

A. LANELONGUE

CLINIQUE
CHIRURGICALE

RD34
L35

# LEÇONS

DE

# CLINIQUE CHIRURGICALE

UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

# LEÇONS

DE

# CLINIQUE CHIRURGICALE

PAR

M. LANELONGUE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

**RECUEILLIES**

PAR

LE Dr T. PIÉCHAUD

PROFESSEUR AGRÉGÉ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
UANL
BIBLIOTECA

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
120, Boulevard Saint-Germain.

BORDEAUX
FERET ET FILS, ÉDITEUR
15, Cours de l'Intendance.

1888

000147

RD34
L35

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
ALERE FLAMMAM VERITATIS

# AVANT-PROPOS

En publiant ce livre, je cède aux pressantes sollicitations de mes élèves et de quelques amis.

Aussi bien, suis-je heureux de leur offrir ce témoignage de mon affection en échange de la sympathie dont ils m'ont toujours entouré.

Ces *leçons* sont livrées au public, telles qu'elles ont été recueillies par mon excellent ami le professeur agrégé T. Piéchaud, auquel j'adresse mes plus sincères remerciements et l'expression de ma vive gratitude pour son affectueux et constant dévouement.

Le lecteur y trouvera la note de mon enseignement. C'est un recueil de faits avec les commentaires que chacun d'eux m'a suggérés; le dia-

UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

gnostic de chaque cas y est discuté et de cette discussion sont déduites les indications thérapeutiques. On ne trouvera dans cet ouvrage ni bibliographie, ni longues considérations générales sur la maladie à propos du malade. Ce sont des *leçons cliniques;* ce n'est pas un *Traité de pathologie*.

M. Lanelongue.

Bordeaux, 1er octobre 1887.

# LEÇONS
DE
# CLINIQUE CHIRURGICALE.

## PREMIÈRE LEÇON

### Ostéite épiphysaire

**Observation d'ostéo-myélite aiguë. — Marche vers l'état chronique. — Examen du malade.**

**Physiologie pathologique. — Nécrose. — Influence des lésions périostiques et des lésions osseuses sur sa production.**

**Rôle du cartilage épiphysaire. — L'ostéo-myélite du jeune âge est mieux désignée sous le nom d'ostéite épiphysaire. — Traitement.**

Messieurs,

Deux malades sont récemment entrés dans mon service avec des affections semblables, dont le développement et les conséquences méritent d'attirer votre attention.

C'est du plus jeune d'entre eux que je veux vous parler aujourd'hui, parce que son histoire résume

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

gnostic de chaque cas y est discuté et de cette discussion sont déduites les indications thérapeutiques. On ne trouvera dans cet ouvrage ni bibliographie, ni longues considérations générales sur la maladie à propos du malade. Ce sont des *leçons cliniques;* ce n'est pas un *Traité de pathologie*.

M. Lanelongue.

Bordeaux, 1er octobre 1887.

# LEÇONS
DE
# CLINIQUE CHIRURGICALE.

## PREMIÈRE LEÇON

### Ostéite épiphysaire

**Observation d'ostéo-myélite aiguë. — Marche vers l'état chronique. — Examen du malade.**

**Physiologie pathologique. — Nécrose. — Influence des lésions périostiques et des lésions osseuses sur sa production.**

**Rôle du cartilage épiphysaire. — L'ostéo-myélite du jeune âge est mieux désignée sous le nom d'ostéite épiphysaire. — Traitement.**

Messieurs,

Deux malades sont récemment entrés dans mon service avec des affections semblables, dont le développement et les conséquences méritent d'attirer votre attention.

C'est du plus jeune d'entre eux que je veux vous parler aujourd'hui, parce que son histoire résume

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

l'ensemble des signes que vous retrouverez toujours dans la périostite juxta-épiphysaire, maladie du jeune âge, dont le diagnostic demande des connaissances cliniques exactes.

Ce jeune malade, âgé de quinze ans, a toujours été bien portant. Il était jardinier à Bègles, pays humide et marécageux, quand, il y a dix-huit mois, au milieu de la santé la plus parfaite, alors que sa croissance s'accomplissait régulièrement, il fut atteint de phénomènes inflammatoires localisés sur le membre inférieur droit, et accompagnés de symptômes généraux, qui bientôt offrirent un caractère d'une haute gravité.

Il ressentit, en effet, dans le pied correspondant, des fourmillements, de la gêne, qui rendaient la marche et la station pénibles; et, dès le lendemain, une douleur très vive apparaissait à la partie inférieure de la cuisse, près du genou. La fièvre se montrait aussi, avec des frissons, remittente d'abord, puis continue, et ne le quittait plus, durant trois à quatre mois. Cet état fébrile avait une intensité des plus inquiétantes : céphalalgie, soif vive, langue sèche, vomissements, diarrhée, ballonnement du ventre, tels étaient ses signes, bien faits pour égarer l'attention et la porter vers le diagnostic de fièvre typhoïde.

N'oubliez pas ce début : la maladie inflammatoire apparaît chez un enfant soumis à de pénibles travaux, toujours exposé à l'humidité, et, quand elle se déroule,



il semble que l'état général va, par sa gravité, faire oublier la lésion locale.

Après trois ou quatre mois, pendant lesquels inflammation et fièvre n'avaient pas cessé, à part quelques rémissions de durée variable, un peu de calme revient; mais, du côté du genou, d'autres signes précurseurs d'accidents sérieux se montrent : la tuméfaction, large et diffuse, se circonscrit; de dure qu'elle était, elle devient molle et la suppuration finit par se faire jour au dehors, établissant un pertuis par lequel elle s'écoulera désormais d'une façon incessante.

Trois mois plus tard, sur un point moins étendu, à la partie externe de la cuisse, une autre collection purulente aboutissait au même résultat et désormais le sujet avait deux fistules que nous retrouvons aujourd'hui.

Depuis cette époque, rien de très spécial ne s'est produit dans l'état des trajets fistuleux. Le pus s'est écoulé avec plus ou moins d'abondance, les trajets se sont fermés quelquefois pour s'ouvrir encore quelques jours après et des débris osseux, de petites esquilles, ont été entraînés par la suppuration. Cependant, le malade nous affirme qu'au-dessus de ces trajets, peu à peu, la cuisse augmentait de volume ; les parties molles semblaient de plus en plus tuméfiées, alors que la zone primitivement enflammée devenait peut-être moins sensible au-dessus des condyles. Phénomène plus inquiétant encore pour lui, la jambe

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

se fléchissait aussi sur la cuisse et prenait une attitude vicieuse, contre laquelle il lui était impossible de lutter.

Aujourd'hui, Messieurs, cette attitude du membre malade a des caractères qui, dès le premier examen que vous avez fait, ont saisi votre attention. La jambe est fléchie sur la cuisse et immobilisée sur elle, elle est très amaigrie et le triceps sural se dessine mal derrière les os devenus plus saillants; et dans le voisinage du genou, au-dessus de ces muscles amaigris, vous avez vu une tuméfaction qui répond bien aux renseignements fournis par cette histoire rapidement tracée. Elle s'étend depuis le genou jusqu'au milieu de la cuisse.

Quand vous explorez avec méthode cette articulation, vous reconnaissez aussitôt que la tuméfaction porte uniquement sur le fémur lui-même, qu'à partir des condyles saillantes, vous pouvez la suivre en haut, tandis qu'elle s'arrête brusquement à l'interligne articulaire. Portez en effet vos doigts sur l'extrémité du tibia : elle se dégage avec des dimensions normales. Au-dessus d'elle, l'espace inter-condylien certainement élargi s'étale et des presions, même légères, peuvent y faire naître de la douleur, ce qui, vous le comprenez, nous avertit que l'articulation, si elle n'a pas été atteinte la première, reste au moins malade et a souffert, par propagation, du voisinage d'un foyer où l'inflammation s'était développée. Il



suffit, pour bien s'en rendre compte, d'explorer avec soin l'interligne articulaire : on y trouve de l'empâtement, une sensation de mollesse et de la fluctuation.

Constatez encore que cette articulation est solidement fixée dans la flexion, presque à angle droit, mais que, dans les mouvements forcés que vous cherchez à lui imprimer, il reste encore un certain degré de mobilité qui vous prouve que l'ankylose ne s'est pas encore établie. Les tendons du creux poplité, saillants sous la peau, sont durs et inextensibles et l'on ne tarde pas à s'assurer que, pour vaincre leur résistance, il faudrait exercer une force considérable et peut-être les rompre.

Quand vous procédez ensuite à l'examen détaillé des diverses lésions, vous voyez encore que la tuméfaction, qui a son siège au niveau des condyles et au-dessus d'eux, est dure, profonde, manifestement osseuse et que du genou, elle va s'amincissant, diminuant peu à peu jusqu'au milieu de la cuisse.

Sur elle, les parties molles sont fixées, adhérentes, réunies entre elles et à l'os plus profond par le travail inflammatoire dont vous connaissez la violence, et qui a eu pour dernier terme l'établissement de deux trajets fistuleux.

Examinons de suite ces trajets. Leurs deux orifices ont des bords un peu fongueux et décoallés et toujours ils donnent un pus séreux, mal lié. Autour d'eux, les pressions déterminent de la douleur qui se retrouve

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

aussi plus haut partout où l'os et les parties molles sont réunies par le travail inflammatoire.

Le stylet, introduit dans ces trajets, amène un léger écoulement de sang, puis il pénètre avec peine, il suit une direction tortueuse, on est obligé de l'incliner plusieurs fois pour arriver à lui faire franchir une distance d'à peu près huit centimètres. Il traverse ainsi les parties molles, trouve bientôt une surface résistante qui s'oppose à sa marche, rencontre sur elle un orifice, un pertuis qui le laisse pénétrer encore et lui permet enfin de s'enfoncer au milieu de parties qui cèdent et se déchirent sous sa pression. Au fond de ce pertuis, on n'a pas la sensation d'un os dénudé qui donne un bruit sec quand on le heurte vivement, on déchire des tissus mous, on écrase des bourgeons charnus et du sang s'écoule.

Voilà, Messieurs, retracés à grands traits et l'histoire du malade et l'examen des lésions qui la confirment.

Demandons-nous immédiatement ce qui s'est passé chez cet homme, quelle est l'affection qu'il présente aujourd'hui, et quelle en est l'évolution.

Il ne faut pas insister beaucoup pour établir qu'il y a eu dès le début un travail inflammatoire : la fièvre, la douleur, la tuméfaction, le pus, vous le prouvent assez. Il est encore très certain que l'os a été le terrain choisi par ce travail : l'examen clinique rapidement fait, les trajets qui vont jusqu'à l'os et les parcelles



osseuses entraînées par l'écoulement, l'affirment. Tout retrace une ostéite qui a suppuré, qui continue à fournir du pus à travers des trajets fistuleux, entourés de bourgeons charnus, et probablement en rapport avec des parties mortifiées, des sequestres qui restent là profondément cachés au milieu des parties saines de l'os respectées par l'inflammation et recouvertes de bourgeons témoins du travail d'élimination qui tend chaque jour à repousser la nécrose. C'est donc d'une ostéite suppurée de l'extrémité inférieure du fémur qu'il s'agit, et cette affection va devenir maintenant l'objet de votre étude.

Vous parler de la nécrose, Messieurs, c'est revenir à l'histoire de la gangrène que je retraçais il y a peu de jours devant vous, car, entre la gangrène des parties molles et la mortification des os, il ne saurait y avoir de différences absolues.

Que vous disais-je, en effet? J'insistais pour vous montrer que si la nature suit différentes voies pour aboutir à tuer les éléments anatomiques, c'était toujours à la circulation, à l'apport du sang qu'elle devait s'adresser en définitive pour amener la mort.

Je sais bien que vous m'objecterez maintenant que l'inflammation ayant été chez notre malade le seul fait constaté, il a existé chez lui non pas un arrêt, mais une exagération de l'apport du sang et qu'*a priori*, on ne saisit pas bien la marche de la nécrose. Il suffit, pour vous répondre, de suivre pas à pas l'in-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

fluence que peut avoir sur le tissus osseux l'exagération de cet apport nutritif. En raison de sa texture, l'os subit facilement des désordres étendus quand l'inflammation l'atteint.

Certes, je ne veux pas dire que le processus inflammatoire soit le seul capable d'amener la gangrène de l'os. La contusion, les brûlures, les caustiques, tous les agents en un mot qui, violemment, détruisent les vaisseaux et altèrent la trame osseuse, peuvent supprimer l'afflux du sang et la frapper de mort; mais, j'insiste pour vous avertir que, de toutes ces causes, la plus fréquente, la plus puissante peut-être, est sans contredit l'inflammation.

Suivez l'étude de ce phénomène complexe, et vous le verrez plus simple qu'il ne paraît à un premier examen.

Le tissu osseux, composé dans un même os de deux parties associées, le tissu compacte et le tissu spongieux, a sa vitalité assurée par de nombreux vaisseaux. C'est d'abord le périoste, qui l'enveloppe dans la plus grande étendue, et se trouve chargé de l'accroître en épaisseur en même temps qu'à sa surface il divise à l'infini les artérioles qui pénètrent dans les canalicules. Le périoste se trouve bientôt associé à la moelle osseuse elle-même qui, baignant la trame osseuse de toutes parts, a elle aussi des vaisseaux importants : l'artère nourricière et ses branches. Les deux départements vasculaires ont une action commune : ils assurent en grande partie la circulation et tous les échanges qui ne cessent de se faire dans l'intimité des tissus. Bien plus, vers les extrémités des os, là où le périoste devient plus adhérent et fournit encore du sang par de nombreux pertuis, on voit des branches nombreuses venir des artères du voisinage se joindre aux deux systèmes précédents, de telle sorte que, par trois voies différentes, la circulation se trouve établie.



Il peut se faire qu'un de ces systèmes de vaisseaux vienne à manquer. Y aura-t-il pour cela nécrose? Assurément non dans bien des cas. On a beaucoup trop répété que les maladies du périoste avaient sur la vie du tissu osseux une action directe, et que, toutes les fois, par exemple, qu'il était décollé ou détruit, la partie d'os voisine était nécrosée. On a ainsi consacré une erreur qui, chaque jour, est démentie par les faits cliniques. L'os, privé de plusieurs des vaisseaux que lui donnait le périoste détruit, continue à se nourrir par tous ceux qui, venus du périoste resté sain, de la moelle et des épiphyses, maintiennent l'équilibre en établissant des suppléances. Il ne faut pas beaucoup chercher, pour trouver dans l'anatomie et même dans l'étude de la clinique de nombreux exemples de ces suppléances multipliées à l'infini par la nature, pour maintenir la fonction et l'intégrité des organes. Partout, vous constatez des vaisseaux de premier ordre qui, à côté d'eux, ont des canaux accessoires où le

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

sang arrive aussitôt en excès dès que les premiers ont été diminués ou détruits. Dans le système nerveux lui-même, vous voyez des nerfs associés pour maintenir sensibilité et mouvement quand, dans une partie, plusieurs d'entre eux ont été divisés. On pourrait en dire autant de certains canaux d'excrétion qui, sur les grosses glandes, maintiennent intactes les sécrétions.

J'affirme donc cette proposition que la nécrose ne saurait être toujours la conséquence d'une inflammation ayant altéré, sur le périoste en particulier un certain nombre de vaisseaux : il faut, pour qu'elle se produise, que l'os cesse en même temps de recevoir le sang des autres départements vasculaires. Aussi, ne la verrez-vous que rarement après les periostites limitées des os plats; voilà pourquoi la périostite phlegmoneuse diffuse elle-même, quand elle s'arrête à temps, ne la produira pas.

Et cependant, Messieurs, j'ai à justifier devant vous ce principe que nécrose et inflammation sont deux termes souvent associés. Cette justification, je la trouve dans le processus inflammatoire lui-même.

Dans tous les tissus quels qu'ils soient, ce processus aboutit à la formation d'exsudats. Ces exsudats se produisent (et nous n'avons pas à étudier les diverses théories admises sur leur formation) avec une tendance marquée à l'organisation. Ici, du tissu conjonctif lui succèdera et déterminera de la sclérose;



là, l'activité du travail inflammatoire provoquera de la suppuration. Mais, en règle générale, le travail de prolifération aura toujours pour dernier terme l'organisation d'un tissu analogue à celui où il se sera développé, si les parties saines de ce tissu ne se trouvent pas trop éloignées ou trop détruites soit par un traumatisme, soit par une désorganisation préalable. Le cas des fractures, la cicatrice des nerfs, qu'on voit bientôt traversés par des tubes munis de leur myéline et de leur cylinder axis, sont des exemples frappants de ce travail vigoureux fourni par la nature.

Eh bien, Messieurs, quand un os est frappé par une inflammation violente et persistante, il y a aussi exsudat pouvant aller jusqu'à la suppuration ou s'arrêter avant de la produire. Le tissu osseux formant une trame où tous les éléments se trouvent unis par un système de canaux médullaires en communication depuis la partie profonde du périoste jusqu'au canal central, ce tissu, dis-je, deviendra le siège d'une active prolification qui, de la surface, vers la profondeur, multipliera les éléments médullaires. Or, il est évident que la stase sanguine, déjà considérable par le fait de l'irritation des vaisseaux, va tantôt s'augmenter de la pression qu'ils subissent au milieu de canaux rétrécis par l'active prolifération : ils ne fourniront plus à l'os le sang nécessaire à sa vie et le tissu privé d'une manière absolue de son liquide nourricier, mourra, se nécrosera sur une étendue plus ou moins grande

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

en rapport avec l'intensité et l'étendue de l'inflammation.

