dans le testicule syphilitique, et le plus souvent un seul est malade d'abord dans le testicule tuberculeux.

Dans le premier (syphilitique), les fonctions génitales conservent toute leur vigueur; la sécrétion du sperme, l'éjaculation sont abondantes.

Dans le second (tuberculeux), ces importantes fonctions lan-

guissent et marchent bientôt avec les progrès de l'évolution tuberculeuse.

Dans le testicule vénérien, l'altération siège dans l'albuginée. Le tubercule naît, se développe et suppure dans le parenchyme même de la glande séminale, qu'il détruit plus ou moins complètement.

L'une de ces affections est curable par l'iodure de potassium et le traitement antisyphilitique, ainsi que l'hydrocèle concomitante.

L'autre, le jouet de tous nos moyens et marche sans cesse vers une fâcheuse terminaison.

Tous deux ont de la commun, qu'elles suppurent

les malades dans la plénitude des fonctions génitales, c'est-à-dire de 25 à 40 ans.

J'ajouterai, en terminant, qu'on ne pourra nous reprocher d'avoir confondu le testicule syphilitique avec une orchite chronique, car nos deux malades n'ont jamais eu d'épi-didymite, et cette raison nous semble péremptoire.

Vous avez suivi ces malades, et vous avez pu voir l'heureuse influence du traitement; l'hydrocèle ne s'est point reproduite, les bosselures qui déformaient complètement les testicules se sont effacées peu à peu, et vous avez pu voir une délimitation bien franchie s'opérer

pour ainsi dire sous vos yeux, entre le corps de la glande et le kyste dégénéré primitivement confondus ensemble dans la même masse morbide.

Ne perdez pas l'occasion de constater ces résultats, car j'ai toujours vu ces malades quitter l'hôpital avant leur complète guérison et sans qu'il me fut possible de les y retenir.

# Hémorrhagies
# De la paume de la Main.

Nous avons en ce moment dans notre service un jeune homme qui nous offre l'exemple d'un des accidents pour lesquels les soins du chirurgien sont fréquemment réclamés: c'est une plaie de la paume de la main avec blessure des artères.

Les instruments de toute nature que emploient les individus exerçant des professions manuelles, les machines si puissantes que l'industrie appelle à son secours, les corps durs et tranchants, comme les fragments de pierre ou de verre, sont autant d'agents vulnérants par lesquels la main,

plus qu'aucune autre partie de notre corps, est sans cesse menacée.

Ces plaies de la paume de la main sont graves à plus d'un titre. Les articulations nombreuses du Carpe, des gaînes tendineuses compliquées, des troncs nerveux volumineux, les arcades artérielles superficielle et profonde, puis enfin une aponévrose résistante et tendue qui viendra étranglez les tissus consécutivement enflammés, voilà les éléments anatomiques, qui, pluriers ensemble, ou bien isolément, pourront être atteints, et fourniront ainsi des lésions compliquées.

C'est seulement sur la blessure des artères que je veux aujourd'hui attirer votre attention

Voici l'histoire succincte de notre blessé : mercredi 24 mars (1852), il aiguisait sur la meule une serfouette, instrument de jardinage composé de deux parties : l'une en forme de fer de lance, l'autre terminée carrément ; vers cette dernière qu'il tenait à la main au moment où la meule venant à tourner à contre-sens, butta sur le bec de l'instrument et fit pénétrer dans les chairs un des angles de l'extrémité carrée. La blessure, obliquement dirigée de dehors en dedans et de bas en haut, était irrégulière et anfractueuse ; elle occupait la partie supérieure et moyenne de la paume de la main, cependant un peu plus du côté de l'éminence

hypothénar. Le sang continuant
de couler, malgré les moyens em-
ployés par les personnes présentes,
le blessé alla demander du secours
au Val-de-Grâce. L'application
d'un bénostatique que nous ne
connaissons pas et un pansement
compressif approprié arrêtèrent
l'hemorrhagie.

Cependant, jeudi le sang
s'était frayé à travers les pièces du pan-
sement, qui dut être renouvelé
et disposé de manière à établir
une compression plus complète
au niveau de la plaie. Vendredi,
l'hemorrhagie, qui se reproduisait,
était combattue par des moyens
analogues. Enfin, le blessé, ef-
frayé de la persistance de l'écoule-
ment sanguin, nous a demandé

de l'admettre dans notre service, où il est entré samedi. On lui a immédiatement appliqué le petit appareil que je vais décrire, et qui offre l'avantage de comprimer à la fois la plaie et les troncs artériels.

Voici comment on le dispose: Deux petites bandes roulées sont appliquées parallèlement à la direction de chacune des artères radiale et cubitale, et maintenues dans leur position par une bandelette de diachylon faisant plusieurs tours. Les bandes, que l'on peut remplacer, si on le juge convenable, par des bouchons de liége ou des rouleaux de diachylon, compriment les artères sur les os correspondants, mais comme leur forme arrondie

en la convenité de l'avant-bras leur permettrait de se déplacer en se rapprochant l'une de l'autre, on place entre elles deux, et par dessus la première bandelette de diachylon un troisième rouleau qui, fixé lui-même par une nouvelle bandelette, augmente la compression et ajoute à la fixité de l'appareil

Des tampons de charpie et des rondelles d'agaric superposées sont placés au niveau de la plaie; et, pour éviter les mouvements, la face dorsale de l'avant-bras et de la main repose sur une palette garnie de coton cardé. Les blessés supportent facilement ce pansement qui, quoique n'établissant pas une compression parfaitement régu-

veine, permet cependant d'attendre et peut même produire de heureux résultats.

Depuis deux jours que cette méthode a été employée pour notre malade, aucun accident n'a reparu, et nous pouvons espérer une guérison prochaine.

Vous savez, Messieurs, ces hémorrhagies ont une fâcheuse tendance à la reproduction; aussi le chirurgien devra-t-il se hâter d'agir et de leur opposer des moyens curatifs énergiques.

Quels seront ces moyens? le plus sûr de tous et le meilleur, c'est la ligature aux deux bouts du vaisseau divisé. Chaque fois que cette méthode pourra être employée, elle sera couronnée

d'une suture complète. Mais vous observerez des cas où la profondeur des artères et leur nombre rendront la ligature impossible, c'est alors que vous aurez recours à la compression exercée, comme je vous le disais plus haut, sur les troncs artériels et au niveau de la plaie. Vous pourrez souvent vous en tenir là et voir les plaies guérir sans accidents nouveaux. Malheureusement les choses ne se passeront pas toujours ainsi : deux jours, trois jours, ou plus, après l'accident, vous serez appelés à combattre de ces hémorrhagies consécutives si graves, qui par leur persistance épuisent, affaiblissent les malades et les exposent aux dangers

les plus graves sérieux. Vous devez songer à lutter contre le mal par des moyens prompts et efficaces. Faudra-t-il aller au fond d'une plaie en suppuration à la recherche des vaisseaux blessés, ou bien, renonçant à cette pratique, devra-t-on appliquer loin de la plaie des ligatures sur les troncs artériels d'après la méthode d'Anel ?

Dupuytren, se fondant sur la friabilité et le peu de résistance des vaisseaux baignés par la suppuration, craignait d'appliquer dans la plaie des ligatures qui, dans sa croyance, devaient tomber avant l'organisation du caillot et laisser la hémorragie se reproduire. Il était donc conduit à suivre la méthode d'Anel. La

plupart des chirurgiens de nos jours ont adopté cette doctrine; mais ils ont vu que, soit à cause de la multiplicité des branches anastomotiques, soit en raison de dispositions anormales si fréquentes à la partie inférieure de l'avant-bras, la ligature d'un seul des deux troncs artériels était souvent insuffisante et laissait revenir le sang. La ligature simultanée de la radiale et de la cubitale fut donc proposée; aujourd'hui Bérard l'a pratiquée et conseillait cette méthode comme devant être appliquée dans tous les cas de blessure avec hémorrhagie à la paume de la main. Ce n'est pas encore là un moyen infaillible: il y a encore des insuccès:

on a dû chercher à mettre une obstacle plus complet au cours du sang ; on en est venu à lier l'artère humérale et même l'axillaire, ainsi que l'a fait Mr. Roberts pour une blessure semblable à celle qui nous occupe. Mais ce n'est pas une opération légère et sans importance que la ligature du ~~tronc~~ principal du membre supérieur ; on l'a vue produire des accidents formidables ; les tissus se sont ~~gan~~ gangrenés dans une étendue variable, et l'amputation est devenue une ressource extrême pour sauver la vie des malades.

En présence de moyens aussi peu efficaces et de résultats aussi graves, j'ai conçu quelques

doutes sur la doctrine de Du-
puytren, et je me suis demandé
si la ligature au fond de la
plaie n'était pas préférable
au procédé d'Anel. Quelques
faits que j'avais observés me
disposaient à pencher pour
l'affirmative. Je ne veux
vous citer que les deux suivants
qui sont fort remarquables:

1°= Il y a quatre ans environ,
M. Robert avait enlevé à un
étudiant en médecine, aujour-
d'hui interne des hôpitaux, un
ganglion volumineux dans le
creux de l'aisselle. Au bout
de quelques jours une hémorrha-
gie consécutive abondante se
déclare à cinq ou six heures du
soir; on vient me chercher, j'étais

absent : ce n'est qu'au bout de ~~que~~ plusieurs heures que je fus être prévenu. J'arrivai à onze heures près du malade. Quoique ses amis se fussent relayés pour comprimer la sous-clavière, ils s'avouaient vaincus, à cause de leur fatigue et de la difficulté de la compression, l'empêcher de subir des pertes de sang si considérables qu'il était ~~mourant~~ exsangue au moment où je le vis. Il n'y avait pas de temps à perdre ; il fallait arrêter de suite et pour toujours cette hémorrhagie, ou voir succomber le malade. Enlever les caillots de sang qui obstruaient la plaie, rechercher le vaisseau saignant, lui appliquer une ligature, fut l'affaire de quelques

instans. Cette pratique obtient le plus heureux succès. La chute de la ligature au bout de quelques jours ne fut la source d'aucun écoulement, et la maladie marcha rapidement vers une guérison désormais assurée;

2° Un jeune homme, garçon épicier, fait une chute; il étend les bras en avant, et se blesse à la paume de la main sur des tessons de bouteilles. Un pansement simple fait sur le champ arrête le sang. Au bout de 24 heures une première hemorrhagie a lieu, la compression la réprime assez facilement; mais elle se reproduit plus abondante trois jours après. Je n'hésitai pas à débrider cette plaie irrégulière et contuse, à ~~rechercher~~ rechercher

avec soin, en promenant mes doigts sur toute la surface de la blessure, la situation du vaisseau divisé, que je lui dis que je pressentais. Le résultat fut aussi favorable que dans le cas précédent; la ligature tomba sans accidents, et la cicatrisation ne se fit pas attendre.

