

même, c'est pour vous faire comprendre toute la gravité que pourrait avoir une inflammation suppurative développée dans l'hématocèle, et pour vous faire saisir les raisons qui condamnent la ponction exploratrice, susceptible de développer par elle seule cette inflammation à si juste titre redoutée des chirurgiens.

De la ponction exploratrice. — Ses dangers : ils peuvent varier de l'inflammation simple jusqu'aux accidents septiques les plus redoutables.
Causes de ces dangers : ils résident dans la nature de l'épanchement et la structure de la poche qui le contient.
Rares cas où la ponction est encore indiquée, praticable.
L'hydrocèle simple est une affection grave à cause de la complication toujours à craindre : l'hématocèle. — Traitement.



Messieurs,
Dans la dernière leçon, après vous avoir expliqué la pathogénie de l'hématocèle, je vous disais quels motifs m'avaient empêché de confirmer mon diagnostic par la ponction exploratrice. J'avais été conduit ainsi à vous parler de l'anatomie pathologique, dominée tout entière par un fait de la plus haute importance : l'épaississement et l'induration des parois. A lui seul, en effet, il semble nous expliquer tous les dangers d'une opération préliminaire qui semble avoir le fâcheux privilège de développer la suppuration dans de nombreux cas.

TRENTE-UNIÈME LEÇON

Hématocèle de la tunique vaginale

(Suite et fin).

De la ponction exploratrice. — Ses dangers : ils peuvent varier de l'inflammation simple jusqu'aux accidents septiques les plus redoutables.

Causes de ces dangers : ils résident dans la nature de l'épanchement et la structure de la poche qui le contient.

Rares cas où la ponction est encore indiquée, praticable.

L'hydrocèle simple est une affection grave à cause de la complication toujours à craindre : l'hématocèle. — Traitement.

MESSIEURS,

Dans la dernière leçon, après vous avoir expliqué la pathogénie de l'hématocèle, je vous disais quels motifs m'avaient empêché de confirmer mon diagnostic par la ponction exploratrice. J'avais été conduit ainsi à vous parler de l'anatomie pathologique, dominée tout entière par un fait de la plus haute importance : l'épaississement et l'induration des parois. A lui seul, en effet, il semble nous expliquer tous les dangers d'une opération préliminaire qui semble avoir le fâcheux privilège de développer la suppuration dans de nombreux cas.

Vous connaissez aujourd'hui la disposition anatomique qui rend cette inflammation dangereuse, et vous pouvez, sans peine, vous rendre compte de tous les accidents qui l'accompagnent. Une paroi résistante est là qui ne peut revenir sur elle-même quand on évacue son contenu : l'air extérieur peut pénétrer pendant la ponction, il rencontre du sang altéré, des caillots; des altérations putrides s'ensuivent, et l'inflammation, développée sur un terrain si bien préparé, va faire les plus grands ravages; la suppuration sera intarissable, et peu d'espoir restera pour la cicatrisation au milieu de tissus mal organisés, dans une poche à parois rigides.

Sans doute, l'inflammation suppurative n'est pas à craindre dans tous les cas absolument; mais, lorsqu'elle se développe, des accidents à caractère infectieux en seront bien souvent la conséquence.

Que se passe-t-il donc alors, et par quels signes jugerez-vous, à l'extérieur, de l'approche du danger? Le malade souffre; de la rougeur se manifeste sur tout le scrotum; la région est tuméfiée; dans les vingt-quatre heures qui suivent la ponction, la tumeur a repris son volume primitif ou même l'a dépassé. Si l'on percute, on perçoit une sonorité exagérée qui témoigne de la formation de gaz. A côté de cet état local des plus sérieux, vous voyez la fièvre s'allumer, et les symptômes connus de tout appareil fébrile intense prendre une proportion souvent des plus accu-

sées; la mort peut quelquefois survenir dans cette première période : on pourrait vous citer des exemples nombreux. Laissez-moi seulement vous signaler une observation qui nous touche de plus près : elle est rapportée par M. le professeur Gosselin, et appartient à Soulé, de Bordeaux, qui perdit un de ses malades de septicémie après une ponction.

On a, comme vous le pensez, cherché à expliquer ces accidents par l'introduction de l'air : il est incontestable que cette pénétration doit avoir les plus fâcheux résultats. L'air extérieur, pénétrant avec le trocart, suffit pour altérer le sang épanché dans la vaginale : vous comprenez le reste. Mais si séduisante que soit cette explication, elle ne suffit pas. Si l'air était le seul agent capable de développer l'accident dont je vous parle, il devrait arriver que des appareils aspirateurs arrêteraient presque à coup sûr l'inflammation et deviendraient, entre les mains du chirurgien, un moyen de diagnostic tout à fait inoffensif. Il n'en est rien. On a constaté, dans quelques circonstances, toute la série des accidents inflammatoires et septiques, après la ponction aspiratrice, dans l'hématocèle. On doit donc se demander si le traumatisme simple ne suffit pas, quand il vient à porter sur des tissus renfermant un liquide sanguin plus ou moins altéré. N'est-il pas possible qu'une simple bulle de gaz, retenue dans le trajet du trocart ou le tissu cellulaire qui l'avoisine, suffise pour altérer davantage

le sang épanché près d'elle, et, de là, toute la masse qui vient d'être, en quelque sorte, éprouvée par le léger traumatisme opératoire. Dans tous les cas, Messieurs, voilà quels sont les accidents, et voilà quelles raisons j'avais pour m'abstenir.