Ainsi me semble très nettement établi le rapport entre l'inflammation et la nécrose.

Vous pouvez maintenant vous reporter à l'observation du malade qui fait l'objet de notre étude. Qu'y voyez-vous? Il a été soumis à une inflammation dont l'intensité ne saurait être mise en doute; il est resté de longs mois en proie aux plus graves accidents, et chez lui toutes les conditions nécessaires à la production de la mortification osseuse se trouvaient réunies, puisque la durée et l'intensité du processus ont de toute nécessité produit, maintenu cette prolifration fatale à la circulation des tissus.

J'arrive maintenant, Messieurs, à cette autre question du siège, de la source même des accidents observés chez cet homme.

N'oublions pas qu'il est jeune, à peine âgé de dix-neuf ans, que chez lui par conséquent tout le système osseux est actuellement le siège d'un travail physiologique d'accroissement, de formation qui détermine une fluxion constante, exagérée des vaisseaux. Il existe donc chez un tel sujet un terrain tout prêt à recevoir l'impression d'une cause irritante, et, quand elle survient, de la fluxion physiologique à l'inflammation il n'y a qu'un pas. Il faut un simple refroidissement, une fatigue exagérée et peu en rapport avec les forces de cet âge pour que la limite soit bien



vite franchie et que l'ostéite avec une violence extrême se produise avec toutes ses conséquences. Or, ces conditions se trouvent dans l'observation que vous connaissez, pleinement réalisées. Ce jeune garçon a supporté des fatigues trop grandes pour son âge, il a travaillé dans l'humidité, et bientôt un gonflement douloureux s'est produit sur l'extrémité inférieure de son fémur droit.

Pourquoi l'inflammation a-t-elle choisi ce siège spécial et ne s'est-elle pas fixée sur la diaphyse de l'os, par exemple? C'est que, Messieurs, les extrémités osseuses participent, plus encore que toutes les autres parties, à cette fluxion physiologique, à ce travail de formation dont je vous parlais il n'y a qu'un instant. Là se trouve le cartilage juxta-épiphysaire chargé d'accroître l'os en longueur et directement en rapport avec le périoste. C'est en ce point que la circulation présente un excès d'activité réclamé par la croissance. Aussi, n'est-il pas étonnant que le cartilage épiphysaire devienne souvent le siège des ostéites graves qui frappent si souvent les adolescents.

Le malade que vous étudiez aujourd'hui vous a offert un exemple frappant de cette ostéite des extrémités violente dans son début, persistante dans ses manifestations, qui a même entraîné une série de phénomènes généraux graves, sur lesquels je ne peux manquer de fixer votre attention.

Cet état grave qui, chez lui, rappelait presque les

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

symptômes de la fièvre typhoïde, est l'exacte expression de cette maladie. Chez plusieurs malades même, il se présente avec un type beaucoup plus accentué, si bien que les exemples d'erreurs cliniques, commises par des observateurs peu expérimentés, sont nombreux chaque jour.

Je ne saurais trop vous dire à quel ordre de cause ces phénomènes spéciaux peuvent être attribués.

Croirons-nous avec M. Gosselin qu'ils résultent d'un poison spécial, développé sur la moelle, altéré et répandu dans l'économie tout entière, qu'ils sont liés à la multiplication d'un microbe toujours prêt à évoluer quand le tissu médullaire est frappé d'inflammation?

Je me plais à voir là des vues de l'esprit que rien ne justifie suffisamment ; une inconnue reste toujours après de telles suppositions et l'avenir seul pourra, après des études longuement et patiemment faites, nous éclaircr sur elle. Disons plus simplement que l'intensité de l'inflammation entraîne une réaction générale ataxique ou ataxo-adynamiqne, et vous n'oublierez pas que cette dernière a suivi exactement la marche du processus inflammatoire, naissant avec lui et disparaissant quand il a perdu sa violence.

Une dernière question, Messieurs : Quel a été le siège du travail inflammatoire dans l'épiphyse elle-même?

Je ne crois pas que, même chez les adolescents, il soit juste de limiter ce travail toujours au même



tissu. Si les éléments de la moelle, les médullocelles prolifèrent invariablement, la poussée inflammatoire peut se faire du côté du périoste ou bien dans la trame compacte de l'os lui-même. Il en résulte des variétés cliniquement distinctes et dans tous les cas justifiées par l'anatomie pathologique. C'est pour cela que je n'accepte pas l'étiquette d'osteo-myélite. Je la repousse, parce qu'elle préjuge toujours une question et affirme un fait qui peut ne pas exister. Sans doute, la moelle est atteinte, mais dans quelles proportions? Est-ce la moelle sous-périostée, est-ce la moelle osseuse, et si ces deux parties sont frappées, n'arrive-t-il pas souvent que la moelle centrale est épargnée? Non, je préfère de beaucoup l'épithète d'ostéite-épiphysaire qui n'engage à rien et laisse le champ libre à la description, à l'interprétation clinique.

Notre jeune malade a donc été atteint d'une *ostéite épiphysaire* qui a abouti à la prolifération du tissu, à des collections de pus, à des trajets fistuleux largement établis en dernier terme par la raréfaction qui est la conséquence ordinaire de l'ostéite et de la nécrose. Mais, je veux terminer en vous disant que cette raréfaction, que le stylet vous fait retrouver sous forme de canaux, de pertuis creusés dans l'os, n'est pas toujours liée à de la nécrose. Elle peut exister sans lui. Souvent vous rencontrerez sur un os malade, ancien théâtre d'inflammations aigues, de ces canaux qui n'aboutissent pas à une partie nécrosée; ils sont seulement

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

remplis par des bourgeons charnus, saignants et mous, de mauvaise nature, qui, aussi bien que des séquestres entretiennent la suppuration et les trajets qu'ils occupent. Chez notre malade, vous supposez l'existence de séquestres multiples, mais le stylet ne vous les fait pas retrouver d'une façon certaine.

Or, ne l'oubliez pas, quand dans votre pratique vous rencontrerez des cas d'ostéite ancienne avec suppuration, et que vous vous verrez obligés de prendre une décision, qu'il s'agisse de séquestres ou simplement d'altérations fangeuses, vous avez le droit et le devoir d'agir, d'intervenir de la même manière dans les deux cas.

C'est pour cela que je me propose de remplir une indication pressante. J'irai, me guidant sur les pertuis où le stylet s'enfonce, à la recherche de l'os malade ; j'ouvrirai les trajets, détruirai les bourgeons charnus, les fongosités; si sur mon chemin je vois des sequestres, je les enlèverai par les procédés d'évidement que vous connaissez ; sinon, je me contenterai de ruginer toutes les parties suspectes et, quoi qu'il arrive, j'aurai fait un travail utile dont la conséquence sera, soyez en sûrs, la réparation de l'os malade et la disparition d'un foyer qui ne tarderait pas à compromettre la vie en altérant les fonctions viscérales.

## DEUXIÈME LEÇON

# Ostéite Epiphysaire.

*(Suite).*

Suite de la physiologie pathologique et de l'anatomie pathologique. — Ostéite suppurative. — Ostéo-périostite albumineuse. — Ostéite gangréneuse. — Ostéite raréfiante et fractures spontanées.

Observation d'ostéo-myélite. — Altérations musculaires et articulaires. — Arthrites consécutives. — Variétés.

Conséquences éloignées de l'ostéo-myélite. — Récidives. — Retour des accidents après de longues périodes de repos.

Origine microbienne.

Traitement.

MESSIEURS,

Dans la dernière leçon, je vous ai rapporté l'histoire clinique d'un jeune homme atteint d'une lésion grave du fémur droit, qui réclamait une opération que j'ai pratiquée jeudi dernier.

Je suis loin d'avoir terminé la discussion qu'entraîne cet intéressant sujet : aussi, y reviendrai-je aujourd'hui.

Vous vous rappelez que nous avions conclu à l'exis-



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

remplis par des bourgeons charnus, saignants et mous, de mauvaise nature, qui, aussi bien que des séquestres entretiennent la suppuration et les trajets qu'ils occupent. Chez notre malade, vous supposez l'existence de séquestres multiples, mais le stylet ne vous les fait pas retrouver d'une façon certaine.

Or, ne l'oubliez pas, quand dans votre pratique vous rencontrerez des cas d'ostéite ancienne avec suppuration, et que vous vous verrez obligés de prendre une décision, qu'il s'agisse de séquestres ou simplement d'altérations fangeuses, vous avez le droit et le devoir d'agir, d'intervenir de la même manière dans les deux cas.

C'est pour cela que je me propose de remplir une indication pressante. J'irai, me guidant sur les pertuis où le stylet s'enfonce, à la recherche de l'os malade ; j'ouvrirai les trajets, détruirai les bourgeons charnus, les fongosités; si sur mon chemin je vois des sequestres, je les enlèverai par les procédés d'évidement que vous connaissez ; sinon, je me contenterai de ruginer toutes les parties suspectes et, quoi qu'il arrive, j'aurai fait un travail utile dont la conséquence sera, soyez en sûrs, la réparation de l'os malade et la disparition d'un foyer qui ne tarderait pas à compromettre la vie en altérant les fonctions viscérales.

## DEUXIÈME LEÇON

# Ostéite Epiphysaire.

*(Suite).*

Suite de la physiologie pathologique et de l'anatomie pathologique. — Ostéite suppurative. — Ostéo-périostite albumineuse. — Ostéite gangréneuse. — Ostéite raréfiante et fractures spontanées.

Observation d'ostéo-myélite. — Altérations musculaires et articulaires. — Arthrites consécutives. — Variétés.

Conséquences éloignées de l'ostéo-myélite. — Récidives. — Retour des accidents après de longues périodes de repos.

Origine microbienne.

Traitement.

MESSIEURS,

Dans la dernière leçon, je vous ai rapporté l'histoire clinique d'un jeune homme atteint d'une lésion grave du fémur droit, qui réclamait une opération que j'ai pratiquée jeudi dernier.

Je suis loin d'avoir terminé la discussion qu'entraîne cet intéressant sujet : aussi, y reviendrai-je aujourd'hui.

Vous vous rappelez que nous avions conclu à l'exis-



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

tence d'une ostéite épiphysaire, que cette ostéite avait eu pour conséquence la nécrose d'une certaine étendue du tissu frappé; et j'insistai sur cette nécrose elle-méme pour bien vous faire comprendre sa pathogénie et, par suite, les indications qu'elle pouvait amener. Produite le plus souvent par l'ostéite intense, la nécrose est le résultat de l'hypernutrition qu'elle produit, mais, il ne faudrait pas croire qu'elle est la terminaison obligée de cette ostéite. Bien souvent, l'inflammation entraîne après elle d'autres altérations.

Dans le tissu osseux, le processus inflammatoire se passe comme dans les parties molles; et si vous relevez quelques différences, vous saisirez aussitôt qu'elles sont dues à la structure spéciale de l'os, plus serrée, plus compacte, et à la compression facilement subie par des vaisseaux de toute part étouffés par des éléments cellulaires multipliés à l'infini dans des canaux trop étroits. Restez toujours convaincus que la mort des parties enflammées n'est pas indispensable. Chaque jour, la clinique nous fait rencontrer des exemples à l'appui de cette vérité.

L'an dernier, plusieurs d'entre vous ont pu voir, au nº 25 de ma salle des femmes, une jeune fille qui, dans le cours d'une ostéite épiphysaire du fémur, avait eu, elle aussi, de graves désordres articulaires du côté du genou. Le fémur très tuméfié était douloureux, et le genou avait rapidement offert tous les signes d'une



inflammation violente : sur l'os et dans l'articulation, il y avait non seulement de l'empâtement, mais encore une sensation voisine de la fluctuation; et, cependant, la maladie s'est terminée par la résolution. Sans doute, chez cette enfant, l'ostéite, la périosite n'avaient pas eu la forme suppurative et nous avions surtout affaire à une de ces périostites albumineuses, décrites par Ollier, et dans lesquelles l'exsudat épanché peut subir plus tard un travail de résorption; mais nous ne devons pas oublier que la résolution est rare et qu'il est plus sage de craindre des complications, quand l'inflammation envahit les os.

Souvent l'ostéo-périoste peut se terminer par l'augmentation persistante du volume de l'os dont le périoste fait à peu près tous les frais. L'irritation lui fait avec activité produire de nouvelles couches de tissu qui s'ajoutent aux anciennes, l'exsudat n'est pas résorbé et l'os nouveau reste témoin indélébile d'une inflammation moins violente que tenace.

Très souvent encore, la maladie apparaît avec de tels caractères de violence et d'étendue que toutes les parties intrinsèques de l'os sont atteintes : le périoste, la moelle osseuse et la moelle centrale deviennent le siège d'une violente poussée, et l'os est frappé de mort, il se nécrose. C'est la forme d'ostéite la plus grave, l'ostéite gangreneuse le plus souvent épiphysaire; sa marche est toujours très rapide.

Enfin, Messieurs, si l'inflammation des extrémités

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

osseuses donne lieu à tant d'accidents divers, dont les principaux se résument à une activité formatrice qui est l'hypérostose, la suppuration, la gangrène, il ne faut pas oublier que, dans quelques circonstances, elle peut aussi se terminer par la raréfaction du tissu. L'ostéite raréfiante, résultat fréquent d'un processus irritatif trop longtemps perpétué, a été bien étudiée par Gerdy qui nous la présente avec des canalicules osseux agrandis, un aspect poreux, une légèreté plus grande, et une diminution considérable de la résistance de l'os, diminution telle, que dans quelques circonstances, des fractures spontanées peuvent se produire.

Ollier a déjà cité de nombreux cas de fractures produites par cette altération profonde du tissu osseux à la suite des ostéites anciennes et M. Humbert a également fait connaître, il y a peu de temps, une autre observation semblable. Je tiens beaucoup, Messieurs, à fixer dans vos souvenirs ce dernier genre de lésion, parce que vous vous expliquerez bien un incident opératoire qui vous a frappés jeudi dernier, quand j'opérais le jeune garçon qui fait aujourd'hui l'objet de notre étude. Ceux d'entre vous, en effet, qui sont restés auprès de moi jusqu'à la fin de l'opération, savent que quand j'ai voulu, après avoir enlevé les séquestres, redresser le genou fléchi, un bruit sec, un bruit de fracture s'est fait entendre et qu'aussitôt une coudure s'est produite au-dessus du genou, précisément dans le point où j'avais agi avec la gouge et le maillet, c'est-à-dire dans la partie atteinte d'ostéite. Vous m'êtes cependant témoins que mes manœuvres n'étaient pas violentes et que j'employais une force qui n'était pas de nature à briser un fémur. Si l'os s'est rompu alors qu'il présentait un volume anormal, il fallait de toute nécessité qu'il fût altéré profondément dans sa texture, et certainement c'est la raréfaction établie sur une assez vaste étendue qui seule doit être incriminée. On admet que la contraction musculaire seule, qu'un choc léger agissant sur un os altéré peuvent produire une fracture : à plus forte raison, est-il naturel de penser qu'une force, agissant sur lui pour redresser une articulation fléchie, peut avoir le même résultat.



Pouvais-je, Messieurs, laisser cette articulation dans une attitude aussi fâcheuse ? Assurément non. Les articulations qui, dans ce genre d'ostéite des extrémités, sont, elles aussi, plus ou moins atteintes par l'inflammation propagée, réclament une attention spéciale, si l'on veut faire des opérations utiles qui, tout en supprimant le foyer inflammatoire, rétablissent la fonction du membre.

Rappelez-vous, en effet, l'état pathologique de ce genou. La jambe fortement fléchie presque à angle droit, l'articulation douloureuse immobilisée par des muscles rétractés et amaigris. Ce n'est pas là une exception, un fait extraordinaire que je désire vous

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

présenter; il ne s'agit que d'une complication fréquente dans l'évolution de l'ostéite épiphysaire.

Il est du reste bien facile de comprendre comment une articulation aussi voisine d'un foyer violent d'inflammation peut en subir le retentissement. C'est le périoste qui, dans quelques circonstances, se charge de propager l'inflammation, et alors l'articulation est envahie de dehors en dedans, de la surface vers la profondeur. Ailleurs, elle s'étend à travers l'épiphyse elle-même, qui, sans cesse envahie de proche en proche, finit par déterminer dans la cavité articulaire des altérations d'intensité variable.

Chez ce jeune malade, je crois fort que c'est à ce dernier mode d'envahissement que nous avons eu affaire. J'en trouve la preuve dans le volume considérable du fémur, dans l'hypertrophie des condyles fémoraux saillants au-dessus du tibia, et pourvus d'une sensibilité exagérée que le doigt réveille quand il presse sur eux; dans cette même douleur toujours très vive dans toute la partie volumineuse de l'os, alors que déjà, dans l'articulation, la sensibilité s'émousse et qu'elle devient nulle quand on se rapproche du tibia.

Puisque nous en sommes arrivés à parler de l'arthrite consécutive aux ostéites épiphysaires, laissez-moi de suite vous dire qu'elle peut avoir différentes issues. Tantôt la synovite plastique, tantôt la synovite séreuse ou suppurée surviennent,



et vous conviendrez qu'il y a un haut intérêt pronostique à savoir à laquelle de ces issues on a ou bien on va avoir affaire.

Généralement une douleur peu intense, une marche moins aiguë, l'absence de réaction très vive et d'empâtement autour de la jointure se trouvent en rapport avec l'arthrite séreuse ou plastique; la forme suppurée au contraire sera toujours à craindre quand l'inflammation osseuse est plus rapide, accompagnée de troubles généraux considérables et que l'articulation elle-même se tuméfie rapidement et présente les signes d'une vive réaction.