Voilà donc deux faits cliniques qui nous prouvent que cette ligature faite au fond des plaies en suppuration n'est pas aussi dangereuse que le pensait Dupuytren.

Si nous pouvons établir d'une manière nette que, d'une part cette méthode est non seulement sans danger, mais efficace; que, d'autre part, le

procédé Dianel agit d'une manière incertaine et infidèle, la difficulté sera tranchée.

Nous allons donc examiner les deux questions suivantes:

1° Quels résultats fournissent les expériences sur les animaux vivants ou sur le cadavre humain?

2° Quel est le mode d'action de la ligature par le procédé Dianel dans les cas analogues à celui qui nous occupe?

Pour élucider le premier point, j'ai entrepris sur les animaux des expériences instituées de la manière suivante: Sur un chien adulte je mettais à nu, par une large incision, la carotide primitive; la plaie étant

remplie de bourdonnets de charpie sèche. Au bout de quelques jours, lorsque la suppuration était bien établie, je passais un fil sous l'artère, et je la liais.

Jamais je n'ai observé d'hémorrhagie à la chute de la ligature. Les caillots étaient organisés et opposaient un obstacle suffisant au cours du sang; mais on ne saurait assimiler les animaux à l'homme, et quoique ces expériences nous donnent de fortes présomptions, j'ai voulu faire quelques recherches sur le cadavre humain. Sur des moignons d'amputés de la cuisse, par exemple morts au bout de ~~trois~~ 15 à 20 jours, c'est-à-dire lorsque la plaie suppure abondam-

ment, j'ai lié des artères de divers calibres, et j'ai vu que, quoique la ligature fût fortement serrée, les tuniques externes résistaient parfaitement.

Ces expériences m'ont porté à rejeter complètement la doctrine de Dupuytren sur la sensibilité des artères baignées par le pus, et je me suis cru autorisé à conclure de tous ces faits que, bien que des ligatures faites dans les circonstances indiquées tombent plus vite que celles que l'on place sur des artères saines (dans l'espace de six à huit jours), elles ne tombent cependant pas prématurément, c'est-à-dire avant l'organisation du caillot.

Voyons donc maintenant

comment agit la ligature à distance, et si elle répond à toutes les exigences du traitement. Je suppose, Messieurs, qu'une artère vienne à être coupée au fond d'une plaie; elle se retracte dans sa gaine celluleuse, et c'est du fond de cette gaine que s'échappe le sang. L'hémorrhagie continuant, vous employez la méthode d'Amel; que va-t-il arriver? Ce n'est pas par l'organisation d'un caillot au comblement que vous espérez oblitérer le vaisseau, puisque vous avez mis obstacle à l'arrivée du sang jusqu'à ce point.

C'est précisément par cette interruption que vous cherchez à amener la cicatrisation de cette sorte de trajet fistuleux parcouru

le fait l'hemorrhagie. Mais cette cicatrisation ne se fait pas si facilement et si vite, que dans bien des cas la circulation collatérale n'ait auparavant ramené le sang, qui alors va battre contre la membrane pyogénique, membrane qui résiste faiblement et qui va livrer un nouveau passage à l'écoulement sanguin.

C'est là la cause de ces hemorrhagies rebelles dont je vous parlais au commencement de cette leçon ; c'est là ce qui a conduit les chirurgiens à porter des ligatures sur des artères de plus en plus rapprochées du tronc ; remède insuffisant qui ne leur permettait pas de se rendre maitres des accidents.

Cependant il est des circonstances où le procédé Jamel n'est pas suivi d'un aussi fâcheux résultat. On en comprend aisément la raison ; c'est qu'alors le cours du sang a pu être interrompu pendant un temps assez long pour que les bourgeons sanguins qui s'élèvent du fond de la plaie aient pu venir former un opercule assez résistant à la lumière du vaisseau dont l'extrémité se trouve ainsi comprise dans la cicatrice qui se forme.

L'emploi de ce procédé thérapeutique vous exposerait donc au moins à de grandes incertitudes sur son résultat et peut-être à des accidents dans

vous ne pourriez triompher.

Il résulte de cette discussion que la ligature au fond d'une plaie en ~~cicatrisation~~ suppuration ménagera par accidents, que les ligatures ne tombent pas prématurément; que, d'autre part, la méthode d'Anel est dans tous les cas infidèle, souvent insuffisante et même dangereuse.

En résumé, Messieurs, voici dans quel ordre je range les moyens qui sont à la disposition du chirurgien en semblable circonstance:

En première ligne, la ligature dans la plaie; ensuite, si le sang vient de plusieurs sources, si les vaisseaux sont trop profonds, la compression appliquée sur la plaie et sur les grosses artères; si cela

ne suffit pas, ne craignez point de porter le cautère actuel sur les points saignants. On arrête souvent l'hémorrhagie en agissant ainsi, et avec un peu de précautions on peut éviter toute mutilation grave.

Sur un garde-mobile qui avait reçu un coup de couteau ayant pénétré profondément dans la paume de la main et blessé l'arcade palmaire profonde, je me trouvais d'avoir arrêté l'hémorrhagie en touchant avec le fer rouge tous les points qui laissaient couler du sang. J'avais eu soin de faire bien relever les tendons fléchisseurs ; le blessé guérit sans aucune difformité.

Ce ne sera donc qu'à la dernière extrémité et quand

vous aurez échoué par tous les moyens qui précèdent que vous aurez recours à la méthode d'Anel. Ferez-vous des ligatures le plus près possible de la plaie, comme le veulent quelques chirurgiens, ou bien vous rapprocherez-vous du tronc, d'après le conseil de M. Robert? Il est impossible de poser des préceptes généraux à cet égard. Le chirurgien devra guider sa conduite sur la nature de la région à laquelle il aura affaire.

# Des amputations partielles du pied.

Un enfant de seize ans est entré le 9 mars 1852 pour une affection des os du pied.

Ce petit malade nous est envoyé de Troyes, sa ville natale, où l'on rencontre, comme vous le savez, beaucoup de familles scrofuleuses.

Chez lui, la diathèse scrofuleuse a couvert de cicatrices presque toute la surface de son corps.

Elles sont placées en grand nombre au cou, à l'aisselle, à l'aîne, sur les côtes, au jarret, sur la face

dorsale du corps, en un mot, c'est pour ainsi dire un type des stigmates indélébiles que peut laisser à sa suite l'affection strumeuse.

Aussi la constitution de ces enfants est-elle restée faible et chétive.

Les nombreux abcès dont nous voyons seulement aujourd'hui les traces (cicatrices multiples) se sont développés successivement depuis son enfance. Ils suppuraient longtemps; puis on les voyait se fermer lentement, quand d'autres apparaissaient dans des points plus ou moins rapprochés.

Un seul restait fistuleux

au niveau de la surface externe du calcanéum du pied gauche, lorsqu'il y a deux mois un changement notable s'est opéré.

A cette époque, un gonflement considérable avec empâtement douloureux envahit et le trajet fistuleux au niveau du calcanéum et, simultanément, la plus grande partie du dos du pied.

En même temps, de nouveaux abcès se formèrent sur les différents points, et nous pouvons aujourd'hui constater les altérations suivantes:

Tuméfaction uniforme depuis le dos du pied, le talon, jusqu'au cinquième

métatarsien. On reconnait qu'il y a là une déformation profonde.

Tout le côté interne, les téguments sont sains, sans rougeur ni œdème.

L'articulation tibio-tarsienne nous paraît aussi en bon état. Mais sur le tarse et le métatarse nous trouvons plusieurs trajets fistuleux; la peau est amincie, bleuâtre.

Au niveau de la partie externe du calcanéum, le stylet, en pénétrant au fond du trajet fistuleux, donne la sensation d'une multitude de petites fractures.

Ce sont des lamelles osseuses nécrosées qui se brisent à la moindre pression.

Nous avons donc ici sous les yeux une nécrose du calcanéum.

Plusieurs questions se présentent :

Est-il convenable, chez un sujet scrofuleux au plus haut degré, de songer à une opération ?

On peut craindre, en effet, que les organes intérieurs ne permettent point de la pratiquer.

Nous avons donc dû procéder à un examen scrupuleux de la poitrine, et nous n'avons trouvé ni

toux, ni rhumes habituels, ni hémoptysie, tous signes négatifs.

Je n'ai pas osé aborder les antécédents de famille, car on fait naître ainsi des craintes fâcheuses chez les malades intelligents.

Ici la respiration est parfaite; le murmure vésiculaire, normal, puéril. Même durée de l'inspiration et de l'expiration: aucune rudesse pathologique dans le timbre ou l'intensité indiquant un commencement de tuberculisation pulmonaire.

Sachez bien, messieurs, que la diathèse scrofuleuse finit par s'épuiser de quinze à vingt ans.

De cet examen, nous pouvons conclure que l'état des poumons ne met point obstacle au traitement

qui seule nous semble applicable ici, et ce traitement réside dans la médecine opératoire.

Maintenant, Messieurs, nous devons discuter l'opération qui sera la plus convenable, car elle doit défendre des altérations que le pied nous a présentées.

Le calcanéum me paraît frappé de nécrose : cette portion nécrosée nous semble placée au centre spongieux de l'os, et on ne peut l'atteindre qu'à travers un pertuis des parties molles et de la lame osseuse compacte qui la recouvre.

Dans quelle étendue le calcanéum est-il malade ? Quelles sont les limites de la nécrose ?

Deux questions que nous ne pouvons résoudre.

Nous avons une opération à pratiquer.

Quelle est cette opération ?