Je ne peux cependant abandonner ce sujet sans vous dire qu'il existe des circonstances où la ponction nous offre des ressources tout à fait légitimes. Qu'il s'agisse, par exemple, d'une tumeur solide, contenant du sang rouge non altéré, le danger disparaît complètement : mais est-ce là le fait de l'hématocèle? La ponction, dans l'hématocèle, doit être réservée pour les cas où l'on doit faire l'opération immédiatement, pour des cas où tout est prêt pour une intervention chirurgicale plus grave : la castration ou la décortication. Souvenez-vous, en effet, que les accidents se développent dans les vingt-quatre heures, et vous comprendrez ce précepte.

Chez le malade que nous avons dernièrement examiné, et que je me propose d'opérer très prochainement devant vous, nous ne savons pas très exactement s'il s'agit d'une hydro-hématocèle ou d'une hématocèle vraie. Cependant, si nous nous rappelons que le sujet a vu sa tumeur se développer lentement, nous aurons quelque raison pour croire qu'il avait, au début, seulement une hydrocèle. En effet, dans les derniers temps, il y a eu une sorte de poussée inflammatoire presque immédiatement suivie d'une assez grande

augmentation de volume. Selon toute probabilité, il s'est fait, à ce moment-là, un épanchement de sang dans la vaginale, et l'hydro-hématocèle a été dès lors constituée. Je ne voudrais pas m'avancer jusqu'à affirmer qu'il y a même eu rupture de la poche et que le sang a filtré sous la peau, mais je suis presque tenté de l'admettre, en me souvenant de ce que vous avez entendu le malade nous raconter, quand il disait : « Je sentais comme un liquide épais qui soulevait la peau et fuyait sous le doigt quand je pressais sur la tumeur. »

Et, du reste, Messieurs, si nous étions en présence d'une hématocèle vraie, aurions-nous une fluctuation aussi nette? aurions-nous des parois aussi souples? Certainement non : chez notre malade, la fluctuation se sent dans une très grande étendue et très facilement; la résistance existe dans les points où elle doit exister normalement, en arrière et vers le milieu; et si cette résistance nous paraît assez notable, nous devons y voir le fait de la dernière complication : l'épanchement de sang qui est venu augmenter l'épaisseur des parois. Il s'agit bien d'une hydro-hématocèle.

Vous concluez avec moi, Messieurs, que l'hydrocèle, qu'on serait peut-être trop porté à considérer comme une affection bénigne, est, au contraire, une maladie qu'il ne faut pas garder indéfiniment, sous peine de se voir, à un moment donné, atteint de

lésions plus sérieuses réclamant une véritable opération.

Ceci me conduit directement à vous parler du traitement de l'hématocèle.

On a proposé d'appliquer à l'hématocèle le traitement de l'hydrocèle, c'est-à-dire la ponction simple. Après avoir fait des réserves pour les cas très simples où l'épanchement très récent s'est ajouté à une hydrocèle, elle-même de date peu ancienne, je ne crois pas devoir accepter en principe que la ponction est un bon procédé, et vous comprendrez sans peine que je ne m'étende pas davantage sur un point longuement discuté dans le cours de ces deux leçons. La ponction suivie d'injection irritante a pour but d'amener, en irritant les parois, la formation de produits inflammatoires qui déterminent l'adhérence de ces mêmes parois; ou de modifier les surfaces, de telle sorte qu'elles ne secrètent plus en excès le liquide évacué par la ponction. Or, vous le voyez, aucune de ces deux conditions ne saurait être obtenue quand il s'agit de l'hématocèle à parois indurées.

Que penser du drainage et du seton? Ils ont pour but d'obtenir après la suppuration, le bourgeonnement de la cavité. De plus, ils assurent l'écoulement des liquides et évitent ainsi une partie des accidents; à ce titre, le drain a bien des avantages sur le seton. Mais tout bien considéré, le drainage est encore un mauvais procédé, car il est des cas où, pour les rai-

sons déjà exposées, il ne saurait être employé, et le serait-il dans les circonstances plus favorables, où il n'existe pas de poche très épaisse, que la longueur du traitement devrait à elle seule suffire pour le faire rejeter.

Peur ne laisser aucune occasion de vous faire comprendre toute l'importance d'un traitement bien approprié, je vous signalerai encore parmi les procédés incomplets et peu recommandables, l'incision suivie d'excision. Si vous opérez ainsi, vous laisserez une grande partie de ces tissus de récente formation qui ne peuvent s'éliminer ou qui ne s'éliminent qu'avec la plus grande difficulté, et par la longueur du traitement, vous exposerez le malade à toutes les complications d'une suppuration sans fin.