Mais, Messieurs, ne vous le dissimulez pas, alors même que l'arthrite ne serait pas purulente et n'aurait présenté qu'un simple épanchement séreux ou un exsudat plastique, la fonction peut être troublée, même abolie. Il se produit des adhérences capables de fixer le membre dans l'immobilité. C'était bien l'état de notre jeune malade, qui ne pouvait en aucune manière se servir de son genou rétracté, douloureux, desservi par des muscles en voie de s'altérer toujours davantage. — Cette triste situation a nécessité les manœuvres dont je vous ai parlé il y a un instant, manœuvres, du reste, qui n'ont pu obtenir un résultat complet. J'ai dû m'arrêter pour ne pas amener des désordres plus grands que ceux qui venaient de se produire subitement; mais déjà j'avais en partie redressé l'articulation, le membre était

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

presque droit et j'ai la conviction que, tel qu'il est, il pourra plus tard rendre encore de bons services.

Telles sont les particularités que je voulais, à propos de ce malade, Messieurs, soumettre à vos réflexions. Mais il me reste beaucoup à dire sur ces ostéites et pour ne toucher qu'un des faits les plus intéressants de la clinique, je veux encore vous rappeler une autre observation d'un haut intérêt. Je tiens, en effet, à vous faire remarquer combien ces accidents inflammatoires laissent souvent après eux, dans les os, des productions qui ne suivent pas l'influence heureuse de la résorption, et qu'il est bien rare même que des ostéites épiphysaires qui ont été assez légères pour ne pas nécessiter une intervention n'entraînent pas des lésions fâcheuses pour l'avenir.

On voit souvent l'os rester gros, atteint d'hypérostose très accusée près de l'extrémité et de moins en moins forte à mesure qu'on s'en éloigne ; on voit aussi de la douleur persister, comme si l'inflammation, après s'être calmée, occupait encore son terrain de développement, s'y maintenait à l'état latent, toute prête à faire, à un moment donné, une nouvelle invasion.

Ceci, Messieurs, nous rappelle notre deuxième malade qui représente une de ces ostéites latentes établie à la suite d'une première poussée inflammatoire.



Cet homme a quarante-six ans, il est usé, mais sans décrépitude ; à l'âge de vingt ans, il reçut sur la partie antero-supérieure du tibia gauche un coup de pied de cheval qui brisa l'os. Après cette contusion violente, appliquée sur l'extrémité de l'os, la fracture se consolida pourtant, mais ce ne fut pas sans que deux ou trois esquilles fussent entraînées par la suppuration.

Au bout de trois mois, le malade quittait l'hôpital en bon état et il ne ressentait rien qui pût l'empêcher de reprendre sa vie, ses travaux habituels.

Or, pendant vingt-six ans, cet homme jouit d'une santé excellente ; pas le moindre engourdissement, pas la plus légère douleur ne vinrent l'inquiéter. Il faut arriver à cette dernière année pour retrouver le blessé atteint, dans la même région, par un nouveau coup de pied, sans fracture, mais amenant bien vite de l'inflammation, une collection purulente et enfin un trajet fistuleux.

C'est dans le tiers supérieur de l'os que les lésions se montrent avec la plus grande netteté. Le stylet, pénétrant par un orifice assez large, arrive aussitôt sur un os épaissi, dénudé et tombe ensuite dans un foyer purulent, fongueux, saignant, où il y a un séquestre. Le tibia est très volumineux et la tuméfaction commence de suite aux plateaux du tibia pour s'étendre jusqu'à la partie moyenne de l'os. Dans sa masse, il offre un aspect cylindrique, mais il est peu sensible :

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

la pression seule réveille de la douleur assez vive, dans le voisinage du trajet fistuleux et du foyer qui communique avec lui. Or, le malade nous a affirmé que, depuis le premier accident dont il avait été victime à l'âge de vingt ans, son tibia était toujours resté volumineux. Il y avait donc hypérostose.

Eh bien, Messieurs, toutes les fois que vous verrez de l'hyperostose persistante chez un adolescent à la suite d'une ostéite épiphysaire, dites-vous bien qu'il y a un reliquat inflammatoire qui ne demande qu'une occasion pour produire une inflammation nouvelle et peut-être une nécrose. Toutes les affections inflammatoires des os s'enchaînent, entraînées les unes par les autres et bien souvent, dans ces ostéites graves, l'ostéite juxta-épiphysaire est l'accident qui domine l'étiologie générale; ce sont les accidents éloignés de l'ostéite épiphysaire qui persistent pour donner plus tard de nouvelles manifestations. On en rencontre de nombreux exemples.

Rappelez-vous ce malade qui, l'an dernier, occupa longtemps le n° 10 de ma salle 17. Il avait eu, à l'âge de quinze ans, une ostéite de l'extrémité inférieure du tibia qui s'était rapidement terminée par suppuration, et avait cicatrisé après élimination d'un séquestre. Il guérit bien, mais, pendant vingt ans, il conserva son tibia volumineux, sans douleur, jusqu'au jour où il entra dans mon service pour une entorse en apparence peu grave du pied correspondant. Sous l'influence de cette



entorse, il se développa une inflammation de plus en plus violente aux deux extrémités du tibia malade autrefois et resté volumineux; des douleurs apparurent, douleurs térébrantes qui s'exagéraient la nuit et irradiaient dans les parties voisines; l'ostéite était nette, l'indication était des plus précises, je me décidai aussitôt à trépaner. J'appliquai deux couronnes l'une au tiers supérieur, l'autre au tiers inférieur, et dans ces deux points je découvris une collection purulente. Le malade guérit sans complications.

Je vous citerai encore l'exemple d'un de mes confrères, âgé de quarante-sept ans, qui, à l'âge de treize ans, avait eu également des accidents d'ostéite du côté de la partie inférieure du tibia. Ces accidents n'avaient point eu pour conséquence la nécrose, ils avaient simplement amené de la tuméfaction, de la douleur et avaient ensuite disparu sans laisser de traces douloureuses. Pendant toutes ses études et plus tard, l'exercice pénible de la profession médicale à la campagne, ce médecin n'avait pas souffert, bien que, l'os fût resté gros près des malléoles. Mais, voici que l'an dernier, en montant dans son cabriolet, il se heurte au marche-pied. C'est la partie malade qui a porté sur l'obstacle : elle devient bientôt douloureuse, à la douleur succède la fièvre, puis la souffrance s'exagère et l'état général devient mauvais; l'appétit s'en va, les forces s'épuisent et la maigreur s'affirme tous les jours. L'os était devenu très gros, très sen-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

sible ; il suffisait de percuter sur lui près de l'extrémité surtout, pour réveiller d'atroces douleurs. Je dus, comme chez le précédent malade, intervenir avec le trépan, certain qu'il s'agissait bien encore d'une ostéite de l'adolescence calmée, maintenue, mais, de nouveau provoquée par un traumatisme.

J'incisai sur le point le plus douloureux et le plus saillant au-dessus de la malléole interne, je découvris une surface osseuse rouge recouverte d'une périoste épaissi mais friable : avec la couronne du trépan, je pénétrai dans un foyer inflammatoire où il n'y avait point de pus, mais où le tissu était raréfié, rouge et qui comprenait deux ou trois petits séquestres, reliquats certains de l'ostéo-myélite ancienne, restée latente pendant vingt-cinq à trente ans et reparue enfin après le traumatisme. Ce nouveau malade guérit bien et depuis il a repris sa vie active.

Vous voyez, Messieurs, d'après les exemples que je pourrais multiplier encore, que l'ostéite de l'adolescence est toujours grave dans ses conséquences, qu'elle peut sans cesse se reproduire sous l'influence des causes d'irritation qui peuvent agir sur l'ancien foyer. Les répétitions de l'inflammation osseuse ont vivement préoccupé les histologistes et singulièrement exercé la sagacité de ceux qui recherchent l'origine microbienne des diverses affections. On a invoqué ces réveils de l'ostéo-myélite pour la soutenir, et la manière approfondie dont on a cultivé les microbes recueillis



chez les malades qui en étaient atteints, a des caractères de certitude dans les résultats obtenus qui troublent, s'ils n'amènent pas la conviction.

Il est curieux de voir se reproduire ce microbe dans la culture, qu'il soit le micrococcus pyogène ou autre, et de le suivre indeloculé chez des animaux. Partout il reproduira de l'inflammation, mais cette inflammation sera d'autant plus vive que le microbe aura été déposé sur son terrain de prédilection, sur l'os lui-même. Les observations de Carré, celles de Sorin de Bâle, arrivent à de semblables résultats. Carré, après des inoculations qu'il s'est faites, a vu des abcès du tissu cellulaire, des furoncles survenir, comme si le microbe n'était pas un agent nuisible, propre au tissu osseux, mais bien capable de présider à toutes les phlegmasies. Le fait cependant que l'inflammation est plus vive quand il est inoculé sur l'os, plaide en faveur de sa spécificité. On croirait donc volontiers, que, déposé dans les tissus depuis l'enfance, il peut rester ainsi à l'état latent dans le périoste, la moelle, les candelalicules, jusqu'au jour où une cause d'irritation, un traumatisme interviennent pour déterminer sa multiplication. Ce microbisme latent, qui a eu comme défenseur le professeur Verneuil, est encore une question trop à l'étude et peu étayée sur des preuves, pour que nous l'admettions au nombre des vérités. Voyons plutôt, dans les observations que je vous citais, l'affirmation de ce fait

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

clinique que l'inflammation laisse après elle une épine toujours en éveil pour reproduire les accidents dont elle est le dernier vestige.

Il ne se passe pas autre chose, Messieurs, dans la pelvipéritonite; je ne parle pas de la péritonite puerpérale qui, elle, a des caractères infectieux spéciaux, mais de la pelvipéritonite simple, vulgaire, traumatique si vous voulez. Il est fort rare que les accidents inflammatoires disparaissent sans laisser quelque chose après eux. Ou bien il existera un point induré, ou bien de l'empâtement assez étendu occupera les ligaments larges; la malade est considérée comme guérie jusqu'au jour où un refroidissement, une fatigue, vont servir de prétexte à une poussée nouvelle, quelquefois assez grave.

Ce qui se passe là peut se passer ailleurs, même dans le tissu osseux, et pour l'expliquer vous n'avez pas besoin de recourir au microbe.

Revenons maintenant à l'observation de notre second malade ; car c'est d'elle encore que je tiens à tirer des déductions intéressantes. Les manifestations tardives présentées par ce malade, non seulement me paraissent avoir eu pour cause une oséte-myélite ancienne, mais la cause vraiment déterminante, représentant elle-même le reliquat de l'ancienne ostéite me paraît avoir été un séquestre de date très ancienne. Ceux d'entre vous, en effet, qui ont suivi l'opération, savent que lorsque j'ai, avec la gouge et



le trépan, ouvert le foyer où du pus était infiltré, je suis immédiatement tombé sur un séquestre gros comme une noisette, enclavé dans le tissu enflammé, infiltré d'exsudats.

Je crois que ces corps étrangers, que ces séquestres, peuvent s'enkyster dans les os, s'y ménager, de la part des tissus sains, une tolérance analogue à celle que rencontrent souvent les balles au milieu des parties molles. Un sequestre peut ainsi rester inaperçu pendant de longues années, et ne manifester sa présence qu'au moment où l'inflammation qu'il est prêt à reproduire est de nouveau provoquée par une action extérieure.

En analysant les traits de l'observation, je crois que cet enkystement existait chez notre malade ; en examinant le séquestre lui-même, j'arrive à la persuasion. En effet, ce fragment d'os nécrosé est trop irrégulier sur ses bords, trop poreux, d'une couleur foncée trop différente de la coloration normale des os, pour supposer qu'il est depuis peu de temps séparé de l'os sain. Tous ces caractères nous indiquent qu'il est devenu séquestre à une date ancienne et qu'il est resté, après le premier accident, pendant de longues années, isolé mais silencieux, au milieu des parties saines.

M. Lannelongue, de Paris, a, dans son travail sur l'ostéite, rapporté l'histoire d'une jeune fille, autrefois atteinte d'ostéo-myélite de l'extrémité inférieure du

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

fémur, qui resta ensuite pendant quarante ans sans éprouver autre chose que de petites poussées douloureuses insignifiantes. Mais, après quarante ans écoulés ainsi, elle eut tout à coup une explosion rapide d'accidents inflammatoires qui réclamèrent bientôt l'intervention du trépan. On découvrit trois esquilles d'un certain volume dans le foyer de l'ostéite.

Je crois, Messieurs, que cette observation a, dans le sens que je viens de vous indiquer, un très haut intérêt.

J'en ai maintenant assez dit pour affirmer ma manière de voir et il me semble inutile d'inisister encore. C'est à la question du traitement qu'il faut donner notre attention.

Tout dans le traitement de l'ostéo-myélite ne se borne pas à l'extraction du séquestre quand il s'est formé. Je dois vous dire ce que votre devoir exige que vous fassiez depuis le début jusqu'à la fin de cette grave maladie, car il est très certain que selon l'attitude du chirurgien appelé par le malade, l'affection pourra présenter, par la suite, une issue plus ou moins favorable.

Quand l'ostéite se développe chez un adolescent avec un caractère quelconque, légère ou grave, comme il vous est difficile de prévoir aussi vite ce qu'elle deviendra, quelles seront ses conséquences sur l'avenir des jointures voisines, il faut toujours immobiliser le membre. Quelques topiques tels que l'onguent napolitain et des émollients joints à l'immobilité contribuent peut-être à calmer la douleur et à modérer l'inflammation, et vous restez là, l'arme au bras, surveillant de près l'état général et l'état local.



Quelle liaison entre ces deux états! Vous savez qu'invariablement les signes généraux sont unis à l'intensité de l'inflammation qui, légère, n'entraîne qu'un peu de fièvre et, profonde, ira jusqu'à produire des accidents atoxo-adynamiques d'une extrême gravité. Quand donc vous verrez, averti déjà par l'état général, se produire une tuméfaction notable, diffuse, avec empâtement profond et douleur accentuée, alors, Messieurs, vous devrez intervenir localement pour enrayer bien vite cette inflammation. Mais, si les phénomènes locaux sont peu violents, si la fièvre est peu vive et que tout vous retrace une affection limitée peu considérable, il ne faudra pas vous hâter. Il peut, en effet, y avoir résolution, ou simplement ostéite productive par addition de couches osseuses nouvelles.

Si une intervention trop active, trop rapide, peut être inutile, en revanche, il est bien des circonstances où la main est forcée et où il serait coupable de ne pas agir.

En règle générale, il faut inciser de bonne heure, inciser jusqu'au périoste compris, et, s'il est nécessaire, pénétrer à travers l'os jusqu'au foyer. Agir promptement et très profondément avec le trépan, est, pour M. Lannelongue de Paris, une règle générale. Je ne partage pas complètement cette manière



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

de voir. Je vous conseillerai, Messieurs, d'inciser d'abord le périoste et, ce premier pas franchi, d'attendre quelques heures, quelques jours au besoin. L'incision du périoste peut suffire, et les accidents se calmeront vite après elle; mais si les phénomènes locaux ne cèdent pas, si surtout l'état général se maintient mauvais, avec fièvre ardente et troubles nerveux, ataxiques ou ataxo-adynamiques, vous savez aussitôt que vous n'êtes pas allé assez loin et que vous devez sans hésiter recourir à la trépanation.

Par ce dernier moyen, et, dans tous les cas, par une intervention rapide, vous enrayez le développement de l'ostéite, qui, sans une action prompte et décisive, prendra presque sûrement la forme gangreneuse. Qu'adviendrait-il, en effet, après l'inflammation grave dans un tissu à trame serrée, compacte comme celle de l'os, sinon la mort de ce même tissu ?

Donc, Messieurs, vous agirez et vous agirez vite, certains qu'aucun autre moyen n'est à votre disposition, et que votre hésitation peut être fatale au patient.

Les deux malades qui font l'objet de ces deux leçons sont sortis guéris de l'hôpital. — Le premier, plus intéressant à cause de la fracture qui se produisit pendant l'opération, s'est représenté ces derniers jours (juin 1887) complétement cicatrisé, sa fracture consolidée, et pouvant se servir utilement de son membre qui est dans une rectitude parfaite. Le genou, lui-même, possède quelques légers mouvements de flexion et d'extension.

## TROISIÈME LEÇON

### Sur un cas de tétanos aigu traumatique

Observation d'un malade récemment admis dans les salles. — Examen clinique.

Signes classiques du tétanos aigu traumatique, comparés à ceux qui se trouvent consignés dans l'observation.

Faits révélés par l'autopsie. — Névrite. — Propagation vers les centres démontrée par les pièces recueillies.

Nature du tétanos.

MESSIEURS,

Lundi dernier, il y a par conséquent six jours, entrait dans mon service un homme de trente-sept ans. La plaie qu'il présentait au niveau du pouce de la main gauche a été, vous le savez, l'origine d'accidents inflammatoires et nerveux d'une grande gravité, et je tiens tout particulièrement à vous dire ce que nous devons penser des complications qui ont, dans un si court espace de temps, entraîné la mort.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, cet homme se blessa pendant son travail avec une pointe rouillée qui pénétra profondément dans les parties

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

de voir. Je vous conseillerai, Messieurs, d'inciser d'abord le périoste et, ce premier pas franchi, d'attendre quelques heures, quelques jours au besoin. L'incision du périoste peut suffire, et les accidents se calmeront vite après elle; mais si les phénomènes locaux ne cèdent pas, si surtout l'état général se maintient mauvais, avec fièvre ardente et troubles nerveux, ataxiques ou ataxo-adynamiques, vous savez aussitôt que vous n'êtes pas allé assez loin et que vous devez sans hésiter recourir à la trépanation.