On pourrait :

1°= agir directement sur le calcanéum, le réséquer, le ruginer;

2°= Pratiquer l'amputation sus-malléolaire;

3°= L'amputation tibio-tarsienne;

4°= L'amputation sous-astragalienne.

1°= La térébration du calcanéum est certainement praticable; mais quelle est sa valeur et quels résultats peut-elle nous donner ?

Dans cette opération, une incision cruciale met à nu la partie d'os malade, et nous ne savons pas son étendue, ses limites; peut-être le séquestre occupe-t-il une grande partie du calcanéum; il se rapproche

peut-être de l'articulation calcanéo-astragalienne, que l'on pourrait ouvrir.

En creusant ainsi le calcanéum, on agit au fond d'une plaie profonde, anfractueuse, saignante; le sang, qu'on ne peut enlever qu'imparfaitement, gêne toujours beaucoup; on ne voit pas bien ce que l'on fait: quelques séquestres seulement sont enlevés, les autres restent, et des fistules persistent indéfiniment.

J'ai toujours présente à la mémoire une jeune fille à qui j'ai pratiqué plusieurs fois cette opération pour une maladie analogue, et malheureusement avec le résultat dont je vous parlais à l'instant.

Des trajets fistuleux ont persisté pendant des années, la malade, ennuyée, a fini par quitter l'hôpital, et nous l'avons perdue de vue malgré le vif intérêt qu'elle nous présentait.

Pour ces raisons, j'éloigne donc tout d'abord la térébration du calcanéum.

2° = L'amputation sus-malléolaire est bien praticable dans ce cas; mais pour marcher, il faut un appareil coûteux, sujet à se déranger. En outre, le moignon ne présente qu'un mauvais point d'appui, et il faut en chercher un plus solide mais plus incommode, sur l'ischion ou la partie supérieure de la jambe.

3° J'arrive ensuite à l'amputation tibio-tarsienne, préconisée par Brasdor, et presque aussitôt oblitérée.

Il faut arriver jusqu'en 1825, époque à laquelle mr. Syme, de Dublin, la remit en honneur. Le procédé qu'il décrivit modifia le manuel opératoire. Voici en quoi il consistait :

1° Faire en même temps la résection des malléoles ;

2° Conserver la peau épaisse du talon pour l'appliquer sur les surfaces saignantes et en former le moignon.

Cette modification était bien entendue à la fois ingénieuse et utile ; mais en réséquant ainsi les malléoles, on

fait perdre au membre plusieurs centimètres de longueur; en de plus, la section de la scie offre à nu, au milieu de cette plaie qui va s'enflammer, les surfaces spongieuses du tibia et du péroné, nouvelle source d'accidents qui peuvent survenir; car vous savez que les surfaces osseuses mises à nu sont une cause fréquente d'infection purulente. Aussi, pour éviter de voir les malléoles, et échapper aux accidents qui en sont la conséquence, un chirurgien de nos jours, Mr. de Lignerolles, a-t-il pensé à luxer l'astragale dans la mortaise tibio-fibulaire.

L'application des parties molles se fait bien mieux

sur l'astragale resté en place, et des accidents de plusieurs sortes peuvent ainsi être évités.

Cette opération, qui a déjà été pratiquée un certain nombre de fois (24 fois, Syme, Velpeau, J. Roux de Toulon, Robert), semble promettre de bons résultats pour l'avenir. Jusqu'ici, on compte cinq succès sur huit opérations.

4° Reste, en dernier lieu, l'amputation sous-astragalienne, déjà pratiquée trois fois (Mr. Robert deux fois, Mr. Mc Cormac une fois); en tout, trois succès. C'est donc une bonne opération.

Examinons le manuel opératoire:

Il faut ménager les tendons suffisants; or, c'est le talon qui

doit nous les fournir. Nous avons à choisir entre quatre procédés, qui ne sont autres que ceux de l'amputation tibio-tarsienne. Un mot seulement sur chacun d'eux :

1° procédé de Mr. Baudens. Un seul lambeau dorsal figuré en forme de guêtre. On désarticule et on réséque les malléoles;

2° M. Syme fait deux lambeaux ; un plantaire, plus grand ; un dorsal, plus petit ; puis les deux lambeaux sont disséqués jusques vis-à-vis de l'articulation.

On dissèque avec soin le lambeau postérieur pour ne pas trop l'amincir ; on prend garde de diviser l'artère tibiale

postérieure ; car la blessure de ce vaisseau amènerait la gangrène du lambeau.

Cette dissection est longue, difficile ; l'articulation est mise à nu en avant sur les côtés ; on l'ouvre et on termine en coupant le tendon d'Achille.

3e M. Védrin fait deux lambeaux latéraux qui partent de la partie moyenne antérieure de l'articulation tibio-tarsienne. Ce sont deux sortes de valves partant des malléoles. Mais la cicatrice est plantaire et se trouve exposée aux déchirures dans la marche, etc.

4e Mr Jules Roux (de Toulon) pratique ainsi cette opération : la première incision commence

à la partie la plus reculée de la face externe du calcanéum, passe sous la malléole externe, décrit une courbe à convexité antérieure sur le dos du pied, et se termine à quelques millimètres au-devant de la malléole interne.

La deuxième incision part de ce point, gagne le bord interne du pied, puis la face plantaire, et vient se terminer au point de départ.

Le procédé que je suivrai sera peu différent de ce dernier:

1° Une incision partie du milieu de l'espace qui sépare la malléole externe du tendon d'Achille passera en arrière du cinquième métatarsien, coupera

transversalement la plante du pied pour le relever en avant du scaphoïde ; de là elle remonte sur le dos du pied en formant un petit lambeau à concavité antérieure, passe, en décrivant une courbe, sous la malléole externe et rejoint son point de départ.

2° La dissection du calcanéum est le temps difficile de l'opération.

3° Il faut éviter, dans la dissection des parties profondes, l'artère tibiale postérieure, qui doit alimenter le lambeau.

Cette opération, difficile sur le cadavre, est plus difficile encore sur le vivant. En effet, une ostéite plastique peut avoir développé des plaques osseuses,

des stalactites qui gênent la marche du coteau. Les os déformés par l'inflammation, les sécrétions périostales sont encore des obstacles qui peuvent se rencontrer ici.

Il s'agit d'une inflammation ancienne, qui date de onze ans. Peut-être trouverons-nous une ankylose entre l'astragale et le calcanéum.

Si elle est fibreuse, nous la couperons avec le bistouri.

Si elle est osseuse, un trait de scie devra séparer les deux os.

Le 16 mars 1872, l'amputation fut pratiquée par le procédé indiqué tout-à-l'heure, et un bistouri un peu fort fut

commencer et achever l'opération.
Des bandelettes de Diachylon
assurèrent la réunion du lambeau;
un peu de charpie, des com-
presses et une bande complétèrent
l'appareil. Le malade est
reporté à son lit.

**anatomie pathologique.** — Ce que
M. le professeur Nélaton avait
prévu se trouve démontré par
la dissection: le calcanéum présente:
1° une portion nécrosée à son
centre, de la grosseur d'une amande.
2° Ce séquestre est noirâtre,
spongieux; il est entouré d'une
membrane, ou kyste enve-
loppant.

Une couronne de trépan
n'aurait pu enlever complète-
ment le mal, car la lésion se

trouvée immédiatement derrière la gaîne des péroniers latéraux.

Or, pour s'éloigner de cette gaîne, il aurait fallu trépaner dans un point qui n'aurait touché la fistule que par un de ses bords, et l'on ne serait pas tombé au centre du séquestre adhérent. Toutes les parties mortifiées n'auraient donc point été enlevées ; de là, une suppuration interminable. Mieux valait donc enlever le calcanéum.

Les suites de l'opération ont été des plus heureuses.

La réunion immédiate du lambeau a eu lieu dans presque toute son étendue ; le petit malade a eu à peine la fièvre,

et aujourd'hui, 37e jour de l'opération, il ne reste plus que deux petits points fistuleux, et nous pouvons le considérer comme guéri.

Le résultat définitif est réellement très-favorable. On a eu soin de garnir le talon pour soutenir le poids du corps; une bottine légère avec un talon un peu élevé suffira pour marcher. C'est là un bénéfice incontestable.

Le malade de M. Maisonneuve courait, sautait; le nôtre marchera également bien. Cette opération n'est donc pas plus dangereuse que l'amputation sus-malléolaire; elle est beaucoup plus favorable pour la marche; car les malades n'ont pas besoin d'un appareil compliqué: un simple soulier fendu

suffire. Quant à la guérison, elle n'est pas plus longue que dans une autre opération.

En ce qui concerne quelques accidents propres aux opérations partielles du pied, par exemple:

1°= la gangrène du lambeau;

2°= la stagnation du pus;

3°= les fusées purulentes dans la gaîne des tendons;

nous ne les avions point observées ici, comme on a pu le voir, non plus que dans plusieurs autres opérations analogues que j'ai eu occasion de pratiquer.

On trouvera dans les deux opérations qui suivent la démonstration des propositions précédentes et une preuve de plus en faveur de la supériorité des

amputations partielles du pied sur la désarticulation tibio-tarsienne, l'amputation sur malléolaire.

Ces deux observations ont été recueillies par mr. Erigues, en 1845, dans le service de M. Nélaton :

## Première observation.

Carie partielle du pied gauche — amputation de Chopart — guérison sans tendance du talon à se renverser en arrière :

Le 30 juillet 1845 est entré à la Clinique chirurgicale de l'hôtel-Dieu le nommé C Sannois (Jean-Baptiste) charpentier, âgé de 24 ans.

Il offre un trajet fistuleux à la partie postérieure interne

du premier métatarsien gauche.

Aucune affection de ce genre n'existe dans sa famille; son père, déjà fort avancé en âge, est mort victime d'un accident; sa mère jouit encore d'une parfaite santé, et ses quatre frères aînés sont doués d'une vigueur peu commune.

Samuel est loin d'offrir une aussi brillante constitution: d'une taille moyenne, il a des membres grêles; la peau qui les recouvre, fine et blanche offre une certaine mollesse au toucher.

Des yeux noirs, des cils fort longs, une physionomie expressive, annoncent quelques uns des attributs de la cachexie

scrofuleuse.