Pour éviter ces inconvénients, il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire: à mon avis, les chirurgiens contemporains qui ont proposé la castration ont commis cet excès. Sans doute, comme l'a démontré M. Gosselin, le testicule, dans les vaginalites intenses, perd ou peut perdre une partie de sa vitalité et l'anémie dont il est frappé rend son amputation légitime; mais il ne paraît pas certain que cette anémie existe toujours ou qu'elle soit constamment incurable. De plus, quand vous enlevez le testicule, vous soumettez le patient à une épreuve morale qu'il serait bien facile peut-être de lui éviter. A ce double titre, la castration doit être rejetée. Cependant, ne l'oubliez

pas, il est des circonstances où vous ne pourrez faire autrement que d'enlever la glande : des fausses membranes se rencontreront si épaisses sur elle que vous ne pourrez l'isoler d'aucun côté, le cordon lui-même sera pris au milieu d'une masse dont vous ne pourrez le débarrasser : l'opération de la décortication qui avait été régulièrement faite jusque-là va rester incomplète et, pour la terminer, dans l'intérêt du malade, vous devrez sacrifier le testicule, couper le cordon testiculaire.

La décortication, mise en honneur par le professeur Gosselin, est un procédé plus ancien. Malgaigne a préconisé le *décollement* des fausses membranes, Ledran avant Malgaigne, Saviar lui-même, avaient touché cette importante question.

Quelle idée devez-vous, au juste, vous faire de la décortication? Elle est fondée sur ce fait qu'il faut chercher à ménager le testicule, non pas seulement à cause de la question morale qu'il importe d'avoir en grande considération, mais parce que le testicule peut, comme je vous le disais tout à l'heure, être bon, capable de sécréter des spermatozoïdes. Si l'anémie existe, elle peut disparaître; quelquefois au milieu de fausses membranes, le testicule aura conservé toute sa vie, et, comme l'a vu M. Gosselin, dans un cas d'hématocèle, il continuera, malgré les lésions qui l'entourent, de fournir un sperme absolument riche en spermatozoïdes.

C'est donc avec les plus grandes précautions que vous devez procéder dans cette opération pratiquée au milieu de tissus qui, le plus souvent, masquent complètement l'organe que vous devez respecter. Après une incision longitudinale qui ouvre largement la tumeur, vous cherchez à voir la situation du testicule; cette constatation faite, vous décollez avec des pinces et, mieux, avec vos doigts les membranes épaissies qui tapissent la séreuse, et, patiemment, vous aidant de temps à autre du bistouri et des ciseaux, quand vos doigts sont impuissants, vous remontez peu à peu vers le testicule : là, votre œuvre devient plus difficile. Bien souvent vous ne parviendrez pas à le débarrasser complètement; mais si les membranes qui l'entourent ne sont pas trop épaisses, vous pourrez, après en avoir enlevé une partie, laisser le reste en place et vous en tenir là; si, au contraire, il se trouve tellement enserré dans les tissus nouveaux, que sa vie physiologique soit des plus incertaines et qu'il devienne, par ses connexions nouvelles, un grave inconvénient pour la cicatrisation, vous aurez le droit de l'enlever, car non seulement il n'aura plus d'utilité, mais encore il pourra compromettre la guérison.

Vous devez conclure, Messieurs, de ce que je viens de vous dire, qu'il est indiqué, dans la décortication, de toujours faire, avant et pendant l'opération, le plus minutieux examen : il faudra s'assurer de la situation exacte du testicule et des anomalies qu'il pourrait

présenter. Obéissant à cette idée, j'ai à plusieurs reprises examiné scrupuleusement mon malade, et j'ai reconnu qu'il avait, par hasard, une inversion testiculaire. En effet, au lieu d'occuper la partie postérieure, son testicule est placé en avant : je devrai donc prêter une attention toute particulière quand je ferai l'incision. Il m'est impossible, à part cela, de vous dire comment se terminera une opération toujours soumise, comme vous l'avez compris, à une certaine incertitude.



TRENTE-DEUXIÈME LEÇON

Squirrhe atrophique du sein.

Observation d'une malade de la salle 8, atteinte de tumeur maligne du sein.

Caractères cliniques offerts par la mamelle dans le cas de squirrhe atrophique.

Influence du traumatisme sur le cancer.

Diagnostic différentiel : fibrome diffus, encéphaloïde, épithélioma.

Le cancer atrophique peut, à un moment donné, se généraliser : modes divers d'évolution présentés par lui.

Indications thérapeutiques.

MESSIEURS,

Je veux aujourd'hui vous parler d'une malade de la salle 8, dont l'histoire nous offre plusieurs points intéressants. Elle est atteinte de tumeur du sein, d'une de ces tumeurs malignes, à marche lente, qui pendant longtemps peuvent ne pas réclamer le secours de la chirurgie, mais en revanche les rendent rapidement inutiles quand elles ont franchi leurs premières limites. Sur ces considérations d'un haut intérêt pratique, je ne saurais attirer trop votre attention.

Notre malade a quarante-huit ans; elle a toujours