Par ce dernier moyen, et, dans tous les cas, par une intervention rapide, vous enrayez le développement de l'ostéite, qui, sans une action prompte et décisive, prendra presque sûrement la forme gangreneuse. Qu'adviendrait-il, en effet, après l'inflammation grave dans un tissu à trame serrée, compacte comme celle de l'os, sinon la mort de ce même tissu ?

Donc, Messieurs, vous agirez et vous agirez vite, certains qu'aucun autre moyen n'est à votre disposition, et que votre hésitation peut être fatale au patient.

Les deux malades qui font l'objet de ces deux leçons sont sortis guéris de l'hôpital. — Le premier, plus intéressant à cause de la fracture qui se produisit pendant l'opération, s'est représenté ces derniers jours (juin 1887) complétement cicatrisé, sa fracture consolidée, et pouvant se servir utilement de son membre qui est dans une rectitude parfaite. Le genou, lui-même, possède quelques légers mouvements de flexion et d'extension.

## TROISIÈME LEÇON

### Sur un cas de tétanos aigu traumatique

Observation d'un malade récemment admis dans les salles. — Examen clinique.

Signes classiques du tétanos aigu traumatique, comparés à ceux qui se trouvent consignés dans l'observation.

Faits révélés par l'autopsie. — Névrite. — Propagation vers les centres démontrée par les pièces recueillies.

Nature du tétanos.

MESSIEURS,

Lundi dernier, il y a par conséquent six jours, entrait dans mon service un homme de trente-sept ans. La plaie qu'il présentait au niveau du pouce de la main gauche a été, vous le savez, l'origine d'accidents inflammatoires et nerveux d'une grande gravité, et je tiens tout particulièrement à vous dire ce que nous devons penser des complications qui ont, dans un si court espace de temps, entraîné la mort.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, cet homme se blessa pendant son travail avec une pointe rouillée qui pénétra profondément dans les parties

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

molles du pouce près de l'éminence thénar. Il retira le corps étranger mais incomplètement nous dit-il, car il survint presque aussitôt une vive inflammation accompagnée de beaucoup de douleur. Venu trois jours après à la consultation de l'hôpital, il raconta l'histoire de son accident, et le chirurgien consultant n'hésita pas à pratiquer un débridement qui lui permit de retirer un fragment de la pointe qui était resté fixé dans les tissus.

Cette petite opération ne fut pas suivie d'amélioration. Au contraire, les phénomènes douloureux s'accentuèrent, le membre tout entier prit du développement et une rougeur phlegmoneuse apparut, envahissant la main et l'avant-bras jusqu'au coude.

Aussi, le malade voulut-il entrer à l'hôpital quelques temps plus tard.

Avant d'insister sur les détails qu'il convient de donner à la description de la plaie et des complications voisines, laissez-moi tout d'abord vous dire que, deux jours avant son admission dans mon service, le malade avait éprouvé quelques contractions spasmodiques du côté des muscles de la nuque.

Là se bornent tous les renseignements que nous avons pu recueillir : l'état général du sujet vous expliquera bientôt comment il nous était difficile d'être mieux éclairé par lui.

Quand nous l'avons examiné, Messieurs, il s'est présenté avec un membre supérieur gauche dans l'état



suivant : plaie profonde à bords tuméfiés ; rougeur étendue et vive de la main, de tout l'avant-bras ; gonflement très accusé. L'inflammation diffuse n'était point superficielle ; elle avait envahi les couches profondes et déjà sur le trajet des gaînes tendineuses de l'avant-bras, et au-dessus d'elles on pouvait sentir de la fluctuation.

Cet état local, à lui seul, aurait suffi pour expliquer un état général grave, mais cet état général lui-même présentait certains caractères spéciaux, auxquels j'ai hâte d'arriver. En effet, le malade très abattu, très déprimé, avait une rigidité marquée des muscles de la nuque et un peu de contraction des muscles masticateurs. Sans doute, ces derniers accidents nés de la veille lui permettaient encore d'ouvrir la bouche et de déglutir ; mais ils étaient pour nous l'indice d'une complication sérieuse contre laquelle nous avions à redouter de nous trouver impuissants.

Remédier au plus vite à cet état menaçant s'imposait : je fis donc une longue incision sur le milieu de l'avant-bras dans la direction des tendons fléchisseurs, et, après avoir incisé couche par couche, j'arrivai sur une vaste collection de pus phlégmoneux qui s'écoula aussitôt. Je plaçai un gros drain dans la partie inférieure de la plaie et prescrivis une médication basée sur l'association du chloral et de la morphine à fortes doses.

Dans cette petite opération, mon incision côtoya le

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

nerf médian ; malgré toute l'attention que je mis à l'examiner, il me fut impossible de constater s'il présentait un gonflement ou une rougeur anormale, mais il eut été difficile d'affirmer alors que ce nerf ne présentait aucune altération car, le gonflement des tissus, le sang épanché, le pus qui s'écoulait de la profondeur permettaient bien difficilement de porter un jugement définitif sur l'existence d'une névrite.

Messieurs, avant d'arriver à l'examen des pièces qui témoignent des altérations nerveuses centrales et nous expliquent comment, de la plaie, l'inflammation, l'irritation a pu remonter jusqu'aux centres, nous devons étudier certaines particularités cliniques qu'a présentées notre malade dans le cours du tétanos qui l'a tué.

Quand vous avez vu se développer progressivement cette contracture des muscles de la nuque qui fixait la tête et lui donnait une rigidité notable ; quand à cette contracture s'est ajouté le trismus léger, mais enfin le trismus tel que nous le décrivent les classiques ; quand vous avez vu les muscles du visage devenir saillants et donner à la physionomie cet aspect grimaçant qui rappelle le rire sardonique, il n'est entré dans l'esprit d'aucun d'entre vous de douter qu'il avait devant lui un cas de tétanos traumatique.

Et cependant, certains signes habituels de cette affection faisaient complètemeut défaut. Vous n'ignorez pas, par exemple, que, dans le tétanos, le malade,



devenu très sensible aux moindres excitations, entre dans une phase nouvelle de contractions douloureuses toutes les fois qu'un attouchement, qu'un bruit, qu'un mouvement de déglutition vient, par son action réflexe, provoquer la réaction des centres nerveux malades. Or, chez notre blessé, ce signe n'existait pour ainsi dire pas.

Nous pouvions palper le membre malade, exciter légèrement la peau du tronc et des membres, sans provoquer un nouveau spasme. Cependant, il nous a plusieurs fois semblé que la peau de la face faisait un peu exception et que son excitation amenait une plus grande contracture des muscles correspondants.

A supposer que cette dernière particularité nous permit d'affirmer qu'il s'agissait bien d'un cas de tétanos, nous nous trouvions presque aussitôt, dans notre examen, en présence d'un autre signe négatif.

Dans le tétanos, en effet, le pouls devient très rapide et la température s'élève. Hippocrate, en notant ce fait clinique, ne manque pas de signaler comme très prochaine la mort des sujets chez lesquels l'accélération du pouls devient considérable.

Notre blessé n'a pas eu plus de 100 pulsations ; mais me direz-vous, son pouls était irrégulier ? Sans doute, l'observation a relevé avec soin cette irrégularité, mais la réponse est facile. Je crois que cette irrégularité était habituelle, car le blessé, alcoolique invétéré, était depuis longtemps atteint de lésions

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

viscérales que l'autopsie, faite avec le plus grand soin par M. le Dr Courtin, nous a révélées surtout du côté du cœur.

L'accélération du pouls marche ordinairement de pair avec la température. Celle-ci peut s'élever rapidement pour atteindre les chiffres de 41°, 42°, 43° et même 44°. Dans le cas actuel, elle n'a pas dépassé 38°,2. C'est peu, vous le voyez, en face de ces excès de chaleur qui signalent le développement du tétanos.

Après la mort, on voit encore la température s'accentuer pendant les deux ou trois premières heures qui la suivent. Ici rien de pareil ne s'est produit.

Un dernier point reste à considérer : Le tétanos qui apparaît peu de temps après le traumatisme, est généralement d'une extrême gravité, et rarement la mort se fait attendre plus de trois ou quatre jours.

Hippocrate, qui nous a laissé sur cette terrible complication des plaies des aphorismes qui n'ont pas vieilli, juge que la mort, dans le tétanos rapide, arrive vers le quatrième jour, mais que si la maladie dépasse ce terme ordinairement fatal, elle a quelque chance de guérir. Chez le blessé que vous avez suivi, les accidents nerveux ont paru du huitième au dixième jour. Cela pouvait nous faire penser qu'ils ne seraient pas mortels, et avec d'autant plus de raison que les signes généraux dont je viens de vous parler : le peu d'élévation de la température, la contracture légère, la fréquence modérée des battements du cœur, nous offraient le tableau du tétanos chronique.



Cependant, notre malade, dont l'affaiblissement paraissait s'accentuer rapidement, au milieu de la somnolence, en partie produite par le traitement narcotique auquel il avait été soumis, s'est éteint, comme s'il avait été frappé des accidents les plus graves.

Il faut, je crois, Messieurs, tenir compte de l'état général, de l'usure organique qui, depuis longtemps, précédait la maladie actuelle. Le foie, le cœur, les reins étaient gras ; il existait une déchéance organique considérable ne permettant pas de résister à l'affection qui venait de frapper un coup profond sur le système nerveux. Ce malade est mort dans une sorte de collapsus, d'anéantissement ; le trismus ne s'est pas accentué, les muscles de la nuque ne sont pas devenus rigides au point de produire ces attitudes si caractéristiques du tétanos qu'on désigne sous le nom d'opistotonos, le visage est resté le même, légèrement grimaçant, il n'y a point eu de troubles respiratoires, pas davantage d'angoisse diaphragmatique, la dysphagie par contracture des muscles du pharynx ne s'est pas produite. La mort est venue, parce que l'organisme était frappé de lésions profondes graisseuses.

L'autopsie nous a dit tout cela : le foie, très volumineux, était gras, comme l'indiquaient sa couleur, sa

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

résistance affaiblie et les réactions auxquelles on l'a soumis; les reins offraient tous les caractères des reins alcooliques en altération graisseuse plutôt que scléreuse; le cœur était par places infiltré de graisse et la fibre cardiaque était uniformément pâle et décolorée.

Dans ces diverses lésions, nous avions l'explication d'une mort trop rapide pour être seulement produite par le tétanos peu accentué dans ses manifestations, mais bien explicable quand l'usure organique profonde lui était associée.

Le doute n'étant plus permis sur ce point, nous tenions à examiner les nerfs du membre blessé et à rechercher sur eux les traces d'une propagation morbide vers le système nerveux central.

Voici le nerf médian malade et à côté de lui le nerf médian du côté sain. Vous êtes frappés des différences qu'ils présentent.

Celui du côté sain est blanc, d'un aspect grêle; au contraire, celui qu'on a disséqué sur le membre gauche au milieu des tissus enflammés, et même sur le bras qui n'avait pas été envahi par le phlegmon, offre, jusqu'à ses origines dans le plexus brachial, une rougeur anormale et un volume deux fois plus considérable. Cette augmentation de volume est surtout sensible au niveau de la main près de la blessure, mais vous pouvez la suivre facilement jusqu'au plexus. Le nerf est rouge, comme infiltré de sang; il nous



offre tous les caractères extérieurs de la névrite. L'examen histologique viendra certainement nous dire que le névrilème n'était pas seulement atteint, mais que toute la profondeur du cordon nerveux avait participé à l'inflammation. Du reste, nous pouvons déjà voir à l'œil nu l'épaisseur de ce nerf rouge dans son ensemble, sans qu'il nous soit permis d'attribuer cette rougeur à de l'imbibition cadavérique; la comparaison avec le nerf du côté sain est là pour l'attester.

Allant de la périphérie vers les centres, nous voyons le cerveau, la protubérance, le bulbe, la moelle. Ici, l'injection vasculaire est encore indiscutable. Les vaisseaux sont partout gorgés de sang : bulbe, protubérance et moelle sont couverts d'arborisations vasculaires; la partie inférieure de la moelle elle-même, la queue de cheval, présentent une coloration rosée très accentuée. Il ne s'agit certainement pas ici de coloration cadavérique, car ni le lavage, ni le raclage ne peuvent la faire disparaître.

Si maintenant nous voulons tenir compte de l'alcoolisme avec lequel il faut discuter dans l'appréciation exacte des lésions observées, nous verrons que la couleur des différentes parties dont il vient d'être question est bien celle des inflammations, des congestions récentes et que, du reste, à la surface des hémisphères, il y a un épaississement marqué de méninges, véritables traces de désordres produits par

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

l'alcoolisme qui contrastent singulièrement par leurs caractères d'ancienneté avec l'ensemble des modifications inflammatoires nouvelles que je viens d'énumérer et de décrire.

Je ne saurais trop insister, Messieurs, pour vous montrer l'importance que présente cette autopsie. Elle vous apprend comment se fait la propagation de la périphérie vers le centre dans la marche progressive des accidents du tétanos.

L'inflammation par le nerf médian arrive à la moelle cervicale; là, suivant les recherches anatomo-physiologiques de Laborde, se trouve une des origines du trifacial; cette inflammation va donc réagir sur ces origines et amener la contracture des muscles masticateurs; de la même manière et par la même voie, elle atteindra les origines du spinal, tandis que l'innervation des membres sera relativement à l'abri ou du moins ne sera pas atteinte aussi vite.

A l'occasion de ce cas, Messieurs, je ne veux pas discuter devant vous si le tétanos doit être considéré comme le résultat d'une inflammation du système nerveux central, ou d'une intoxication, comme on l'a soutenu en 1870 devant la Société de Chirurgie.

Il conviendrait, en effet, d'étudier si le tétanos n'est pas une maladie infectieuse dont le processus, analogue à celui des agents septiques désignés par Gautier, sous le nom de ptomaïnes, aboutit rapidement à des phénomènes convulsifs. On peut se



demander si, sous l'influence du traumatisme, ne peuvent pas naître des principes analogues aux ptomaïnes; mais cette question doit, pour le moment, rester sans réponse, aucune étude n'ayant encore été faite dans ce sens.

Il en est de même, à mon avis, de la théorie récemment émise sur le caractère contagieux du tétanos et sur sa transmission du cheval à l'homme. En clinique, habituons-nous à ne repousser aucune théorie, mais à observer les faits, attendant qu'ils reçoivent une confirmation de la médecine expérimentale.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

QUATRIÈME LEÇON

## Luxation traumatique de la hanche et du pied.

Observation. — Lésions trophiques, troubles de la fonction consécutifs à une luxation ancienne non réduite.

Luxation ancienne de l'astragale. — Diagnostic différentiel. — Modifications imprimées à l'attitude du pied.

Luxation ancienne de la hanche. — Diagnostic. — Conséquences.

Physiologie pathologique des altérations trophiques observées après ces traumatismes.

Discussion des indications fournies par l'état du blessé.

MESSIEURS,

J'ai fait conduire devant vous un malade qui présente trois lésions anciennes, dont les deux principales, malgré des troubles fonctionnels sérieux, ne sauraient réclamer, après les trois années et demi qui les séparent du traumatisme, une intervention chirurgicale.

J'aurai à discuter l'opportunité d'une opération, et cette discussion mérite bien votre attention.

Il s'agit, en effet, d'un garçon de vingt-six ans, exerçant la profession de tailleur. Sa santé a toujours été bonne. Il y a trois ans et demi, il fit une

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

chute de vingt mètres de haut dans une carrière. On le releva sans connaissance, et, quand il reprit ses sens, il constata que son membre inférieur droit était atteint d'impuissance, fixé dans l'extension, douloureux.

Le membre supérieur du même côté était violemment meurtri, cassé, nous dit-il. En effet, vous voyez encore les traces de cette fracture qui a occupé le tiers inférieur de l'os, laissant après elle une mauvaise consolidation, un cal volumineux et une courbure de l'humérus.

Nous n'avons plus rien à dire de cette fracture mal consolidée, le bras a tous ses mouvements, le cal n'est point douloureux : tel qu'il est, ce membre peut agir.

Prêtez toute votre attention à la double lésion présentée par le membre inférieur, dont les deux articulations tibio-tarsienne et coxofémorale sont évidemment compromises.

Le malade nous raconte qu'après l'accident, il avait la cuisse en extension et qu'il lui était impossible de la mouvoir. J'avoue que l'examen qu'on peut faire de cette partie malade rend tout d'abord suspect ce premier renseignement. Le membre a-t-il été bien réellement en extension avec le déplacement qu'il offre encore aujourd'hui, ou cette attitude étendue est-elle seulement le résultat du traitement qui a été dès le début institué?



Je pense que la flexion de la jambe sur la cuisse peut facilement résulter d'une immobilisation longtemps prolongée dans cette attitude et je ne comprends guère, d'autre part, comment la cuisse, en extension et en abduction, peut avoir subi cette déviation, sans le secours d'un traitement mal dirigé et trop longtemps continué.

C'est, après 70 à 80 jours d'immobilisation, que le sujet a été débarrassé de son appareil, et, si nous en croyons ses affirmations, il était, après cette longue période, dans la situation qu'il offre aujourd'hui.