Cependant il affirme n'avoir jamais eu de maladie grave jusqu'à cette époque. Moins fort que ses frères, il s'est toujours aussi bien porté qu'eux. Il ne tousse point, et l'examen de la poitrine ne fait reconnaître aucune trace de tubercules.

Le 13 Juillet dernier, à la suite d'un travail pénible continué pendant deux jours sans repos aucun, Sannois éprouva une légère douleur le long du bord interne du pied gauche; il n'y fit pas attention, pensant qu'elle était due à l'étroitesse de la chaussure.

Le mal augmenta; un gonflement assez rapide survint

a la partie postérieure et interne du premier métatarsien et envahit bientôt la région dorsale du pied.

Sauvais raconte lui-même que cette partie était douloureuse, enflammée, et que par intervalles il y sentait des battemens; un abcès s'était formé.

Obligé de suspendre ses travaux, le malade entra à la clinique chirurgicale de la Charité.

Une amélioration assez prompte, mais de courte durée, suivit l'ouverture de l'abcès. La tuméfaction persista toujours, et un trajet fistuleux fournissant à peine quelques gouttes de pus s'établit sur le point

culminant de la plaie.

Croyant se rétablir plus vite chez lui, le malade se hâta de quitter la Charité d'où il sortit le 27 Juillet.

Mais à peine eût-il essayé quelques pas, que des douleurs plus violentes se firent sentir. Un nouveau gonflement survint et se répandit sur toute la surface dorsale du pied.

Des cataplasmes appliqués pendant trois jours n'amenèrent point de guérison, et le 30 Juillet jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le pied présentait l'état suivant:

1° Tuméfaction générale occupant toute la région dorsale;

2° à la partie interne

et postérieure du premier métatarsien, trajet fistuleux étroit et fournissant à peine quelques gouttes d'un pus séreux;

3° les mouvements imprimés au premier métatarsien sont douloureux et font percevoir une crépitation fine;

4° le stylet, introduit sur la fistule jusqu'au os, donne la sensation de plusieurs tubercules qui se touchent.

A ces signes, il était facile de reconnaître une carie de l'extrémité postérieure du premier métatarsien et de son cunéiforme. On continue les cataplasmes, et trois jours après, un nouvel abcès apparaît entre les deux premiers

métataxiens.

Une ponction avec le bistouri donne issue à une petite quantité d'un pus mal lié, floconneux.

Traitement par l'iodure de potassium à la dose de 2 à 3 grammes, cataplasmes, des pansements enduits de cérat, tels furent les moyens mis en usage depuis le 2 août jusqu'au 27 septembre sans obtenir aucune amélioration.

A cette époque, la suppuration devint plus abondante, la tuméfaction et les douleurs rétrocédèrent une fonte plus aiguë. A la région dorsale au niveau du cul d'homme, la peau devenait plus mince,

et prenait une teinte rougeatre très-manifeste.

Encore quelques semaines, de nouveaux abcès allaient peut-être compromettre la partie du pied jusqu'alors restée saine. Le malade, après quelques jours d'hésitation, accepta l'opération qu'on lui proposait.

Le 2 octobre, monsieur Nélaton désarticula le pied par la méthode de Chopart.

L'opération est exécutée avec rapidité et précision; quelques bandelettes amènent la réunion immédiate du lambeau plantaire; un plumasseau, des compresses et une bande complètent l'appareil; le malade est reporté à son lit, et la jambe

est placée dans une demi-flexion sur le côté interne.

**Caractères anatomiques** — L'examen du pied montra une carie des deux premiers métatarsiens gauches et des cunéiformes correspondants. Pas de ramollissement sensible dans les os adjacents.

Chaque jour les pansements furent renouvelés avec soin. La réunion se fit en grande partie par première intention, et le malade eut à peine la fièvre pendant les cinq premiers jours.

Le dix-huitième jour, il restait à peine quelques

points non cicatrisés sur les bords, lorsqu'en pressant la face plantaire du lambeau un peu de pus sortit en jet.

Une légère compression fut exercée, et depuis il ne s'est manifesté rien de semblable.

La portion du pied restante offrait sa rectitude habituelle et ne paraissait avoir aucune tendance au renversement en arrière.

Aujourd'hui, 28e jour, deux petits points seulement, larges comme une tête d'épingle, ne sont pas encore cicatrisés. L'un se trouve sur le bord interne, l'autre sur le bord externe du lambeau. Du

reste, ils ne fournissent pas de pus.

L'état général du malade est fort bon, et pendant son séjour à l'hôpital il a encore recouvré un certain degré d'embonpoint.

## Deuxième observation :

Carie partielle du pied gauche – Amputation de Lisfranc – Guérison :

Le 24 août 1845, est entré à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu Leblond (Charles), jardinier, âgé de dix-neuf ans.

Ce jeune homme présente un trajet fistuleux au niveau de la première phalange du gros

orteil avec le métatarsien correspondant ; l'extrémité de l'index aurait pu mesurer la largeur de la plaie. Un gonflement assez considérable survint.

Incapable de continuer ses travaux, le malade s'alita et appliqua des cataplasmes sur la partie douloureuse. Le quatrième jour, la plaie est presque complètement formée. Toutefois, la tuméfaction n'avait point disparu ; elle augmenta même peu à peu, et un abcès s'étant formé autour de la plaie non cicatrisée, Leblond m'en continua par moins ses occupations habituelles, suspendues pendant quelques jours seulement.

Quatre mois de souffrances le décidèrent enfin à entrer à

l'hospital de Versailles, lieu de sa résidence.

Des bains, des cataplasmes, le repos au lit, des pilules dont il ignore la composition, tels furent les moyens de traitement mis en usage.

La suppuration devint un peu moins abondante, et quelques perles d'or de la grosseur d'une tête d'épingle se détachaient de temps en temps.

Lassé de son séjour à l'hôpital, qui se prolongeait depuis quinze mois sans aucune amélioration, le malade sortit et vint à Saint-Antoine.

L'amputation, qu'on lui proposa, fut refusée. Il s'en alla à Beaujon, à Saint-Louis, puis

à Versailles. Il enfin le 24 août 1845, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, il présentait l'état suivant :

1° Lumefaction assez considérable des parties molles, depuis le 1er tiers 2e orteil jusqu'aux 2e et 3e métatarsiens.

2° Au niveau de l'articulation de la première phalange du pouce avec le métatarsien correspondant, un trajet fistuleux à bords minés et décollés.

3° Un second trajet fistuleux au niveau de la tête des deux métatarsiens.

4° Les mouvements imprimés aux 1ere et 2e phalanges provoquent une vive douleur et font sentir percevoir une crépitation bien manifeste.

5°= Le Boyton, en pénétrant, donne la sensation d'une multitude de petites fractures.

Diagnostic — Il était évident qu'on avait affaire à une carie des extrémités articulaires de la première phalange et de son métatarsien, de la deuxième phalange également.

Pronostic: — La durée de la maladie ne permettant plus d'espérer une terminaison heureuse, l'amputation tarso-métatarsienne fut pratiquée le 19 septembre par mr. Nélaton, remplaçant M. Roux par intérim. L'opération fut simple. La portion saillante du premier cunéiforme fut retranchée par le simple bistouri avec une étonnante facilité. Quelques bandelettes de Diachylon assurent la

réunion immédiate du lambeau plantaire. Un peu de charpie, quelques compresses, une bande complètent l'appareil.

L'examen anatomique du pied vint confirmer le diagnostic. L'extrémité postérieure de la première phalange du gros orteil et le métatarsien correspondant étaient cariés, les cartilages articulaires complètement détruits. La première phalange du second orteil offrait déjà un commencement d'altération analogue ; de plus, les os voisins présentaient un degré assez avancé de ramollissement.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses ; le malade eut à peine de la fièvre. La tente mise de l'opération, à la base du

l'appareil, le lambeau, tout humide de lymphe plastique, s'agglutinait déjà ; les jours suivants, la réunion fut de plus en plus manifeste. Il y eut seulement un peu de suppuration sur les bords postérieurs de la plaie ; mais un liseré blanc amena bientôt la cicatrice, et le 12 octobre, 23ème jour de l'opération, le malade est entièrement guéri.

# Diagnostic et parallèle des tumeurs du sein.

## Cancers.

Messieurs, plusieurs malades atteintes de tumeurs du sein se trouvent en ce moment dans nos salles, et cette circonstance me permet de m'entretenir avec vous aujourd'hui sur ce sujet.

Bien que les affections du sein aient été depuis à peu près un demi-siècle l'objet de recherches actives et de travaux importants (et en première ligne il faut citer ceux de Astley Cooper et de M. Velpeau), leur étude n'en est pas moins pour cela

reste difficile, et ces difficultés qui se rencontrent si souvent dans la pratique, doivent être signalées à votre attention.

La première de nos malades est une femme couchée au n.° 1; elle est âgée de 53 ans, peu intelligente, et nous ne pouvons obtenir aucun renseignement positif sur le début de sa maladie, les circonstances qui l'ont accompagnée, etc.... La douleur était à peine ressentie; aussi n'a-t-elle jamais pris soin de l'examiner avec attention.

Puisque les antécédents nous font complètement défaut, passons à l'inspection directe.

Voici ce que le sein droit

nous permet de constater en ce moment. Tout le sein est déformé par un certain nombre de tumeurs et dépressions placées vers le bord inférieur du grand pectoral. En cet endroit la peau offre des altérations diverses :

1° Ici les téguments présentent des indurations isolées et bien manifestes ;

2° Un peu plus loin, ils sont transformés en une plaque violacée, coriace, d'une dureté ligneuse.

3° Ça et là nous trouvons en outre des ulcérations plus ou moins larges, plus ou moins profondes ; leurs bords sont déchiquetés et grisâtres,

leur fond est couvert de toute petites.

Les plaques cornées et ligneuses dont nous venons de parler sont irrégulières. Incrustées dans le tissu de la peau dont elles font partie, elles auraient des prolongements dans la rainure qui sépare le sein de la poitrine. Nous trouvons en outre des ganglions en chapelet dans l'aisselle, sous forme de corde allongée. On en rencontre aussi dans le creux sous-claviculaire.