Examinons de suite, si vous le voulez bien, l'état de ce blessé et recherchons qu'elle a pu être, au début, le résultat du traumatisme.

Nous devons examiner successivement la partie inférieure de la jambe et la partie supérieure de la cuisse. C'est dans ces deux points seulement que vous rencontrez de véritables lésions et c'est là que vous devez agir, si votre examen conclut à une opération efficace.

Outre ces deux lésions de la cuisse et du pied, il en existe cependant une autre, la saillie du genou, fixé par une cause inconnue dans la demi-flexion. Mais vous aurez bientôt raison d'elle et ne vous en occuperez pas davantage que de la fracture mal consolidée. Le squelette a conservé sa forme normale : les têtes osseuses du fémur et du tibia ne sont point déplacées. Vous pouvez encore fléchir ce genou



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

presque complètement; l'étendre est beaucoup plus difficile et vous sentez un obstacle invincible. Cet obstacle vient, en effet, des muscles fléchisseurs retractés qui maintiennent l'attitude vicieuse. Les mouvements communiqués sont possibles, mais ils sont très limités et l'extension, quand vos mains veulent la produire, se trouve bientôt arrêtée par ces muscles, dont la structure est depuis longtemps altérée. Il s'agit certainement d'un accident consécutif aux lésions principales de la hanche et de l'articulation tibio-tarsienne.

Examinez, en effet, cette dernière articulation et le pied : ils vous présentent de nombreux troubles trophiques. La peau est sèche et couverte d'écailles, elle a un aspect crustacé jusque sur les orteils; les ongles et l'épiderme sont durs et épais. La sensibilité elle-même est diminuée ou retardée sur toute l'étendue du pied : j'excite la peau avec l'extrémité d'une aiguille et cette piqûre ne semble agir que lentement ou bien est à peine perçue.

Troubles trophiques, diminution de la sensibilité se trouvent cependant limités à la région du pied. Au-dessus de lui, vers l'extrémité inférieure de la jambe, les tissus sont sains et l'innervation se retrouve intacte. Il faut maintenant rechercher la cause probable de ces altérations et examiner avec soin les traces profondes qu'a laissées là le traumatisme.

Ce pied droit est atteint d'une difformité très accen-



tuée pouvant être désignée sous le titre de *pied-bot-talus*. Vous voyez, en effet, que le talon est saillant, abaissé et qu'une ligne de niveau, passant sur son extrémité, serait plus basse que les orteils; de plus, il se trouve porté, légèrement dévié, vers la ligne médiane du corps, de telle sorte que la courbure interne du pied se trouve augmentée.

Portant vos yeux sur la région dorsale, vous constatez ensuite qu'elle présente en avant de l'articulation tibio-tarsienne une concavité, un creux profond que vous ne sauriez méconnaître, surtout quand vous avez soin de comparer le côté malade au pied du côté sain.

Suivez le bord interne du pied où vous savez qu'il y a une forte saillie osseuse à trois travers de doigt au devant de la malléole interne. Loin de retrouver cette saillie, vous la voyez remplacée par une dépression.

De ces modifications diverses dans l'architecture du pied, il résulte que, dans son ensemble, il est raccourci, tassé avec exagération de ses courbures normales.

Portez enfin votre attention plus haut, vers les malléoles. Du côté sain, elles font une saillie derrière laquelle est une double gouttière limitée par le tendon d'Achille. Ici, il n'y a plus de gouttière entre le tendon et les malléoles, mais au contraire une saillie, une voussure qui déforme singulièrement la partie postérieure de la jambe. Saillie dure, résistante, évidemment formée par une fracture ou un os luxé.

Deux faits vous ont déjà frappés, Messieurs; d'une

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

part, cette voussure anormale retromalléolaire; de l'autre, cet effacement du médio-tarse qui paraît interrompu, comme le prouvent et la dépression dorsale du pied et l'incurvation profonde de son bord interne. Ces deux signes importants qu'a laissés après lui le traumatisme, que vous rappellent-ils ?

Une fracture bi-malléolaire ?

Cela n'est pas possible, parce que, lorsque vous explorez la partie antérieure du tibia, vous trouvez facilement la courbure de ses surfaces articulaires, la mortaise tibiale intacte et saillante sous la peau, et qu'en arrière vous suivez aussi, sans peine, le bord postérieur des deux malléoles, ce qui vous prouve que, dans cette saillie anormale, qui soulève presque le tendon d'Achille, il n'y a rien qui appartienne au tibia ou au péroné !

Si ces deux os ne peuvent être mis en cause, il n'y en a plus qu'un, auquel vous puissiez penser : c'est l'astragale luxé, repoussé par une sorte d'énucléation violente en dehors de la ceinture osseuse où il se trouve pour ainsi dire enclavé.

Cet os repose sur le calcanéum qu'il déborde en dedans et enfonce son extrémité antérieure ou tête dans la concavité du scaphoïde; par sa partie supérieure, il supporte le poids du corps que lui transmet l'extrémité du tibia, et, de chaque côté, il se trouve retenu par les malléoles. Dans cette situation, il ne saurait échapper à ses connexions



normales sans rompre les liens fibreux qui l'attachent, soit en dedans, soit en dehors; sans briser les malléoles qui s'articulent avec lui et, dans tous les cas, il ne pourrait se déplacer sans laisser des déformations considérables portant sur la forme du pied. D'autre part, il ne répugne pas à l'esprit que cet os peut, sous l'influence d'un violent traumatisme, abandonner ses rapports et se déplacer soit en avant, soit en arrière, deux points sur lesquels il jouit d'une liberté plus grande.

Chez le malade, le déplacement a eu lieu, mais l'absence de déformation des malléoles qui ne paraissent pas avoir été brisées et l'aspect de la saillie rétro-malléolaire, enfin l'attitude du pied rappellent qu'il doit exister une luxation incomplète, non pas une luxation du pied, mais une luxation de l'astragale.

La luxation tibio-tarsienne, si elle existait, devrait s'accompagner d'une saillie bien plus considérable du calcanéum et d'un raccourcissement beaucoup plus accusé de la face dorsale du pied, depuis l'articulation tibio-tarsienne jusqu'à l'extrémité des orteils.

Chez notre malade, le calcanéum, en étant abaissé, se continue directement avec la partie postérieure de la jambe, et la pointe du pied est relevée dans l'attitude du pied-bot-talus que vous ne rencontrez point dans les luxations du pied en arrière.

Admettez maintenant que l'astragale a fui de sa

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

loge osseuse pour venir se placer en arrière, qu'il a, dans une certaine étendue, abandonné la mortaise tibiale pour envahir la gouttière limitée par le tendon d'Achille; vous retrouvez alors l'explication de tous les changements d'attitude, de toutes les dépressions ou saillies que vous avez constatées ici.

En effet, dans ce déplacement, la face postérieure de l'astragale et une partie de sa face articulaire supérieure se portent en arrière et s'abaissent pour venir combler l'espace occupé par les vaisseaux et les nerfs. — D'autre part, la tête, perdant ses connexions avec le scaphoïde, il en résultera une dépression profonde dans le point où existait normalement une saillie en avant de la malléole interne sur le bord interne du pied.

Cette tête de l'astragale s'étant ainsi effacée, il y a, pour le pied, une tendance fatale à se renverser en dedans et la courbure du bord interne deviendra plus accusée, comme vous avez pu le voir chez cet homme.

Si vous retrouvez ainsi tous les signes que le simple raisonnement vous fait indiquer comme distinctifs de la luxation de l'astragale, vous devez admettre que, chez lui, cet os a été luxé, luxé incomplètement.

Portons maintenant notre attention vers l'articulation coxo-fémorale. Le membre est fortement rejeté en dehors, en abduction avec rotation externe. Cherchez à corriger ce double déplacement; vous ne le pourrez pas.



Pendant que le malade est couché, faites le retourner pour examiner la partie postérieure du tronc; vous voyez la région fessière aplatie; à la place de la saillie qu'elle forme avec le relief du trochanter, il n'y a plus qu'une concavité marquée. Le pli fessier a en partie disparu et dans le seul point où il existe encore, en bas et en dedans, il est abaissé de deux centimètres et demi.

A première vue, vous vous dites déjà que le fémur doit être déplacé et que sa tête a fui en dedans de sa cavité, faisant ainsi disparaître la saillie du trochanter.

Mais, vous ne devez pas vous contenter d'un examen aussi rapide.

Pendant que le sujet est encore couché dans la même attitude, vous voyez que la colonne vertébrale est atteinte de lordose, c'est-à-dire d'inflexion latérale, de courbure de compensation que le malade a, par habitude, produite pour maintenir son équilibre en s'infléchissant vers la gauche.

Poursuivez le détail de votre observation et faites retourner le sujet. Au lieu de trouver un pli inguinal déprimé en dedans, vous voyez une voussure résistante, profonde, déterminée par une partie osseuse, arrondie et vous concluez aussitôt : la tête du fémur est là. Comparez ensuite le déplacement probable de la tête du fémur avec le relief effacé du grand trochanter : la partie externe de la hanche est aplatie, l'exploration de cette région et de toute la partie

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

externe et supérieure de la cuisse ne vous donne rien de net ; on croit retrouver profondément la saillie du trochanter, mais on ne saurait indiquer sa situation exacte. On peut seulement affirmer que le trochanter est effacé, qu'il a disparu dans les parties molles de la cuisse, entraîné avec le fémur que la violence du traumatisme a déplacé en dedans de sa cavité cotyloïde. Et ce déplacement est réel, Messieurs, et cette tête osseuse retrouvée sous le pli de l'aine est bien la tête du fémur, puisque, lorsque vous saisissez la cuisse et lui imprimez des mouvements, ces mouvements se transmettent à cette saillie.

Il nous est maintenant bien facile d'apprécier exactement la situation qu'elle occupe, et nous pouvons affirmer qu'elle est venue se placer en dedans, vers la partie interne de la fosse ovalaire. Il s'agit donc d'une luxation ischio-pubienne, dans laquelle la tête de l'os serait venue appuyer sur la branche ascendante de l'ischion. C'est qu'en effet vous ne pouvez confondre cette variété de luxation avec la forme ilio-pubienne, dans laquelle la tête du fémur vient se loger sur la branche horizontale du pubis en soulevant ou refoulant l'arcade de Fallope.

Ici, la tête est bien au-dessous du pubis et, dans cette situation, elle imprime au membre tout entier, un mouvement d'abduction compliqué de rotation en dehors. Le grand trochanter ne doit pas être loin de la partie inférieure de la branche ascendante de



l'ischion et le petit trochanter doit se trouver sur un plan plus antérieur. Mais plusieurs points vous échappent et il vous serait, en particulier, difficile de retrouver cette dernière saillie osseuse avec l'arc tendu du psoas au-dessus d'elle : toutes les parties molles ont subi une infiltration plastique, ont contracté de nouveaux rapports qui naturellement effacent aujourd'hui les détails que vous auriez facilement saisis peu de temps après le traumatisme.

Cette luxation, Messieurs, n'est pas restée sans amener autour d'elle et loin d'elle des désordres anatomiques. C'est d'abord l'atrophie de l'ensemble du membre. Les muscles ont perdu leur relief, ils sont maintenant altérés, graisseux, et ne répondent plus à l'électricité : seuls, les adducteurs se contractent encore un peu. J'applique les réophores sur les divers groupes musculaires autres que ces derniers ; à part quelques contractions fibrillaires que, de distance en distance, vous voyez encore, il n'y a plus rien. Les muscles de la jambe eux-mêmes sont absolument perdus : en arrière, ils ont conservé un certain volume, mais là, pas plus qu'en avant et en dehors, ils ne répondent à l'action du courant.

Sans compter que l'état général est mauvais. La face est bouffie, pâle, et le sujet est gras, mais sans couleurs et sans forces. Nous avons appris qu'autrefois il avait eu des troubles nerveux centraux, dont la nature n'a pu être précisée ; ne devons-nous pas

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

nous demander si ces troubles n'ont pas joué, vis-à-vis de l'état actuel, le rôle de causes prédisposantes? Il faut toujours en tenir grand compte pour choisir un traitement.

Quant aux troubles trophiques du pied, leur origine ne me semble pas douteuse; ils s'expliquent fort bien par la pression que le déplacement de l'astragale a fait subir à l'artère et au nerf tibial postérieurs. Il est en effet impossible que cet os, en se déplaçant en arrière, n'exerce pas une pression sur les organes situés dans la gouttière retro-malléolaire; et vous savez que nous n'avons pas pu sentir les battements de l'artère tibiale postérieure derrière la malléole interne. Cette compression ne peut rester sans entraîner après elle des troubles de nutrition.

En présence d'une situation qui laisse un malade infirme, ne pouvant se mouvoir sans béquilles, remorquant un membre dévié dans toutes ses articulations et immobilisé dans ses déviations multiples, par conséquent sans point d'appui; en présence de cette situation, Messieurs, que faut-il décider?

Chez cet homme, plusieurs facteurs importants, capables de modifier vos décisions, doivent être sérieusement examinés.

Prenons d'abord, si vous le voulez, la déviation du genou. Cette attitude demi-fléchie tient à une rétraction pathologique des muscles. Devons-nous faire la ténotomie? Cette petite opération n'offrirait aucune difficulté.



Vient ensuite le pied : on ne peut songer à réduire cette luxation trop ancienne; il serait moins sage encore de penser à extraire l'astragale déplacé, alors qu'il n'amène autour de lui aucune menace d'abcès ou de gangrène. Et d'ailleurs, si le malade pouvait étendre la jambe, son pied, malgré sa déformation très sensible, pourrait, à l'aide d'un appareil prothétique, rendre des services.

Il ressort donc pour nous que l'attitude du genou est curable et que celle du pied ne saurait bénéficier d'autre chose que d'un traitement palliatif.

Que ferez-vous de l'articulation coxo-fémorale? Tous les nombreux procédés de réduction doivent rester impuissants vis-à-vis d'un déplacement qui date de trois ans et demi. Dans ces vieilles luxations, la cavité articulaire se comble, se nivelle, et désormais, elle ne saurait recevoir la tête qui l'a abandonnée.

Est-il possible, cependant, de placer ce membre dans une meilleure attitude?

Il ne faut pas songer ici à la déchirure sous-cutanée des adhérences, telle que le préconise M. Polaillon : elle est applicable aux cas récents. Il faut, je crois, laisser de côté la résection de la tête du fémur, l'ostéotomie sous-trochantérienne et l'ostéoclasie de la base du col. La chirurgie de ces opérations n'est pas cliniquement faite, à en juger par ce que nous savons des résections du col du fémur, pour luxation de la hanche.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Une observation de M. Polaillon rapporte bien un cas de résection, mais, il est à remarquer qu'il s'agit plutôt d'une arthrotomie.

Il y eut septicémie, car le sujet déjà vieux par l'alcoolisme, réparait mal ; et, remarquez, cependant, qu'il s'agissait d'une luxation récente ; or vous n'ignorez pas que notre malade est infirme depuis trois ans et demi.

La résection a été faite par Volkmann et Maccornac chez des sujets en bonne santé, pour des luxations datant : l'une, de six mois, et l'autre, de dix-huit. Ces faits là sont trop peu nombreux pour apporter la conviction immédiate dans les esprits, même quand ils ont le prestige du succès ; nous ne savons au juste ce qu'il faut penser de la résection en pareil cas et, cependant, j'avoue que je n'hésiterais pas si j'avais devant moi un malade désormais condamné à une infirmité aussi pénible que celle d'une luxation non réduite, si sa santé générale se prêtait à ce genre d'intervention.

Mais, Messieurs, voyez l'état de ce malheureux, sans forces, avec un membre inerte. Vint-on à obtenir un succès, que feraient ses muscles atrophiés, quel avantage tirerait-il d'un membre redressé?

Quel que soit le résultat, notre malade ne pourra se séparer de ses béquilles et, dans une attitude quelconque, il traînera un membre inutile et sans mouvement. Il est donc plus sage de ne faire aucune



opération, de laisser le genou dans sa flexion, le pied tel qu'il est, et l'articulation coxofémorale dans son attitude d'abduction avec rotation externe ; il faut, Messieurs, s'abstenir et ne pas (sans espoir) compromettre la vie de cet homme. Rappelez-vous qu'il exerce l'état de tailleur et que, pour son travail, il sera plus avantageux de rester tel qu'il est, avec son membre en abduction et rotation externe.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

# CINQUIÈME LEÇON

## Désarticulation de la hanche.

Observation d'ostéomyélite du moignon après amputation de cuisse. — Suppuration abondante. — Nécessité d'une intervention.

Discussion du mode d'intervention. — La désarticulation seule indiquée. — Choix du procédé de désarticulation de la hanche.

La dissection avec ligature préalable des vaisseaux, d'après les préceptes de M. Farabeuf, est plus sûre.

Quelques modifications à apporter au pansement et à la réunion : Résection de la partie inférieure du sourcil cotyloïdien.

MESSIEURS,

Jeudi dernier, j'ai pratiqué devant vous une grande opération, la plus considérable peut-être de la chirurgie.

J'ai, chez un jeune garçon, autrefois amputé de la cuisse pour une tumeur blanche, fait une désarticulation de la hanche.

Vous étudierez avec intérêt les lésions anatomiques de l'ostéomyélite dont je vous ai parlé dans ces der-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

niers temps, mais que je n'avais pu vous montrer encore.