Rien ne semble facile, au premier abord, comme de déterminer si une malade porte ou non des ganglions axillaires, et la solution de cette question est importante

pour le pronostic de certaines tumeurs du sein. Cependant il existe ici plusieurs causes d'erreur, et vous apprendrez à les éviter en employant le mode d'exploration suivant:

Ces ganglions sont situés dans le grand pectoral, au dessous de la clavicule. Mettez le grand pectoral dans le relâchement, en rapprochant le bras du tronc; plongez alors les doigts dans l'aisselle à travers le muscle; aucun obstacle ne s'opposera plus à votre exploration et vous pourrez apprécier la forme, le volume, la situation des engorgements ganglionnaires dont l'aisselle peut être le siége.

Ces précautions sont importantes

car on a pu quelquefois se tromper: ainsi le bord inférieur ou axillaire du grand pectoral, à l'état de tension, a été pris pour une masse de ganglions indurés, et Boyer nous indique déjà le moyen d'éviter cette méprise. Il en est de même de l'apophyse coracoïde, etc.a..

La tumeur que nous avons ici sous les yeux est mal limitée: elle présente un noyau plus considérable que les autres dans le côté gauche du sein; mais à la surface nous trouvons en grand nombre des plaques indurées, de petits noyaux durs, mamelonnés, bénignes manifestes. Le

mamelon lui-même est déprimé, rétracté vers le centre de la mamelle, et il a fini ainsi dire disparu au milieu d'une ligne de circonvallation.

Si nous faisons contracter le muscle grand pectoral, il est facile de voir que la tumeur y adhère intimement. D'un autre côté, les plaques indurées de la peau sont connues soudées aux muscles sous-jacents (grand dentelé, intercostaux).

Voici donc un mode particulier de cancer du sein: c'est le **Cancer ligneux atrophique en plaques et en masses** si bien décrit par mr. Velpeau.

Cette forme de cancer est

assez Commune, & je l'ai rencontrée bien souvent.

Une des particularités de son histoire est l'extrême lenteur avec laquelle ce cancer procède. Notre malade croit que chez elle le mal remonte à un an ; je ne le pense pas, sa marche est beaucoup plus lente.

Quelquefois même ces cancers marchent si lentement que les malades peuvent vivre encore très-longtemps.

En général il n'est point utile d'opérer ces tumeurs, et dans ce cas particulier un traitement palliatif est le seul qui nous reste à mettre en usage. Nous reviendrons un

peu plus loin sur cette question.

Chez notre deuxième malade, le cancer se montre sous des formes un peu différentes ; elle est âgée de soixante trois ans ; son embonpoint est assez marqué. Rien n'est grave comme un cancer du sein chez une femme grasse, car on trouve constamment des ramifications qui se perdent à travers la graisse, et les récidives sont plus faciles, et partant plus à craindre.

La tumeur est grosse comme un œuf ; elle est placée au centre de la mamelle ; son origine paraît remonter à trois ans. A cette époque, on ne trouvait

qu'une toute petite tumeur au niveau du mamelon.

La Cautérisation fut employée pour la détruire; mais une récidive se manifesta bientôt et produisit la tumeur que nous voyons aujourd'hui.

Cette tumeur est dure, une plaque rouge, du diamètre d'une pièce de cinq francs, occupe sa partie moyenne; cette plaque est d'un rouge violacé, grenue; en cet endroit, une simple pellicule cutanée semble la recouvrir et disposée à fournir une hémorrhagie abondante au moindre attouchement. Vous trouvez encore ici des ganglions dans la paroi intérieure de l'aisselle seulement.

Nous avons déjà appris à les reconnaitre ; je n'en parlerai pas.

En résumé, nous trouvons là une autre variété des cancers du sein, et, pour mieux les graver dans votre mémoire, je vais les rappeler l'une après l'autre dans une courte description.

Le Cancer de la mamelle présente cinq formes ou variétés principales :

**Première Forme :** — Apparition d'une ride froncée dans les tégumens, au niveau de laquelle on trouve une **petite plaque indurée, encorde**, avec quelques ramifications étendues plus ou moins loin.

**Deuxième forme** — Chez les

femmes âgées le cancer débute par une **tumeur cutanée** incrustée dans le tissu même de la peau, et cependant saillante à l'extérieur. Cette tumeur est recouverte par une peau lisse, avec des tons violets à la surface; on dirait une pomme de terre rouge. Sa dureté est considérable; les douleurs sont rares et peu violentes.

Quelquefois la tumeur n'est pas aussi régulière; elle est lobiculée, mais toujours dure, lente dans son développement; elle ne s'ulcère pas: une pellicule des téguments, toujours complète, existe à sa surface. Ce genre de tumeurs peut durer dix, 15, 20 ans, sans

compromettre la vie des malades qui en sont atteintes.

**Troisième forme**: Cette forme de Cancer est caractérisée par une **tumeur profonde** dans l'intérieur de la mamelle : c'est un noyau central avec irradiations périphériques. On la rencontre plus particulièrement chez les femmes douées d'un certain embonpoint. Le plus souvent, à son début, on trouve des adhérences entre la peau et la tumeur.

**Quatrième forme** : Dans cette variété, la tumeur est parfaitement limitée, **globuleuse**, **molle au toucher** ; les téguments restent **mobiles**, exempts d'altération ; les ganglions s'engorgent

lentement.

**Cinquième forme :— Squirrhe Demblée :—** au début, la mamelle est grosse et dure surtout les points de sa surface. Si l'on fronce les tégumens de manière à les rapprocher de la partie centrale, on voit les plis correspondre à une foule de dépressions indurées, costelées. Cependant certaines femmes vous présenteront leur sein encore assez régulier avec des couleurs médiocres, et au premier abord on serait porté à croire que l'affection n'est pas encore caractérisée, mais le signe indiqué tout-à-l'heure existe déjà.

Dans un temps fort court la mamelle va présenter un

autre aspect, elle va s'induire;
la peau participera bientôt à
l'altération, et (chose remarquable!)
le plus souvent le cancer s'étend
des deux côtés à la fois et avec
rapidité; en même temps le
tissu cellulaire profond et toutes
les parties molles sous-jacentes,
c'est une sorte de Blastron
si dire, et la compression qui en
résulte pour le thorax peut
être telle que, d'après M.
Velpeau, les malades peuvent
succomber à une véritable
asphyxie. En effet, les côtes sont
fixées en place par cette sorte
de carapace ligneuse de la peau,
les mouvements respiratoires
sont donc très-gênés ou im-
possibles, et la mort qui en

inévitable, ne saurait beaucoup tarder.

Avec des caractères aussi tranchés que ceux précédemment décrits, il doit vous sembler, messieurs, que le diagnostic ne soit pas de chances d'erreur bien sérieuses; cependant, au commencement de cette affection, l'erreur est bien facile.

Je vous rappellerai toujours une malade, jeune encore, qui présentait un noyau induré, granu, des téguments du sein On avait pu croire à une tumeur mammaire chronique, et porté un pronostic favorable. Pour moi, en raison des signes énumérés plus haut, je regardais la tumeur comme cancéreuse et même

inopérable à son début.

Je vous devais annoncer que les progrès seraient malheureusement rapides, car ~~des ganglions~~ les granulations ou indurations étaient répandues en grand nombre dans les parties molles malades.

Prévisions ne justifia que trop ces prévisions.

Que faire à ces malades ? La tumeur qui se présente ici (première malade) sous forme de plaques cutanées et lente, mais marche toujours; l'opération pratiquée, même au début et dans les meilleures conditions, est suivie constamment de récidive.

**Règle générale :** toutes les fois

que les téguments soient envahis, le cancer est grave ; la récidive est certaine et ne se fera pas attendre, surtout pour les deuxième et troisième variétés, formées de tissus encéphaloïdes.

Dans certains cas (deuxième malade), la maladie est comme indolente ; mais sa marche est néanmoins envahissante ; les téguments restent intacts jusqu'au derniers moments ; ils sont amincis, se déchirent. Des fongosités s'échappent à travers les ulcérations, et les hémorrhagies abondantes ne tardent pas à se produire.

Au milieu de ces désordres, l'aisselle reste longtemps exempte d'altération

On peut opérer cette variété encéphaloïde avec espoir d'une récidive tardive. Nous avons ici cette variété, qui est assez défavorable. Il y a des ramifications dans le sein, quelques ganglions dans l'aisselle. Cependant la malade réclame une opération et nous pensons que la récidive n'arrivera que dans un temps éloigné. Seulement, pour faire une opération utile, nous pratiquerons une large extirpation afin de dépasser autant qu'il sera possible les limites du cancer.

Chez notre première malade, on ne peut songer à aucune opération : cancer

bigneux par plaques, ulcérations nombreuses, ganglions volumineux dans l'aisselle.

Dans ce cortège de symptômes doit arrêter la main du chirurgien:

1° parce que l'étendue de l'affection locale ne permet guère de songer à une ablation complète;

2° parce que la diathèse ou cachexie cancéreuse existe chez cette femme au plus haut degré. Votre traitement doit donc se borner à être palliatif, en calmant ce mal incurable.

On remplit cette indication en diminuant les

douleurs au moyen de l'opium pris à l'intérieur et appliqué sur la partie malade. On augmente graduellement les doses de narcotique, et, autant qu'il est possible, on conduit ainsi doucement les malades à une mort désormais inévitable.

# Nouveau procédé d'anaplastie pour la curation des fistules urétro-péniennes.

Le malade qui doit appeler notre attention aujourd'hui est un jeune homme agé de dix-huit ans, nommé Massé (Ernest). Il est atteint depuis son enfance d'une fistule urétro-pénienne. Nous n'avons jamais pu élucider complétement la cause et l'origine de cette infirmité. Ses parents ne lui ont rien appris à ce sujet. Seulement, aussi loin que son souvenir peut s'étendre, c'est-à-dire vers l'âge de cinq ans, ce jeune homme se rappelle qu'il urinait complétement par la

périnée et par la perte que nous voyons aujourd'hui.

D'après ce qu'il raconte, voici comment cet accident lui serait arrivé: un enfant de son âge lui aurait tiré la verge en jouant, et peu de jours après l'urine aurait commencé à couler par le périnée

Mais cette explication est peu satisfaisante; car, comment est supposer qu'un enfant de 4 à 5 ans ait pu exercer une traction assez forte pour rompre le canal?