Un traumatisme, quel qu'il soit, quand il atteint les os chez un adolescent, peut développer des accidents inflammatoires sérieux, surtout quand le tissu osseux souffrait depuis longtemps déjà de lésions chroniques qui avaient préparé le terrain. L'amputation que j'ai dû faire autrefois a sectionné l'os assez haut, et il ne faut plus nous étonner qu'après elle il se soit produit des accidents d'ostéomyélite.

Voici les pièces anatomiques préparées par mon interne, M. Petit. Vous verrez le périoste épaissi, la surface de l'os dénudée dans plusieurs points, et l'os scié dans sa longueur, vous montrant jusqu'à quel point la moelle était infiltrée.

Partout le périoste a perdu sa minceur habituelle : il est infiltré, lardacé, il se détache facilement des surfaces osseuses. Il a disparu dans une grande étendue de l'extrémité supérieure du fémur et l'os, ainsi dénudé, est plus vasculaire, rosé, recouvert de points rouges par dilatation des vaisseaux et élargissement des canalicules osseux. Chez l'enfant, os et périoste présentent une couleur plus rose, bien moins pâle que chez l'adulte; mais, ici, l'injection est tellement accentuée qu'il n'est pas possible de mettre en doute l'inflammation dont les traces sont partout inscrites sous forme de larges plaques rouges et pigmentées.

Je prends séparément les deux parties de ce fémur



scié dans sa longueur : vous voyez alors la moelle et le tissu spongieux du col et de la tête. Le canal médullaire est loin d'offrir partout la même coloration. Rouge vif sur certaines parties, il est ferme et grisâtre ailleurs où le pus s'est produit, détruisant la moelle. C'est donc de l'inflammation déjà suppurée ou prête à produire du pus; et, tout en tenant compte de l'extrême vascularité de la moelle chez les jeunes sujets, vous devez reconnaître qu'une injection aussi vive est le caractère irrécusable d'une violente médullite. Les points jaunes disséminés où le pus s'est produit sont ramollis, crémeux; ils sont très nombreux dans ce qui reste de la diaphyse osseuse, mais on les retrouve encore jusqu'au voisinage du grand trochanter, et le tissu spongieux a cette couleur rouge lie de vin que je vous faisais remarquer il n'y a qu'un instant.

Ce sont là, Messieurs, les caractères anatomiques de l'ostéo-myélite suppurée dont le maximum d'action se concentre sur la moelle, mais qui agit aussi sur toutes les parties constituantes de l'os : périoste, tissu compacte, tissu spongieux, tissu médullaire, comme en fait foi cette pièce anatomique.

Telle est l'ostéo-myélite dont les ravages atteignent la totalité de l'os et qu'on désigne sous des noms divers, pour faire comprendre les variétés qu'elle présente, selon qu'elle s'est plus ou moins localisée sur tel ou tel tissu.

La variété, dont vous avez un exemple sous les



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

yeux, dans laquelle la moelle a particulièrement souffert, est, sans contredit, la plus grave de toutes, parce que l'inflammation bridée par la résistance de l'os amène de larges désordres et a cette tendance gangreneuse que la clinique est trop habituée à reconnaître.

Remarquez, en effet, Messieurs, que les lésions, sur cet os, vont en décroissant de bas en haut et du centre à la périphérie, mais que tout est malade, le tissu compacte comme le tissu spongieux du col et de la tête.

Le tissu osseux rouge et friable se laisse briser facilement par la pince que j'appuie sur lui ; une pression légère suffit pour la faire pénétrer profondément.

Je n'ai plus besoin d'insister. En vous montrant ces graves lésions, outre le désir que j'avais de vous faire connaître l'anatomie pathologique de l'ostéo-myélite, j'avais aussi le devoir de justifier, à vos yeux, la détermination que j'avais prise, ces derniers jours, en pratiquant sur ce malade une désarticulation coxo-fémorale.

Le malade opéré, jeudi dernier, était depuis longtemps dans mon service. Il y a trois ans, il vint nous demander des soins pour une tumeur blanche du genou déjà fort ancienne et compliquée de collections purulentes, *intra et peri* articulaires, avec trajets fistuleux multiples, accidents septicémiques occasionnés



par le croupissement du pus et l'impossibilité où l'on était de déterger suffisamment les clapiers et les trajets fistuleux. Il y avait de la fièvre le soir, et le sujet maigrissait et perdait ses forces.

Je dus amputer la cuisse et remonter très haut, parce que déjà l'inflammation chronique, l'ostéite et la périostite avaient envahi l'extrémité inférieure de l'os ; complication toujours à redouter chez un sujet jeune dont les extrémités osseuses restent peu de temps étrangères à un foyer inflammatoire développé dans le voisinage ou dans l'intérieur d'une articulation.

Après l'amputation, la réunion, que j'avais assurée au moyen de sutures, du drainage et d'un pansement antiseptique très complet, parut se bien faire ; mais, après quinze jours, le trajet du drain ne se fermait pas et les bords de la suture près de l'os s'ouvraient un peu pour laisser écouler du pus ; il y avait tout à coup des frissons, de la fièvre, de l'insomnie ; la langue devenait sèche.

Loin de se calmer, après deux ou trois jours, ces symptômes persistèrent, augmentèrent même et l'état général s'altérait rapidement.

Tout s'expliquait alors par l'état du moignon... Il était douloureux, rouge à son extrémité et au centre des parties molles, tendues et infiltrées ; on sentait le fémur très augmenté de volume. Nous avions la preuve qu'une ostéo-myélite était survenue rapidement

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

sur le point de la section osseuse et s'était propagée à la diaphyse.

Les accidents marchèrent vite, l'état général devint rapidement mauvais. Abcès multiples, fièvre et frissons, dépression des forces, ne laissèrent bientôt aucun doute sur l'existence d'une septicémie qui, dans les jours suivants, s'affirma davantage par l'apparition d'une vaste collection de pus dans le tissu cellulaire de l'avant-bras droit.

Nous ne découvrîmes aucune lésion viscérale ; le foie, les poumons restèrent indemnes, mais la situation se compliquait au point d'inspirer les plus grandes craintes pour la vie de notre opéré.

Cependant, de vastes incisions, des lavages antiseptiques répétés, le drainage dominèrent l'état infectieux et, peu à peu, tout rentra dans l'ordre.

L'opération avait été faite en juillet dernier et il fallut encore un long mois et demi pour arriver à éteindre la violence de l'inflammation. L'appétit revint, l'embonpoint reparut et, si la suppuration s'écoulait toujours par les anciennes incisions qui se transformaient en trajets fistuleux, on pouvait espérer qu'une nécrose limitée se produirait et que le malade achèverait à peu de frais, par la suite, une guérison si laborieusement commencée.

Mais voici que, dans ces derniers jours, les frissons (la fièvre avait une élévation de température de 1 degré et de 1 degré 1/2) reparurent tout à coup.



Remittente d'abord, cette fièvre devint continue en même temps que la suppuration augmentait chaque jour, que l'amaigrissement revenait et que tout le moignon douloureux et tendu reprenait la plupart des caractères qu'il avait présentés lors des premiers accidents après l'amputation. Je constatai alors que la tuméfaction douloureuse occupait surtout l'os et les tissus en contact avec lui et qu'elle remontait bien haut jusqu'au trochanter et très près de l'articulation de la hanche. Tout mouvement qu'on communiquait au moignon provoquait les plus vives souffrances et il semblait que l'articulation elle-même en était le siège.

Par les trajets fistuleux anciens s'écoulait une suppuration abondante, noirâtre, fétide, et la pression sur les parties molles faisait, de toutes parts, sourdre des flots de pus; l'os entier était enveloppé d'une nappe purulente.

Notez, Messieurs, que le traitement antiseptique le plus rigoureux ne parvenait pas à se rendre maître de ces nouveaux accidents. Ni les lavages, ni les pansements réguliers, ni les injections d'éther iodoformé ne pouvaient corriger la putridité de ce vaste foyer; le malade s'affaiblissait rapidement, perdait son appétit, n'avait plus de sommeil, miné par une fièvre vive d'abord, lente plus tard, qui augmentait la soif et troublait le repos et les veilles.

Si rien ne venait mettre un terme à cet état déplo-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

rable, il était donc certain que la mort arriverait et arriverait bien vite. Il fallait, à tout prix, supprimer la cause de l'état septicémique.

Constater l'étendue des désordres, leur violence, la douleur vive dans toute l'étendue du moignon, les souffrances que provoquaient les moindres mouvements volontaires ou communiqués, c'était affirmer que l'os avait, dans sa totalité, été envahi par l'ostéomyélite et sa suppression s'imposait, dès lors, comme indispensable.

Mais, vous le comprenez, il ne pouvait être question d'une amputation simple qui n'eût jamais dépassé les limites du mal et n'aurait eu aucune chance de réussir, fût-elle pratiquée près de l'articulation. La désarticulation coxo-fémorale seule laissait un espoir.

Si je l'ai faite aussitôt, Messieurs, vous pouvez constater que ces pièces anatomiques la justifient pleinement.

Et cependant, quand on est en présence d'une nécessité comme celle qui m'était imposée, de faire, au milieu d'accidents graves, une opération des plus sérieuses, on hésite quelquefois, on craint de voir des accidents immédiats, ou des suites opératoires précipiter la mort. Il faut alors réfléchir, réfléchir vite et demander à l'histoire des grandes opérations ce qu'elle peut nous apprendre.

Prenons, en général, les statistiques de l'amputation coxo-fémorale. Les résultats sont désastreux, car ils donnent 80 0/0 de morts. Je sais bien qu'ils contiennent les cas auxquels la méthode de Lister n'avait pas été appliquée et qu'aujourd'hui la mortalité serait moins grande, mais un nombre assez suffisant de désarticulations n'a pas été pratiqué depuis le pansement antiseptique pour donner, à cet égard, une affirmation.



Il faut, dans l'appréciation de ces chiffres, tenir compte des conditions spéciales dans lesquelles l'opération a été faite. Nous voyons, en effet, que la mortalité change beaucoup, selon qu'il s'agit de traumatismes, de plaies de guerre, de tumeurs ou de lésions osseuses chroniques.

Aux traumatismes et aux plaies de guerre appartiennent les statistiques les plus déplorables.

Pour les tumeurs du fémur, la mortalité diminue déjà et ne dépasse pas le chiffre de 60 à 70 0/0.

Elle descend encore dans les cas de lésions osseuses, de nécroses étendues, puisqu'elle arrive à la proportion de 40 0/0 seulement.

Enfin, dans les cas analogues au nôtre, elle est encore au-dessous de ce dernier chiffre. Les faits ne sont pas nombreux dans lesquels on a désarticulé un simple moignon. La thèse de Hugues, inspirée par Verneuil, contient dix cas et huit bons résultats.

Les mémoires de la guerre de sécession font encore connaître huit opérations analogues et rapportent quatre succès.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Si restreints que soient ces faits, Messieurs, ils portent ce me semble avec eux un enseignement qu'on ne saurait oublier. Ils laissent pleine liberté au chirurgien soucieux de tenter un dernier effort pour sauver la vie d'un opéré, mais ils l'avertissent aussi que quand même, malgré de pressantes indications, l'amputation coxo-fémorale reste toujours une opération d'une très haute gravité.

A quoi tient donc cette gravité et quelles sont les causes de la mort ?

Ces causes sont nombreuses, mais sans contredit, la plus fréquente est l'anémie; anémie produite soit avant l'opération, soit sous son influence immédiate, directe, soit après elle, quand se déroulent des complications inhérentes au traumatisme opératoire.

Avant l'opération : Songez aux plaies de guerre, qui divisant des vaisseaux importants ou laissant sur le champ de bataille un malheureux blessé, longtemps sans secours, amènent de grandes pertes de sang, des hémorrhagies irréparables. Pensez encore aux traumatismes divers qui agissent de la même manière. Voyez aussi les résultats d'une suppuration trop abondante et longtemps entretenue, ou bien encore cet affaiblissement lié au développement d'une tumeur volumineuse qui a miné les forces et détourné pour ainsi dire la nutrition à son profit.

Pendant l'opération, pour peu qu'on n'ait pas recours à certains procédés, à certaines précautions,



pour ménager le sang, fermer au plus vite les vaisseaux béants, l'hémorrhagie est encore là; menaçante et que d'opérés ont succombé bientôt après elle !

Après l'opération, ce sont encore la suppuration, l'état cachectique, résultant des pertes de sang, du développement de la tumeur ancienne, qui ne permettent plus au blessé de fournir des matériaux à la réparation et de se relever du traumatisme opératoire.

L'anémie est donc la grande cause des morts nombreuses que nous font connaître les statistiques. Sur 193 opérés, Hugues constate 127 morts par anémie, 27 seulement par infection purulente et septicémie. Ces chiffres parlent assez haut pour qu'il soit inutile de les faire suivre de longs commentaires.

La septicémie ne saurait, on le comprend, manquer ici parmi les complications d'une aussi vaste plaie. Nous avons l'espoir légitime que son influence se fera de moins en moins sentir, à mesure que les chirurgiens prendront l'habitude de la méthode antiseptique, mais il ne semble pas que, dans le cas particulier de la désarticulation de la hanche, les nouveaux pansements aient encore réalisé de très sérieux progrès.

Bientôt, je vous parlerai de la gangrène toujours à redouter.

Le tétanos, l'érysipèle doivent être rangés à côté de la septicémie; mais, retenons en principe, qu'aucune cause de mort n'est plus importante que l'ané-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

mie et l'hémorrhagie, c'est-à-dire l'anémie que représente la faiblesse d'où qu'elle vienne.

Un esprit pratique a vite tiré de ce qui précède une conclusion rigoureuse. Quand on doit recourir à la désarticulation de la hanche, il faut choisir le procédé qui met le plus sûrement à l'abri des grandes pertes de sang toujours nuisibles, surtout aux sujets déjà épuisés.

Messieurs, repoussez les procédés brillants qui consistent à tailler à plein couteau de grands lambeaux : cette opération rapide de Manec qui, d'un seul coup, prend au-devant de l'articulation toutes les parties molles, divise l'artère fémorale et ses branches, celles de l'obturatrice. Avant que vous ayez eu le temps de relever ce vaste lambeau, toutes ces artères divisées ont donné des flots de sang. Si vous n'êtes pas sûr de vous, si vos aides ne répondent pas à la mission périlleuse que vous leur avez confiée, le malade peut mourir sous votre couteau.

On me parlera de la compression de l'aorte, de la compression de la fémorale au pli de l'aine. Pure théorie que tout cela. Quand vous opérez une femme aux parois abdominales souples et dépressibles, je veux bien que la compression de l'aorte soit possible, facile même, mais aurez-vous toujours de telles conditions? et que ferez-vous, quand vous opèrerez un homme bien musclé ou un sujet chargé de graisse?

Comprimer la fémorale au pli de l'aine ! Mais c'est



se rendre bien mal compte des difficultés de cette opération pendant laquelle vous agissez au dessous de l'arcade crurale, pendant laquelle un aide maintient la cuisse et doit lui imprimer des mouvements destinés à amener la désarticulation rapide. Que fera, pendant ces manœuvres, celui dont les doigts sont chargés d'assurer l'oblitération des vaisseaux, si calme, si bien disposé qu'il soit ? Et comment appliquerez-vous le compresseur mécanique ?

Non, Messieurs, rien de cela n'est pratique et vous devez abandonner la méthode rapide à cause de ses dangers.

A quel procédé recourrez-vous donc ? A celui qui conduit lentement, sûrement l'opération.

Je n'ai pas à passer en revue ici tous ceux qui ont été imaginés : ils sont trop nombreux.

Entre tous, celui qui ménage le sang, rend l'hémostase facile, et permet d'arriver sans détours sur l'articulation, est le procédé de choix.

Cette crainte de l'hémorragie a toujours préoccupé les auteurs et plusieurs d'entre eux ont imaginé des incisions qui l'évitent. C'est ainsi que Guyon conseille d'attaquer l'articulation par la partie externe. Depuis la crête iliaque jusqu'au-dessous du grand trochanter, il fait une grande incision qui écarte les muscles, permet d'isoler le trochanter en le séparant des parties molles prenant insertion sur lui, et conduit ainsi sur la capsule articulaire plus profondément

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

située. Cette incision, qui porte sur une région où les vaisseaux sont relativement peu développés est bonne et met à l'abri d'une hémorrhagie, mais elle rend difficile l'accès de l'articulation, complique singulièrement les mouvements qu'il faut faire pour ouvrir la capsule et désarticuler ensuite.

Pour ma part, j'aime mieux un procédé qui attaque directement les vaisseaux, permet de les voir à découvert, de les lier quand on est arrivé sur eux et je donne la préférence à celui de Verneuil et de Farabeuf, qui réalisent les meilleures conditions en rendant facile ce temps pénible de l'amputation. Les règles tracées par Farabeuf ne laissent rien à désirer; car, d'une opération redoutable, elles ont fait une opération qu'avec un outillage incomplet ou une main moins exercée on doit, sans crainte, hardiment aborder.

Dans le procédé de M. Farabeuf, on agit lentement, à petits coups. On commence par une longue incision qui découvre les vaisseaux fémoraux au-dessous de l'arcade et aboutit en dedans à six travers de doigt au-dessous du pli inguino-scrotal. Après la ligature des vaisseaux, on achève l'incision de la peau en contournant la partie postérieure de la cuisse et en passant à la base du trochanter pour finir obliquement sur le chef de la première incision. On sectionne alors le couturier, le droit antérieur, tous les muscles antéro-externes, liant à mesure les artérioles s'il en est encore qui donnent du sang. Le psoas et le pectiné



désinsérés, on ouvre largement la capsule et on la détache à ses insertions fémorales en dehors et en dedans, pour désarticuler ensuite en coupant le ligament rond. La tête tombe et, d'un coup de couteau rapide et sûr, on tranche tout ce qui reste des parties molles en dedans en suivant au ras les limites du lambeau qu'on avait d'abord tracées sur la peau.