Il est plus probable qu'une cause quelconque aura déterminé une rétention d'urine suivie d'une déchirure de l'urètre. Une inflammation gangreneuse survenue ensuite rendrait assez bien compte de la perte de substance que nous rencontrons.

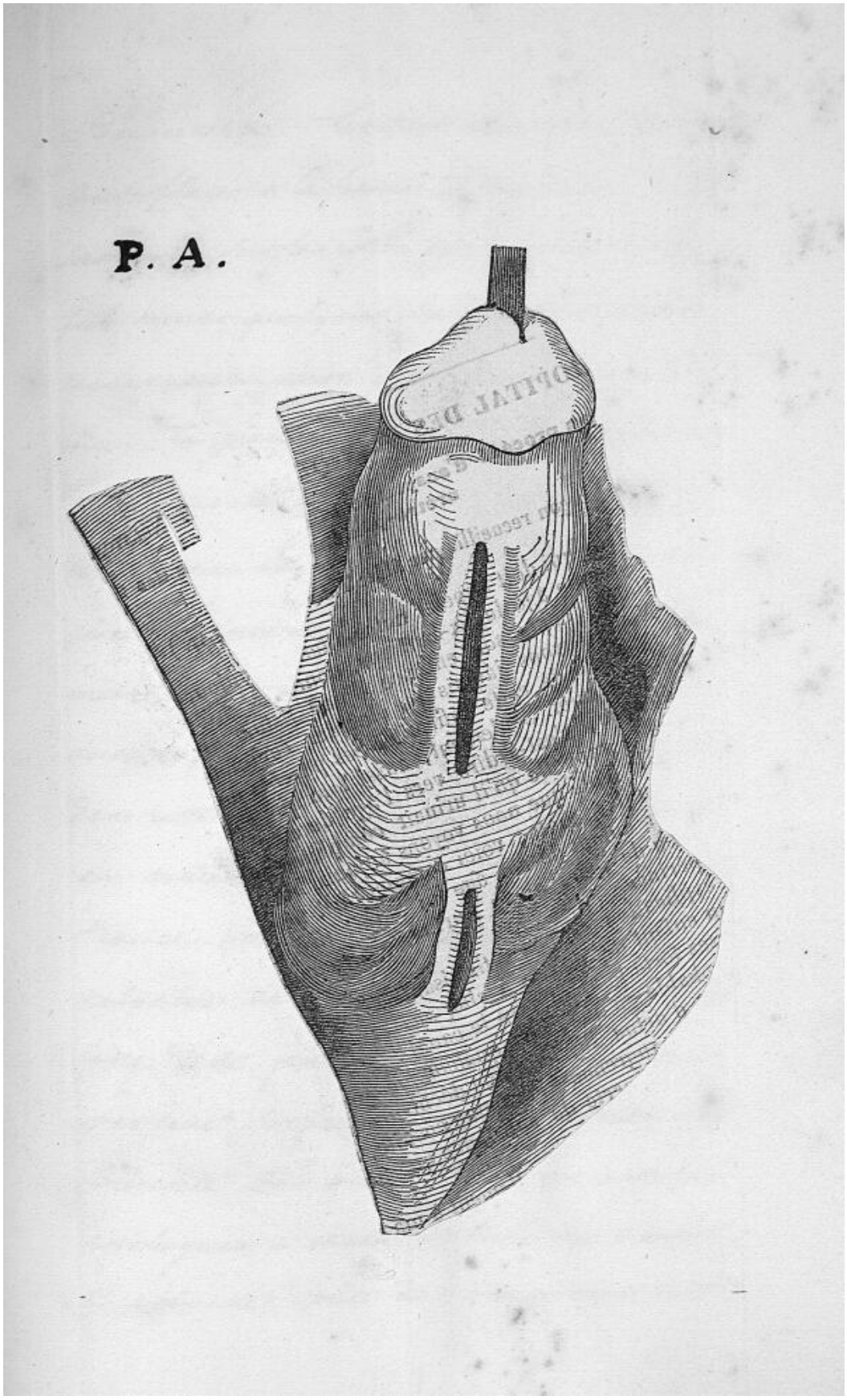
Une autre interprétation s'offre naturellement à ma pensée : les parents de ces enfants étaient cordonniers, par conséquent appelés par leur état à travailler des peaux d'animaux ; et peut-être une affection charbonneuse (pustule maligne), transmise par contact, aura-t-elle été la cause primitive des accidents que nous avons en ce moment sous les yeux.

Ces explications tout hypothétiques n'ont qu'une médiocre importance, et nous devons nous attacher surtout à préciser avec soin les symptômes de l'état actuel.

Depuis que ce jeune homme a fait l'observation, la perforation, ou fistule uréthro-pénienne, a toujours

laisse passer l'urine.

C'est un garçon assez grand, fort, d'un blond châtain, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il est encore imberbe, et son système pileux est peu développé. Son embonpoint est remarquable; les formes arrondies ont pour ainsi dire quelque chose de féminin, et l'on se demande si la fistule du périnée n'est point due à un arrêt de développement congénial; en un mot, si nous n'avons pas sous les yeux un cas d'hermaphrodisme incomplet. La verge est petite, ainsi qu'on peut s'en assurer par les planches A et B C, qui représentent les parties de grandeur naturelle. La peau du prépuce entretirée en arrière, de sorte que le gland est complétement


P. A.

à découvert. Les testicules, assez petits, sont placés à la partie supérieure du scrotum, sur les côtés de la symphyse pubienne; quelques poils bien rares les recouvrent, ainsi que la peau adjacente.

Le gland a un volume proportionné au reste de l'organe, et le méat urinaire est souvent et libre à sa place ordinaire. Un canal de 2 à 3 centimètres lui fait suite, sans rétrécissement aucun, bien que l'urine ne passe point dans cette partie du canal. Un peu plus en arrière, sur la ligne médiane, on trouve une ouverture, sorte de fente vulvaire de 3 centimètres et demi de long; cette fente est limitée en haut par une surface rosée, inégale, qui présente des ouvertures ou cryptes analogues à celui de l'urètre normal. C'est une sorte de muqueuse de

rapprochant par l'aspect de la surface cutanée. De chaque côté, on voit une membrane d'un rouge blanchâtre se confondant avec la peau du scrotum: au milieu est une gouttière ou rigole se continuant en haut et en bas avec l'urètre.

Si l'on vient à introduire une sonde par le méat urinaire, on voit apparaître le cathéter dans la solution de continuité, puis s'engager de nouveau dans l'ouverture inférieure de l'urètre, et de là il arrive bientôt dans la vessie. Au périnée, on trouve une peau rouge analogue à celle du scrotum, dont une partie a été ramenée en arrière.

Comme troubles fonctionnels, nous devons remarquer que l'urine, excrétée volontairement, s'écoule en

bavant au-dessus de la courbure
par l'ouverture anormale de la verge.

L'érection est assez complète;
la verge dans cet état n'est pas incli-
née en bas; l'éjaculation du sperme a
lieu par la fente fistuleuse, mais le
coït est impossible. La solution de
continuité primitive avait 2 centimètres
de largeur: de la partie antérieure de
la fistule au méat urinaire, on
trouvait 3 centimètres et demi de
longueur, et 11 centimètres de l'anus
à la partie postérieure de cette
même fistule. En ce point existait
primitivement une petite bride
formée par un reste de la paroi
inférieure de l'urètre; elle fut
excisée à l'époque de la première
tentative de restauration faite par
Mr. Gosselin en 1871 (24 février).

Le procédé mis alors en usage est celui de mr. Velleau : un lambeau cutané fut ravi sur le côté gauche de la fistule fut ramené sur le bord droit préalablement avivé : là on le fixa avec des serres-fines et quelques épingles servant à supporter une suture entortillée. Une sonde avait été placée à demeure. Cependant la réunion échoua dans toute son étendue, à l'exception d'un petit point de quelques lignes qui contracta des adhérences et forma une sorte de pont jeté entre les deux fistules que nous voyons aujourd'hui.

Un peu plus tard, MM. Giraldès et Jarjavay ont opéré le jeune homme chacun de son côté et sans plus de succès.

A l'époque où je pris le

service (mai 1851), je tentai aussi une opération qui eut le sort des précédentes, et le malade quitta l'hôpital sans avoir obtenu d'amélioration. Aujourd'hui, 18 février 1852, il revient encore solliciter les secours de la chirurgie, et il veut à tout prix être débarrassé de son infirmité. (pl. A).

La fistule est large de 2 centimètres ; elle en offre 3 en longueur ; les bords sont étroits, calleux ; la peau environnante est rétractée et privée de souplesse : c'est un cas difficile à guérir.

Ici, l'avivement et la suture simple sont des moyens complètement insuffisants, et nous ne pouvons songer à l'oblitération de la fistule qu'en faisant un emprunt aux parties voisines. C'est donc une

véritable anaplastie, ainsi que a Cooper et M. Jobert l'ont pratiquée plus d'une fois avec succès.

Ce premier point décidé, nous avons encore à examiner deux questions importantes :

**A.** Quel procédé mettrons-nous en usage dans ce cas particulier ?

**B.** Quelle voie prendrons-nous pour soustraire nos lambeaux à l'influence délétère de l'urine, et comment nous sera-t-il possible d'en détourner le cours pendant la cicatrisation ?

**I.** Il avait quelque tendance à employer un procédé analogue à celui de mr. Elliot. Deux mots suffiront pour vous le remettre en mémoire :

Il arrive souvent qu'à la suite des uréthro-plasties l'urine, passant

entre le canal et la sonde restée à demeure, vient former au niveau de la suture qui assujettit la portion transplantée, et empêche ainsi la réunion. Pour donner plus de chance de succès à l'opération, M. Alliot a essayé de placer la suture au-delà des limites de la fistule. Pour cela, il pratiqua sur un des côtés de l'ouverture deux incisions transversales qui la dépassaient en haut et en bas, et disséqua la peau de ce côté, tandis que de l'autre il enleva complètement une portion de téguments. Amenant alors le lambeau sur la surface dénudée, il fit deux points de suture assez loin de l'urètre et appliqua un bandage dont la douce pression devait à rendre le contact plus

listime. La réunion eut lieu d'une manière solide et parfaite.