Je vous ai rappelé à grands traits les divers temps de ce procédé. Cela suffit pour vous faire comprendre que, par la ligature, tous les vaisseaux provenant de la fémorale se trouvent fermés au courant sanguin et que vous n'avez pas à redouter ces foudroyantes hémorrhagies que la compression seule ne saurait éviter. Il ne reste de perméables au sang que l'obturatrice des branches de la fessière, la branche descendante de l'ischiatique, et tous ces vaisseaux se trouvent précisément situés dans cette partie interne du lambeau que vous réservez pour la fin et que vous taillez d'une main rapide et ferme. Ils ne donnent que peu de sang et, muni de pinces à forcipressure, vous les fermez aussitôt.

Etes-vous convaincus, Messieurs, qu'en agissant d'après cette méthode, vous vous placez dans les meilleures conditions possibles ?

Mais vous avez vu avec quelle facilité j'ai trouvé les vaisseaux, et les ai liés ; la faible quantité de sang qui s'est écoulée. Je ne crois pas que le malade en ait perdu plus de 120 grammes.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Déjà, dans une autre circonstance, mon ami, le professeur agrégé Piéchaud, a fait dans mon service une désarticulation de la hanche sans la moindre hémorrhagie; moi-même, quelques temps après, j'ai opéré une jeune femme dans des conditions égales.

Ce que vous avez vu, ce que la raison vous dit, doit désormais vous guider vers la méthode rationnelle qui, sans rien perdre comme exécution facile, combat absolument l'anémie.

Si maintenant vous ajoutez que non seulement il faut empêcher l'écoulement du sang, mais encore économiser celui que contient le membre que vous allez enlever en le refoulant de bas en haut, au moyen de la bande d'Esmarck, vous ne pouvez hésiter dans votre choix.

La quantité de sang contenue dans le membre inférieur peut être évaluée à six ou sept cents grammes. Cette quantité, ajoutée à celle que vous empêchez de s'échapper des vaisseaux, arrive peut-être au total de mille grammes, ce qui, je le crois, est très suffisant pour faire délaisser la désarticulation rapide.

Je conviens cependant, que la ligature préventive des vaisseaux fémoraux expose peut-être plus que les autres procédés à des accidents de mortification. Vous avez vu, hier et aujourd'hui, quand j'ai pansé mon opéré, qu'il existe en dehors, sur le bord du lambeau, un liseré brunâtre de tissus mortifiés. Dans les deux cas que je vous citais il n'y a qu'un instant, nous



avons vu, M. Piéchaud et moi, le même accident se produire. Certainement, les troubes apportés dans la circulation par la ligature du vaisseau principal doivent être seuls incriminés, mais y a-t-il là une objection sérieuse contre un procédé qui évite tant d'autres inconvénients plus sérieux encore? Je ne le crois pas, et j'espère que, chez mon malade d'aujourd'hui, la gangrène restera bien limitée, comme cela s'est passé chez les deux autres malades.

Dans cette opération, il est nécessaire d'assurer par un bon pansement l'écoulement des liquides. De gros tubes à drainage placés dans le point le plus déclive sont tout à fait nécessaires. Mais je tiens à ce propos à vous rendre compte d'une modification que j'ai, chez mon dernier malade, apportée au procédé classique. Avant de fermer les lambeaux, j'ai rabattu la partie inférieure de la cavité cotyloïde après avoir d'un seul coup sectionné, d'avant en arrière, les parties fibreuses qui en augmentaient la profondeur. C'est qu'en effet, dans ma dernière opération, je remarquai que du liquide s'était accumulé dans cette cavité cotyloïde; et plusieurs d'entre vous placés plus près de moi, quand j'opérais jeudi dernier, ont très bien remarqué que cette cavité retenait le sang qui s'écoulait ou les liquides dont je me servais pour laver les surfaces du lambeau. Par cette petite section des parties molles et du rebord tranchant de la cavité osseuse, j'ai empêché, rendu impossible cette accumulation des liquides et le

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

drain placé profondément jusqu'au voisinage de l'os recevra désormais tout ce qui pourra s'épancher entre les lambeaux rapprochés.

J'ai terminé, Messieurs, cette leçon qui avait pour but de vous montrer que le chirurgien a le devoir d'agir quand l'indication s'impose quels que soient les dangers à redouter. J'ai voulu faire entrer dans vos esprits la conviction qui m'anime et je ne saurais mieux finir qu'en vous rapportant ces paroles de Verneuil : « La désarticulation coxo-fémorale est considérée comme la plus grave des amputations. Certains chirurgiens seraient disposés à la proscrire, d'autres ne la pratiquent qu'en désespoir de cause, tous en ont grand'peur. »

# SIXIÈME LEÇON

## Sur un cas de coxalgie hystérique.

Observation d'une malade entrée dans la salle 8. — Signes offerts par elle : ils appartiennent à la coxalgie hystérique.

Diagnostic différentiel de cette affection. — Son pronostic. — Son traitement.

Messieurs,

Une de nos malades de la salle 8 me paraît aujourd'hui très digne d'attirer votre attention. C'est une jeune femme de vingt-trois ans, malade depuis trois mois environ, qui ressentit au début de l'affection qui l'amène vers nous, une douleur vague du côté de la hanche droite. Cette douleur, à laquelle elle ne voulut tout d'abord prêter aucune attention, s'exagéra bientôt mais n'entrava pas la marche. La jeune malade continua à travailler jusqu'au jour où le mouvement devint réellement pénible : il y a de cela trois semaines.

Inquiétée par un certain degré de claudication que



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

drain placé profondément jusqu'au voisinage de l'os recevra désormais tout ce qui pourra s'épancher entre les lambeaux rapprochés.

J'ai terminé, Messieurs, cette leçon qui avait pour but de vous montrer que le chirurgien a le devoir d'agir quand l'indication s'impose quels que soient les dangers à redouter. J'ai voulu faire entrer dans vos esprits la conviction qui m'anime et je ne saurais mieux finir qu'en vous rapportant ces paroles de Verneuil : « La désarticulation coxo-fémorale est considérée comme la plus grave des amputations. Certains chirurgiens seraient disposés à la proscrire, d'autres ne la pratiquent qu'en désespoir de cause, tous en ont grand'peur. »

# SIXIÈME LEÇON

## Sur un cas de coxalgie hystérique.

Observation d'une malade entrée dans la salle 8. — Signes offerts par elle : ils appartiennent à la coxalgie hystérique.

Diagnostic différentiel de cette affection. — Son pronostic. — Son traitement.

Messieurs,

Une de nos malades de la salle 8 me paraît aujourd'hui très digne d'attirer votre attention. C'est une jeune femme de vingt-trois ans, malade depuis trois mois environ, qui ressentit au début de l'affection qui l'amène vers nous, une douleur vague du côté de la hanche droite. Cette douleur, à laquelle elle ne voulut tout d'abord prêter aucune attention, s'exagéra bientôt mais n'entrava pas la marche. La jeune malade continua à travailler jusqu'au jour où le mouvement devint réellement pénible : il y a de cela trois semaines.

Inquiétée par un certain degré de claudication que



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

suffisait à expliquer la douleur de plus en plus vive chaque jour, elle n'hésita plus à réclamer son admission à l'hôpital Saint-André où nous la retrouvons aujourd'hui.

L'histoire des débuts est très simple, vous le voyez; j'ajoute que jamais le sujet soumis à notre étude n'a été malade et que ses parents ont toujours joui d'une santé parfaite.

Cette jeune femme est pâle, grasse, à chairs un peu flasques; mais vous ne découvrez aucune cicatrice sur les cornées, point d'érythème ou d'ulcérations au niveau du nez et des oreilles; les ganglions ne sont pas tuméfiés. Par conséquent, vous concluez avec moi qu'il n'existe pas de lésions scrofuleuses et que la tuberculose ne joue aucun rôle dans la maladie locale que nous allons étudier ensemble.

Quand, après ces constatations générales, on examine de plus près la maladie qui nous occupe, on voit, en découvrant les membres inférieurs, qu'il y a entre eux une différence de longueur : à droite, il existe un raccourcissement de cinq centimètres. Le pli de l'aine du même côté est douloureux et la douleur se propage franchement vers le genou correspondant.

Poursuivez maintenant cet élément capital de notre diagnostic : la douleur, et vous verrez que la pression exercée sur la région inguinale l'exagère beaucoup, qu'il en est de même des différents mouvements que



vous imprimez au membre; que toute pression, tout choc dirigé sur le trochanter fait souffrir la malade en augmentant encore cette douleur inguinale; et enfin que la propulsion du membre tout entier, de bas en haut, comme si l'on voulait faire heurter la tête du fémur contre sa cavité cotyloïde, produit encore le même résultat.

Ce sont bien là, Messieurs, les premiers signes d'une affection douloureuse de l'articulation coxo-fémorale, puisque les divers modes d'exploration, les divers mouvements qui visent spécialement l'articulation, produisent une exagération de l'élément douleur.

Mais voici que, nous éloignant un instant de la hanche pour vérifier l'état des parties voisines, nous trouvons que le pourtour de la région qui déjà nous a fourni des signes si précieux, est également douloureux, je dirai même plus douloureux que l'articulation. La région ovarienne droite est des plus sensibles, et chose remarquable, la sensibilité qu'on y retrouve semble, à certains moments, diminuer, augmenter ou se déplacer, si bien qu'il serait difficile de lui assigner un siège absolument précis. Or, Messieurs, cette mobilité est un signe que vous devez inscrire parmi les caractères principaux qui vous serviront tout à l'heure pour formuler un diagnostic exact.

Vous avez vu que j'ai, avec le plus grand soin, exploré la peau des régions fessière, abdominale et

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

lombaire : l'hypéresthésie s'y retrouve indiscutable. Autre signe d'une importance extrême pour asseoir le jugement que vous porterez.

Poursuivons l'examen de notre malade en attachant toute notre attention à l'attitude spéciale du membre inférieur droit. Il est raccourci, vous l'avez vu; mais il est aussi légèrement fléchi sur le bassin, et le genou légèrement porté en dedans, témoigne d'un certain degré de rotation interne.

Nous devions nous attendre à trouver encore des déviations corrélatives du côté du bassin. Et en effet, l'épine iliaque antéro-supérieure est plus élevée; le bassin est remonté à droite; aussi, l'espace compris entre la crête iliaque et la dernière côte est-il notablement rétréci, tandis que du côté gauche il conserve son étendue normale. Enfin il existe une cambrure lombaire qui s'exagère quand on veut étendre le membre et disparait si l'on vient à le fléchir.

Il faut, en effet, remarquer que la cuisse est immobilisée sur le bassin et que les mouvements spontanés ou provoqués déterminent invariablement sur lui des changements d'attitude comme si le fémur et l'os iliaque étaient soudés l'un à l'autre : l'extension surtout le démontre à l'évidence, et nous concluons sans hésitation : ce n'est plus l'articulation coxo-fémorale qui est le centre du mouvement, c'est la colonne lombaire qui maintenant supplée à ses fonctions perdues.



Vous le savez, la malade boite depuis trois semaines; mais si vous la faites tenir debout, que voyez-vous encore? Un seul des membres repose bien sur le sol (le membre gauche), et si vous obligez cette jeune femme à rapprocher le membre droit pour que les deux membres puissent toucher le sol, le côté gauche se fléchit notablement.

Après cet examen, Messieurs, il n'est pas besoin, ce me semble, d'insister davantage pour réunir d'autres signes favorables au diagnostic de coxalgie.

Nous laissons bien loin derrière nous les autres lésions qui peuvent, à la rigueur, se traduire par un tableau clinique analogue, telle que la sacro-coxalgie, les abcès péri-coxaux, les ostéïtes du grand trochanter ou de l'extrémité du fémur. Mais, si nous restons en face du diagnostic de coxalgie, nous devons nous souvenir que coxalgie, dans le sens vraiment clinique, veut dire : affection douloureuse de la hanche, et vous n'ignorez pas qu'à ce titre les lésions nerveuses, rhumatismales, tuberculeuses de la hanche, rentrent de plein droit dans les coxalgies.

C'est à un diagnostic précis qui trace définitivement nos déterminations thérapeutiques qu'il faut maintenant s'attacher.

Eh bien! Messieurs, en étudiant les faits qué nous avions sous les yeux, il m'a semblé qu'un d'entre eux devait entre tous attirer notre attention : je veux parler de la douleur étendue sur plusieurs régions à la

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

fois et variable dans ses manifestations. Ce n'était plus la douleur classique de la coxalgie commune, de l'arthrite en un mot, mais bien celle de l'hypéresthésie musculaire; et de tous les muscles malades autour de la jointure, le carré des lombes était le plus atteint.

Je constatai donc que la douleur, si elle était exagérée par la pression et les divers mouvements, l'était aussi quand on se bornait à un simple attouchement de la peau de toutes les parties voisines de la hanche; symptôme qu'on ne trouve jamais dans l'arthrite coxo-fémorale.

Plus loin, sur la colonne vertébrale, je retrouvai un grand nombre de points apophysaires, correspondant à d'autres points douloureux de la région costale, et aucun d'entre eux ne me parût fixe, parfaitement défini. Ici, comme précédemment, la douleur était instable, passant facilement de droite à gauche, qu'il s'agit de la colonne vertébrale, des côtes ou bien de la peau des autres régions.

Il était donc évident pour moi que l'élément nerveux occupait ici la première place et j'en eus bientôt une autre preuve dans un signe fourni par le système des vaso-moteurs.

Tous, en effet, vous avez été témoins des modifications curieuses présentées tout à coup par la peau, quand nous avons découvert la malade. Sur les membres inférieurs, de nombreuses plaques rouges ont



apparu, et bientôt se sont étendues vers les aines et le ventre : il y avait là, selon l'expression de Brodie, comme de vastes plaques d'urticaire, résultat certain d'une paralysie momentanée des nerfs vaso-moteurs. Séance tenante, j'ai devant vous tracé avec l'extrémité du doigt et l'ongle de longues traînées sur la peau du ventre et de la poitrine, et, bientôt après, des lignes rouges analogues aux taches dont je viens de vous parler, se sont montrées, comme on le voit aux cours d'affections cérébrales graves.

Mais voici qu'une dernière considération vient encore à l'appui de notre manière de voir. Qué sont les troubles fonctionnels, c'est-à-dire quel est l'état des muscles du membre malade? Personne n'ignore avec quelle rapidité les muscles s'atrophient autour d'une articulation malade, et surtout dans la coxalgie. Or, depuis bientôt trois mois que la maladie s'est affirmée, pas un des muscles du membre droit n'est amaigri, frappé d'atrophie.

Du reste, Messieurs, souvenons-nous un instant des caractères généraux qui composent le tableau clinique de la coxalgie tuberculeuse. Le malade est pâle, amaigri, il a de la fièvre, de l'insomnie; son appétit se perd tous les jours davantage : tout l'organisme souffre, entraîné par une pente insensible vers la suppuration. Existe-t-il quelque chose d'analogue chez cette jeune femme? Non : elle est pâle, blonde, un peu délicate, mais elle dort bien, mange avec appétit,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

est régulièrement réglée, ne tousse pas, et conserve ses forces en dépit de la douleur qui l'inquiète et l'immobilise.

Le diagnostic me paraissait certain. Cependant, malgré cet ensemble de symptômes tous très probants, j'ai voulu le compléter par l'anesthésie que vous saviez d'avance devoir nous donner des résultats confirmateurs.

Dans la coxalgie hystérique, en effet, la déviation doit, sous le chloroforme, disparaître absolument sans la moindre manœuvre, ou bien se trouve vaincue par les plus légers mouvements si la contracture durait depuis déjà longtemps. Dans tous les cas, le membre revient à sa place sans qu'il se produise le moindre craquement, le moindre frottement dans l'articulation.

Au contraire, dans la coxalgie, dans l'arthrite vraie, il faut souvent déployer une certaine force pour redresser la déviation qui ne s'efface que très peu sous l'influence de l'anesthésie. Au moment de la réduction on a ordinairement la sensation très nette de craquements, de déchirures, dans l'articulation et autour d'elle.

Chez notre malade, le résultat n'a pas été contraire à notre attente. Les muscles sont devenus flasques et peu à peu, seule, sans effort, l'articulation a repris son attitude normale, le membre a recouvré sa position; seulement, avant que l'anesthésie fût complète, nous



avons vu un instant la contracture abandonner le côté droit pour se présenter à gauche. Plus tard, tout avait disparu pour faire place à une rectitude absolue, à une complète liberté du mouvement.

C'était donc à un état de contracture des muscles coxo-fémoraux que nous avions affaire, et cette contracture était de nature hystérique.

Mais quels sont les muscles plus particulièrement frappés?

Je vous ai, à un moment donné, fait remarquer que les muscles pelvi-trochantériens du côté malade n'étaient guère plus durs que ceux du côté sain, et que le carré des lombes paraissait à lui seul faire ici tous les frais de la déviation, des attitudes vicieuses : il était en effet très douloureux, dur, raccourci.