Mais, Messieurs, par ce procédé on fait une perte de substance, et cette considération est ici d'une certaine gravité; car nous avons peu de peau et vous avez pu voir que les cicatrices résultant des opérations précédentes sont étendues au loin.

**II.** Le **Lambeau** peut être pris sur le scrotum, dans le cas où l'ouverture est située au voisinage de cette région

Il y a deux procédés: Dans l'un on laisse le lambeau adhérent par la partie antérieure, et on le retourne sur lui-même pour l'amener au contact avec la fistule préalablement avivée,

Dans l'autre, on laisse adhérer le lambeau par la partie postérieure, on le disèque, et sans être obligé de le retourner, on l'amène d'arrière en avant. A Cooper a réussi une fois par le premier de ces procédés; le second a été proposé par Mr Dieffenbach; mais il exige une grande souplesse et une grande laxité de tissus qui n'existent pas chez notre malade.

Dans l'un et l'autre de ces procédés, le lambeau peut être assujetti au moyen de la suture entortillée.

J'ai bien des fois mis en pratique ces diverses méthodes opératoires, et j'ai été frappé d'une chose: c'est que les fils agissant sur de simples bords mis en C

contacts, coupent trop vite la peau.

En présence de ces difficultés, je me suis demandé si l'on ne pourrait, en disséquant la peau d'une manière suffisante, obtenir de larges surfaces que l'on pourrait affronter l'une à l'autre.

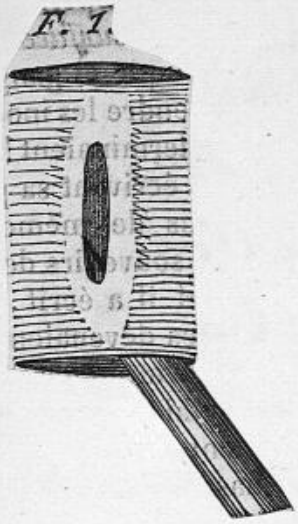
Voici, Messieurs, l'idée à laquelle je me suis définitivement arrêté, (T. B).

1° Des incisions horizontales seront faites au-delà des limites supérieures et inférieure de la fistule principale. (T. B. f. 1 et 2.)

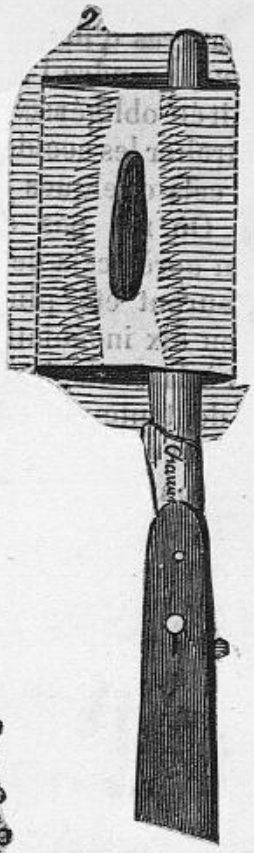
2° Chacun des lambeaux sera disséqué avec soin de dedans en dehors, et alternativement avec le bistouri droit et le bistouri courbe et les ciseaux.

P. B.

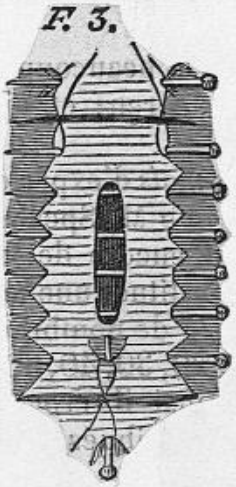
F. 1.



2.



F. 3.



2°= aviver les bords de la fistule, sorte de Dénudation avec Dissection

3°= la peau saine ainsi décollée sera amenée au-devant de cette large fistule (fig. 3).

4°= la largeur des lambeaux disséqués nous permettra d'affronter des surfaces et non des bords, et cette modification importante apportée au procédé opératoire qui me donne quelque espoir de réussir, et m'engage à tenter une nouvelle restauration.

5°= la suture entortillée réunira les lèvres de la plaie (fig. 3).

Admettons un cas dans
que les sutures manquent
leur effet, que les tissus se
séparent, les lèvres de la
plaie seront maintenues
en rapport par les points
de feu placés aux extré-
mités, sorte de sutures vi-
vantes qui maintiendront
les rapports comme dans
l'opération du bec-de-lièvre
modifiée par notre procédé.

Il pourra arriver
que l'urine passe au-dessous
du point postérieur; mais
nous avons toujours di-
minué la fistule, et nous
avons trois petites fis-
tules au lieu de deux
grandes; et dans ce cas

malheureux la réunion serait encore plus facile à obtenir. Si les choses se passent bien, notre malade guérira complètement, du moins j'en ai l'espoir.

**B.** Quel moyen emploierons-nous pour soustraire nos lambeaux à l'influence de l'urine ?

Cette question a vivement préoccupé les chirurgiens. En effet, c'est le contact de ce liquide irritant qui détruit le plus grand nombre des autoplasties que l'on est appelé à pratiquer sur les organes génito-urinaires. Si on laisse une sonde à demeure, le premier

l'urine suit cette voie (c'est ce qui est lieu de la première opération de M. Gosselin); mais les jours suivants l'urine commence à filtrer entre la sonde et la fistule, et commence à détruire les chances de l'opération.

Pour remédier à ce grave accident, les chirurgiens ont successivement mis en pratique différens moyens:

1° La sonde à Demeure, conseillée par Boyer, Dupuytren, A Cooper, et de nos jours par Mr. Jobert (de Lamballe); nous venons d'en signaler les inconvéniens.

2° Un chirurgien distingué de Toulouse, M. Vigueric,

a pratiqué la cautonnière sur deux individus. On ne trouve aucuns détails sur un de ces malades. Quant à l'autre, la cautonnière, en détournant l'urine, permit de cicatriser deux fistules jusqu'alors incurables.

3°= MM. Legalas et Ricord ont employé avec succès l'autoplastie et la cautonnière.

Si notre cautonnière se trouve pour ainsi dire préparée à l'avance; et, et comme je n'ai l'intention de proposer aujourd'hui que la plus grande des fistules (l'antérieure), nous nous servirons de la fistule postérieure pour évacuer l'urine:

au lieu de laisser une algalie à demeure, le malade sera sondé plusieurs fois dans les vingt quatre heures avec précaution, aussi souvent en un mot que les besoins l'exigeront.

---

**Première opération.** — Le 10 mars 1852, M. le professeur Nélaton pratique l'opération comme il a été dit plus haut chez un suivant les différents temps indiqués dans les figures 1, 2, 3, pl. B.

**Suites de l'opération** — Dans la journée, douleur assez vive. Le malade garde son urine jusqu'au soir et fut sondé deux fois dans la nuit (la sonde était

introduites par la fistule postérieure ou périnéale).

Deux érections se sont manifestées, mais le malade s'est réveillé à temps pour les faire disparaître avec des irrigations froides.

Le troisième jour (13 mars) les trois épingles moyennes sont enlevées, mais les fils sont laissés en place.

Le cinquième jour, les épingles des angles supérieur et inférieur sont enlevées à leur tour et quelques bandelettes de taffetas gommés et de collodion les remplacent. Le malade est toujours sondé par la fistule périnéale.

Le seizième jour, ~~les~~ ~~épinglos des~~ la réunion paraît complète ; mais on remarque sur les bords de la plaie un commencement de rougeur festonnée par plaques, indice certain d'un érysipèle ; en même temps, le malade est pris de fièvre, douleurs de reins ; — Ipéca, 1 gr.

Le érysipèle suit ses phases ordinaires, reste limité à la région génitale et finit par s'éteindre sur place.

Le quinzième jour, la cicatrice est devenue solide malgré l'érysipèle. De sorte que la grande fistule

est à peu près complètement fermée.

Deux des points inférieurs de la Suture ont manqué; cependant le résultat désiré est en grande partie obtenu, car de 15 centimètres qu'elle avait, la fistule est réduite à quelques millimètres; seulement des bourgeons charnus roses et vermeils entourent à l'endroit où la réunion ne s'est pas faite, et semblent annoncer qu'elle ne tardera pas à se faire.

On touche cette surface avec un pinceau trempé dans la teinture

Iode, et quinze jours après toute cette grande fistule était complètement fermée.

**Deuxième opération** — Le 5 mai, M. le Professeur Nélaton pratiqua sur la fistule postérieure la même opération qui avait si bien réussi ~~sur~~ pour la première fistule. Celle-ci n'avait que deux centimètres.

Les mêmes temps de l'opération que nous avons détaillés plus haut ont été répétés ici:

1° Deux incisions transversales à une certaine distance des extrémités de la fistule;

2°= Les lambeaux sont dissogués du milieu vers la périphérie ;

3°= avivement des bords de la fistule ;

4°= Par ce moyen on obtient deux larges surface que l'on affronte l'une à l'autre ;

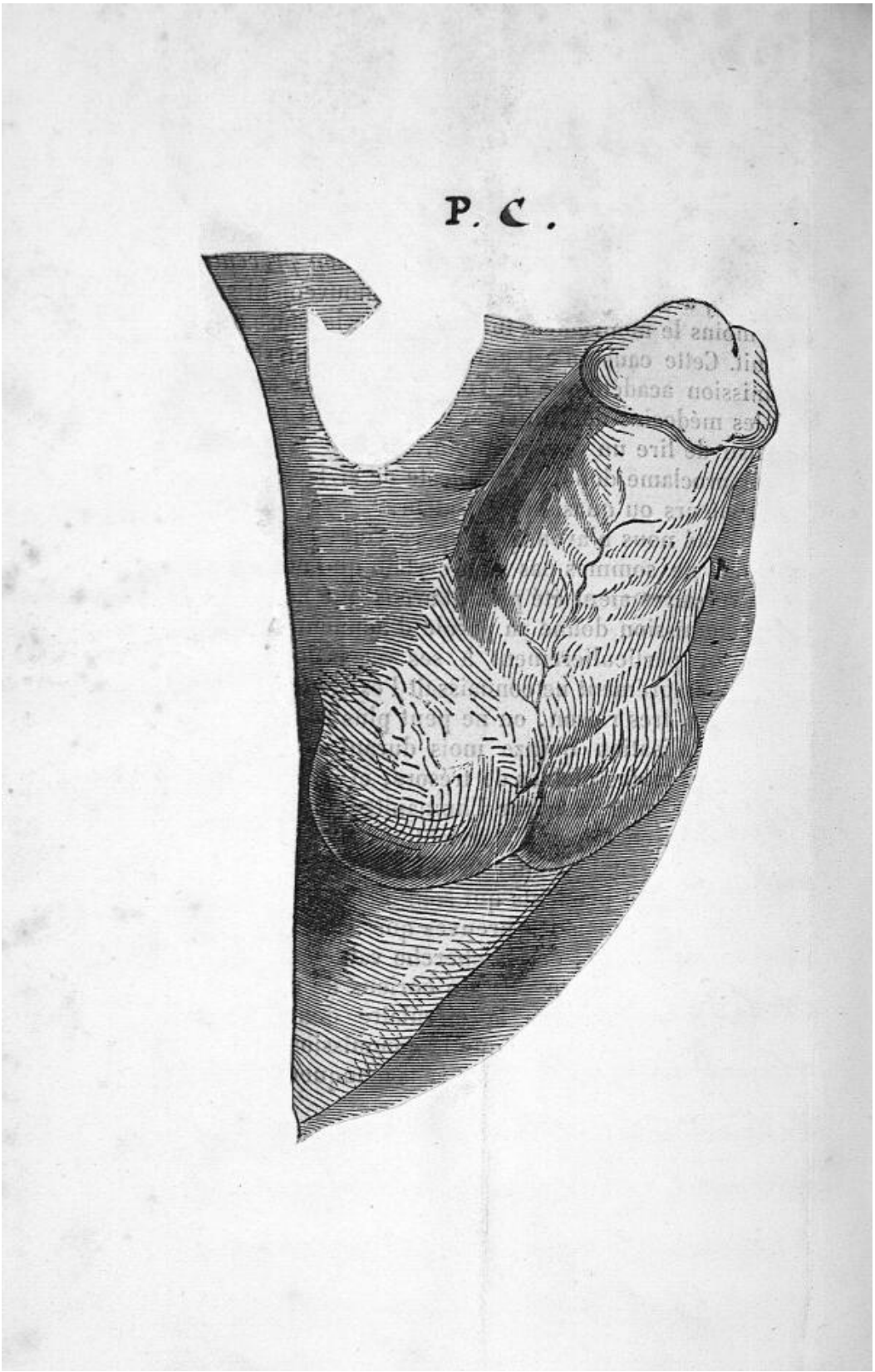
5°= les angles soutévidés, et cette modification est d'autant plus heureuse, que c'est par les angles que l'ulcération et la gangrène des lambeaux commencent ;

6°= les incisions faites au-delà de la fistule nous permettent d'avoir ainsi deux points de suture vivante

qui ~~pansements~~ maintiennent en arrière la réunion des lambeaux.

Cette fois encore le malade a été sondé à plusieurs reprises chaque jour ; et comme il est intelligent, il est parvenu à se sonder lui-même en parcourant toute la longueur de l'urètre.

Les sutures ont été enlevées les troisième et cinquième jour, et aucun accident n'est venu compliquer l'opération ; cependant la réunion primitive n'a été que très-imparfaite ; et la plus grande partie de la plaie


P. C.

s'est cicatrisée par deuxième intention.

Aujourd'hui, 15 Juin 1852, à la place de cette large fente, ou fistule uréthro-pénienne (représentée dans la planche A), nous trouvons une cicatrice linéaire et solide, que l'on peut voir (planche C)

Les fonctions de l'organe sont parfaitement rétablies.

1° L'urètre est large et libre dans toute son étendue, sans aucune espèce de rétrécissements; il admet parfaitement une grosse sonde de trousse;

2° Le jet d'urine est

plein et continu ;

2° Les érections sont complètes.

4° L'éjaculation du sperme est abondante et parle parle mé~~atrimoine~~.

5° En un mot, toute trace de l'infirmité première a disparu

# Polype du Rectum:

## Hypertrophie des follicules.

~~Leçon d'ouverture~~ -

Nous avons, Messieurs, au n° 16 de notre salle des hommes, un nommé Josse, âgé de 42 ans, exerçant l'état de brocanteur.

Il a été antérieurement atteint de plusieurs affections; notamment de scorbut, en proie où l'avait conduit le service militaire.

En 1828, il a eu une Dysenterie; depuis lors, il rend toujours un peu de sang

à chaque fois qu'il allait à la selle ; plus tard, cet écoulement ne s'est fait que sous les mais, d'une manière assez régulière ; c'était, pour ainsi dire, comme une perte menstruelle.

En 1840, il éprouva des douleurs vives qui ~~le~~ le décidèrent à consulter un médecin ; celui-ci constata des hémorrhoïdes qu'il traita par la cautérisation, et le malade fut guéri.

En 1849 notre malade eut une fistule ; guérison après traitement de M^r^ le professeur Velpeau.

Depuis cette époque, il a constaté la présence d'une tumeur qui, dit-il, a fait cette année du sang.

Aujourd'hui, la région anale est occupée par une tumeur, grosse comme un œuf, et d'un brun-rougeâtre plutôt que rouge : elle présente des mamelons ramollis, saignants : elle est supportée par un pédicule qui s'engage dans le rectum ; et le toucher anal nous a fait reconnaître un cul-de-sac, à une certaine profondeur, au niveau des replaiements de la muqueuse.

Il s'agit donc là, Messieurs,

D'un véritable polype du Rectum.

Cette maladie est assez rare chez l'adulte, mais beaucoup plus commune chez l'enfant.

Chez les enfants, du moment qu'une nourrice nous dit qu'il se présente au fondement de son enfant une tumeur comme une cerise, et que de plus il y a perte de sang dans la ~~défécation~~ défécation, on peut diagnostiquer un polype du rectum.

Ces sortes de tumeurs présentent chez les enfants un pédicule d'un tissu assez mou; de sorte que

le plus souvent on peut avec un doigt introduit dans le rectum, ou bien avec deux doigts, les arracher, les cueillir pour ainsi dire: quand la tumeur est à l'extérieur, on peut la saisir entre les doigts, ou bien la couper avec les ongles; etc.—

Les auteurs ne sont pas bien d'accord sur la nature et la composition de ces tumeurs chez l'enfant. Il est cependant facile de constater au microscope la présence d'un tissu folliculeux ayant plusieurs anfractuosités au dehors, à l'extérieur. Rien n'est

plus simple que cette affection du jeune âge ; il est à peine si quelquefois il faut recourir à la ligature.

Pour l'adulte, il n'en est plus de même ; souvent le pédicule renferme des vaisseaux, et en le tenant entre l'index et le pouce, on peut quelquefois sentir battre les artères. Les douleurs sont vives.

Diagnostic différentiel — On ne saurait, Messieurs, confondre cette maladie avec une chute du rectum ou un bourrelet hémorrhoïdal, mais il n'en est pas de même de ~~l'invagination~~ l'invagination. Dans ce cas-ci (invagination), on pourrait très-bien passer un doigt

tout autour de la tumeur
sans rencontrer de vaisseaux, et sans atteindre le point d'implantation de cette tumeur.

Il pourrait aussi arriver qu'une tumeur quelconque venant des parties voisines, refoulât la muqueuse, et vînt faire saillie à l'extérieur; mais alors, Messieurs, nous aurions les caractères de cette muqueuse, et non ceux d'une tumeur telle que celle qui se présente chez notre malade.

Traitement — Messieurs, avant de tenter une opération, il faut prévoir

et prévenir le danger d'une hémorrhagie, et pour cela lier préalablement le pédicule dans son entier.

Après cette précaution on commence à inciser légèrement; et si l'on voit jaillir le sang, ce qui indique un pédicule vasculaire, on a recours à la ligature partielle, selon le volume du pédicule; le moyen le plus simple pour la ligature partielle, c'est de passer un fil double par le milieu du pédicule, et de lier les deux parties supérieures; si l'on se

trouvait trop à l'étroit dans le rectum, on pourrait ~~dilater~~ dilater préalablement l'anus. Il suffit, Messieurs, pour opérer cette dilatation forcée, d'introduire les pouces et d'écarter une traction en sens ~~inverse~~ inverse jusqu'à ce que le sphincter ait cédé.

Il est bien essentiel, pour étreindre le pédicule de la tumeur, de employer un lien assez volumineux afin de ne pas couper ce pédicule.

---

L'opération fut pratiquée par Mr. le professeur Nélaton avec toutes les précautions ci-dessus indiquées; in-

tamment le pédicule fut lié avant l'excision de la tumeur; il n'y eut ni accidents ni hémorrhagie. Le sixième jour de l'opération, eut lieu la chute de la portion du pédicule qui restait encore.

Le vingtième jour le malade sortait guéri.

# Table.

Titres des leçons et des observations. Pages


Kyste hydatique du foie, ..... 1

Du Cancer de la vessie, ..... 9

Diagnostic des tumeurs

des bourses, ..... 45

De la Pupille artificielle, ..... 53

Des Plaies contuses et de

la contusion, ..... 65

De la fistule stercorale, ..... 81

Tumeur fibreuse de l'os

maxillaire supérieur, ..... 105

Cure radicale du Varicocèle

au moyen de la cautérisation, ..... 137

De la Kératite vasculaire, ..... 149

Diagnostic des tumeurs
des Bourses, Epiplocèle, ..... 161
Chute du Rectum, ..... 173
Kystes des synoviales des
fléchisseurs des doigts, ..... 181
Sur quelques signes diag.
nostiques de la coxalgie, ..... 221
Kyste fibreux du maxil
laire inférieur, ..... 237
Du testicule syphi-
litique, ..... 265
Hémorrhagies de la pau.
me de la main, ..... 301
Des Amputations (1)
partielles du pied, ..... 325
Diagnostic et parallèle
des tumeurs du sein; cancer, ..... 365
Nouveau procédé d'autoplastie
pour la curation des fistules
uréthro-prénniennes, ..... 389

(1) une observation d'amputation sous-astragalienne — une observation de chopart — une troisième de Lisfranc. (3 sujets).

Polypes du Rectum,
hypertrophie des follicules, ..... 417