C'est un fait général, Messieurs, non seulement dans la coxalgie d'origine nerveuse, mais aussi dans toutes les lésions douloureuses de la hanche, que le carré des lombes constitue l'obstacle dont il faut surtout triompher dans les manœuvres de réduction. Et, en effet, n'est-il pas logique de déduire une à une, de sa contracture, les déviations du bassin qui est élevé et en rotation interne, du membre inférieur qui se porte en adduction entraîné par le bassin.

Tels sont, Messieurs, les traits caractéristiques du tableau que je voulais aujourd'hui vous tracer de la coxalgie nerveuse, de la coxalgie hystérique.

Je veux bien que la malade qui nous a fourni l'occa-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

sion de faire cette étude, ne soit pas une grande hystérique; la grande hystérie n'est pas une condition nécessaire qui s'impose dans le diagnostic de la coxalgie nerveuse. D'autres signes plus atténués suffisent. La jeune femme que vous avez étudiée a le clou hystérique, elle pleure et rit sans motifs, est très émotionnable, et à aucun d'entre nous ne viendrait la pensée de nier qu'elle est d'un tempérament très nerveux.

Quel est le sort de pareilles malades? Vers quelle issue marche cette singulière affection? La coxalgie hystérique n'a certes pas la gravité de la tumeur blanche dont les désordres les plus graves ou une guérison relative sont toujours la conséquence; mais rappelez-vous que cette maladie est de longue durée, soumise aux modifications les plus subites, les plus imprévues, ou d'une ténacité telle que la fin ne semble jamais pouvoir en être obtenue. Telle malade guérira insensiblement, tandis que telle autre restera des mois immobilisée ou bien se trouvera un certain jour à tout jamais débarrassée de son mal sans que la thérapeutique ait le moins du monde participé à cet heureux résultat.

Aussi, pensé-je, Messieurs, qu'il faut avant tout s'occuper chez ces malades de l'état général qui devra être soutenu et surveillé avec soin.

Il ne faut pas immobiliser. Les appareils qu'on emploie contre la coxalgie sont destinés à combattre



l'inflammation qui deviendra constamment plus étendue et plus vive, si la jointure peut se mouvoir. Ici qu'est-il besoin d'immobilité quand il n'y a pas d'arthrite? Nous avons de la contracture; eh bien, agissons surtout avec l'hydrothérapie, le massage et l'électricité : les courants continus, surtout, pourront nous rendre des services; c'est à eux que je recourrais de préférence.

Si ce traitement rationnel ne réussit pas, Messieurs, il faut savoir attendre, observer, diriger la malade selon les circonstances, et se renfermer avec fermeté dans la conviction qu'on s'est faite de l'inutilité des moyens employés. Viendra un moment où la maladie guérira seule, comme on l'observe si souvent dans les divers troubles de l'hystérie confirmée.

Après un mois de traitement par les courants continus et le massage, la malade a quitté l'hôpital, débarrassée de toute douleur et de toute claudication; la guérison était complète.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

SEPTIÈME LEÇON

## Luxation incomplète de la rotule en dehors.

Observation. — Examen de la malade. — Diagnostic.
Anatomie pathologique. — Variété des luxations de la rotule.
Mécanisme de ces luxations, pronostic et marche.
Traitement.

Messieurs,

Je me suis, il y a quelques instants, arrêté assez longtemps avec vous auprès d'une de nos malades de la salle 8 qui présentait un traumatisme important de la région tibio-fémorale gauche.

Cette femme est âgée, elle a soixante-dix-sept ans, mais elle est bien portante. Cependant l'examen général que nous avons fait ensemble vous a démontré qu'elle est depuis longtemps atteinte d'un léger degré d'arthrite sèche qui, s'il n'a pas porté une sérieuse atteinte à la santé générale, peut avoir,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

aujourd'hui, une importance dont il faut tenir compte pour le pronostic et surtout pour les difficultés que présentera le traitement.

Vous le savez, en effet, il s'agit d'une luxation de la rotule, et les manœuvres que j'ai faites au lit de la malade, pour obtenir une réduction immédiate, ont échoué.

Les luxations de la rotule ne sont pas si fréquentes que nous puissions les laisser passer sous vos yeux sans insister sur les signes qui les caractérisent et les dangers auxquels elles exposent. Suivez avec moi les détails de cette observation.

Notre malade est tombée en marchant, il y a quatre jours; malgré les nombreuses questions que nous lui avons adressées, il ne nous a pas été possible de savoir comment elle était tombée. Sans doute, son propre poids l'a entraînée en avant, mais elle ne sait pas si son membre a porté sur le sol par la face interne ou par la face externe : elle se souvient seulement d'avoir, au moment de la chute, éprouvé une douleur très vive, et de s'être, immédiatement après, trouvée dans l'impossibilité de se relever seule. Deux personnes durent la prendre par les bras, la dresser peu à peu sur ses pieds. Ainsi soutenue, elle put, paraît-il, faire quelques pas, très lentement. J'attire votre attention sur ce fait qui semble éloigner l'idée d'une fracture, d'une solution de continuité du squelette.



Quand nous avons examiné cette malade ce matin, nous l'avons trouvée dans le décubitus dorsal, le membre blessé dans l'extension. Le genou présentait une teinte ecchymotique à la partie interne; ce qui nous fit tout d'abord penser que peut-être l'articulation avait heurté le sol en ce point. — Le pied était légèrement dévié en dedans comme si le tibia avait subi un certain mouvement de torsion en dedans, tandis que le fémur se serait porté en rotation externe. L'attitude générale du membre rappelait à un faible degré le *genu valgum*.

Portant toute votre attention sur l'articulation elle-même, vous avez ensuite constaté qu'elle était aplatie, élargie pour ainsi dire, mais que cet aplatissement offrait une surface inégale; le genou était un peu déprimé en dedans, tandis qu'en dehors il offrait une saillie manifeste. C'est qu'en effet, la rotule, au lieu d'occuper exactement l'espace inter-condylien, était repoussée en dehors, où son bon bord externe faisait une forte saillie, une arête vive qui surmontait le condyle externe du fémur.

Pour bien reconnaître ce déplacement, il fallait porter les doigts en dedans et rechercher le bord interne de l'os luxé : par le palper méthodique, on ne retrouvait pas, ou bien il fallait fortement déprimer les tissus, et alors on retrouvait son arête profondément enfoncée dans l'espace inter-condylien. Il existait donc un soulèvement du bord externe et

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

un renversement du bord interne, de telle sorte que le condyle externe recouvert par la rotule déplacée nous était caché et que le condyle interne, au contraire, devenait plus superficiel et plus accessible à vos doigts qui pouvaient le contourner absolument.

Tel est, Messieurs, l'ensemble des signes observés chez notre blessée. A ces déplacements, à cette contusion de la région du genou, à cette douleur vive et à cette impotence relative du membre, vous avez tous avec moi reconnu une luxation de la rotule, mais une luxation incomplète, puisque l'espace inter-condylien n'a pas été complètement abandonné par cet os qui conserve encore avec la surface articulaire du condyle externe des rapports suffisants pour nous la cacher tout entière.

Nous nous trouvons en présence de la forme fréquente des luxations de la rotule qui, vous le savez, offrent des variétés assez nombreuses.

La rotule peut se déplacer en dedans et en dehors. Les déplacements externes sont les plus fréquemment observés : Malgaigne pense que la luxation externe complète est la forme la plus ordinaire.

Outre la luxation en dedans qui, elle aussi, peut être complète ou incomplète, on voit quelquefois se produire une luxation verticale dans laquelle l'os se place de champ entre les deux condyles, ou bien une luxation par renversement, ou sens dessus dessous,



où la face postérieure articulaire se place immédiatement sous la peau.

Ces dernières variétés sont rares, et je ne veux pas insister sur les détails qui leur appartiennent : vous les trouverez décrits dans les livres qui traitent de ce sujet spécial.

Revenons aux instants qui ont suivi l'accident : J'ai beaucoup interrogé cette femme pour savoir si, pendant les quelques pas qu'elle a pu faire, aidée par deux personnes qui la soutenaient par les bras, son membre blessé était fléchi ou étendu.

C'est qu'en effet, Messieurs, dans la luxation complète, le membre est ordinairement demi-fléchi, et que dans la luxation incomplète il conserve au contraire l'extension... La malade ne se souvient pas de ce détail, mais ceux d'entre vous qui l'ont vue au moment où elle a été conduite dans mes salles, affirment qu'elle portait son membre dans l'extension. Je crois absolument à l'exactitude de ce renseignement, car si nous réfléchissons à l'aspect du déplacement de la luxation complète, nous voyons que la rotule fortement projetée en dehors forme, avec le triceps et le tendon rotulien qui l'ont suivie, une sorte d'angle qui, par son existence, constitue sur l'ensemble du lien locomoteur dont la rotule peut être considérée comme un os sésamoïde, un raccourcissement évident dont le résultat doit être, de toute nécessité, la flexion. Au contraire, dans la luxation incomplète,



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

les rapports ne sont pas aussi changés : le membre sera bien immobilisé, mais il ne sera pas raccourci, car triceps, rotule et tendon rotulien ont conservé à peu près leur direction normale.

Vous comprenez enfin que, dans les luxations de la rotule, il doive exister des désordres dans les tissus voisins; mais ces désordres varieront avec le degré du déplacement. C'est ainsi que, dans la forme incomplète, tout se bornera à quelques éraillures du ligament rotulien et de la capsule et que, dans le déplacement total, il existera de vraies déchirures. M. Berger a présenté l'anatomie pathologique de six cas de luxations complètes dans lesquels il existait des solutions de continuité profondes de la capsule et du ligament rotulien, et M. Diday a, par contre, cité l'observation d'une luxation incomplète où la capsule n'était point déchirée, mais offrait simplement de petites éraillures.

On comprend très bien que les choses puissent se passer ainsi, c'est-à-dire que la rotule se déplace, même assez loin, sans entraîner après elle de graves désordres. N'est-elle pas, en effet, de toutes parts, entourée par des liens élastiques, et placée au milieu des tissus voisins, dans une sorte d'indépendance qui lui permet ces déplacements?

J'aurais désiré recueillir des renseignements plus précis pour étudier le mécanisme qui a présidé au déplacement de l'os, et vous vous souvenez que notre malade n'a pu nous en fournir aucun.



Est-elle tombée en dedans ou en dehors? Avait-elle la jambe étendue ou fléchie? Nous ne le savons pas, et dès lors il nous est impossible de faire ici la part de la contraction musculaire et du choc direct, de deux forces opposées intervenues brusquement pour chasser l'os dans les régions voisines. Je ne veux pas m'arrêter à l'ecchymose que vous avez vue sur la face interne du genou ; elle n'est pas assez nette, et au surplus ne saurait, par sa présence, nous permettre de rien affirmer.

Streubel, Voillemier, Terrillon ont, sur le mécanisme des luxations de la rotule, émis des opinions diverses. Il me semble que Voillemier a eu raison de dire que la luxation par action musculaire n'était possible que lorsque le membre est fixé dans l'extension. En effet, Messieurs, pendant la flexion, la rotule vient s'enchâsser dans les condyles, elle s'y trouve fixée, et on ne voit pas comment le muscle triceps pourrait, même dans une violente contraction, l'entraîner en dehors de cette situation; quand, au contraire, le membre est étendu, la rotule dépassant les condyles se trouve pour ainsi dire supra-condylienne, et est absolument soumise à l'action des muscles qui peuvent la faire glisser sur les surfaces inclinées du cartilage articulaire de l'extrémité du fémur.

Streubel explique la luxation en dehors avec flexion par l'intervention d'une autre cause. Il admet une torsion du fémur en dehors et du tibia en dedans avec

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

un choc porté directement sur la rotule. Le mécanisme est, vous le voyez, très compliqué. Malgaigne fait intervenir, pour ce même déplacement en dehors, l'action du vaste externe, et Duchesne celle du vaste interne. On s'accorde aujourd'hui à donner au muscle droit antérieur une action importante à cause de sa direction générale de haut en bas et de dehors en dedans.

Après ces théories diverses, nous sommes bien obligés encore d'admettre la prédisposition individuelle qui, dans les déplacements articulaires, exerce une influence si incontestable. Vous citerai-je, pour vous en donner des preuves, le cas dont parle Fergusson, celui que rapporte B. Cooper, de cette jeune fille qui ne pouvait danser sans être atteinte d'une luxation de la rotule. On retrouverait certainement d'autres faits, mais il nous importe peu d'insister sur ces petits côtés de la question.

Un mot du pronostic. Il est variable, très variable. Dans tel cas, vous réduirez avec une facilité surprenante l'os déplacé, même en dehors de toute manœuvre méthodique; dans tel autre, vous échouerez, quelle qu'ait été votre attention à suivre exactement les procédés indiqués par les auteurs. L'insuccès, bien certainement, est proportionné aux désordres, à l'étendue du traumatisme; mais il faut s'attendre à voir déjouées les prévisions cliniques qui semblent s'imposer pourtant en présence d'un cas reconnu facilement réductible.



Quand la réduction a été obtenue, la guérison suit une marche régulière. Il y a cependant un peu d'arthrite, de la gêne dans la marche, mais aucune complication sérieuse. Key signale un cas d'arthrite suppurée; c'est une exception.

Si la réduction n'est pas obtenue, il semble que l'infirmité doit en être la conséquence fatale. Eh bien! non. Les malades, après un temps plus ou moins long, se sont servis de leur membre; ils ont pu marcher, descendre et monter les escaliers. Il n'y a guère que la flexion extrême qui se trouve entravée après ces luxations irréductibles.

Après avoir examiné notre malade, j'ai immédiatement devant vous procédé aux tentatives de réduction, et je me suis tout d'abord adressé au procédé de Valentin. Quel est-il? Il faut placer le membre dans son maximum de relâchement, c'est-à-dire fléchir le tronc en avant, la cuisse sur le bassin, et repousser l'os déplacé vers sa situation normale. Quelquefois, sous la plus légère pression, la réduction se fait tout à coup; mais il arrivera, comme chez notre malade, que le relâchement des muscles ne suffira pas. On doit alors aider la réduction par des manœuvres locales et directes assez énergiques. On saisira la rotule par son bord externe d'une main, tandis qu'avec l'autre on cherchera à relever le bord interne; et, poussant alors vigoureusement de dehors en dedans, on tentera la réduction. Si ces moyens ne réussissent pas, que faudra-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

t-il faire? Malgaigne conseille, pendant que les doigts maintiennent la rotule, comme nous venons de le dire, de faire tout à coup imprimer par un aide un violent et rapide mouvement de flexion à la jambe sur la cuisse.

Nous avons tous été témoins qu'aucun de ces deux procédés n'a réussi. C'est qu'en effet, Messieurs, je reste convaincu de l'extrême difficulté qu'il y a dans certains cas à dégager le bord interne de l'os profondément déprimé vers l'espace inter-condylien; à mesure que l'on imprime des mouvements de propulsion sur le bord externe, le bord interne s'enfonce davantage. Aussi M. Duplay, pour obvier à cet inconvénient, a-t-il, dans une circonstance où il ne pouvait amener la réduction chez une jeune malade, imaginé une double érigne qu'il implanta dans le bord interne de l'os pour le relever et l'attirer en avant. Combinant cette traction en avant avec un énergique mouvement de propulsion de dehors en dedans, il put arriver facilement à un heureux résultat.

Nous trouvant en présence d'un de ces cas où les manœuvres immédiates et simples ne réussissent pas, avant d'en arriver à une opération analogue à celle de M. Duplay, il nous reste un moyen très efficace qui, chaque jour, dans le traitement des luxations, rend les plus grands services. Je veux parler du chloroforme, auquel je suis décidé à recourir.

Je n'insiste pas pour vous faire comprendre



comment, après la réduction d'une luxation de la rotule (surtout quand elle a été laborieuse), vous ferez bien d'immobiliser le membre, de faire quelques applications froides et de surveiller les accidents, heureusement fort rares, qui pourraient se présenter.

L'histoire de ces variétés de déplacements articulaires contient d'autres faits que je dois encore vous signaler. Les chirurgiens ne se sont pas arrêtés à l'expectation quand ils ont eu sous les yeux des cas d'irréductibilité compliqués d'accidents, tels que la douleur, par exemple. Témoin cette dame anglaise qui, souffrant d'horribles douleurs que rien ne pouvait calmer, consentit, sur la proposition de Fowler, son chirurgien, à supporter une opération sanglante. Il coupa d'abord, par la méthode sous-cutanée, le tendon rotulien. Comme la réduction n'avait pas été obtenue, vingt jours plus tard il tentait l'extirpation de la rotule et obtenait un succès; mais la dame devait subir un long traitement de neuf mois, durant lesquels l'usage de son membre lui fut absolument impossible.

Vous saisissez rapidement, Messieurs, la portée d'un pareil traitement. Vous en voyez les dangers, et, pour y recourir, il faut vraiment avoir la main forcée et céder aux instances d'un patient dont la vie se trouve aux prises avec une complication des plus graves. En thèse générale, vous devez envisager la question sous

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

un jour plus simple, et songer avant tout aux procédés de douceur qui vous feront encore obtenir de sérieux succès.

La malade qui a fait l'objet de cette leçon a été soumise à l'action du chloroforme, et la réduction a été facilement obtenue. Cependant les manœuvres de propulsion de dehors en dedans ayant tout d'abord échoué, M. le professeur Lanelongue a songé à imprimer un mouvement de haut en bas et de dehors en dedans au bord supérieur de l'os. Sous l'influence de cette pression combinée avec la propulsion externe, la réduction s'est brusquement produite.

# HUITIÈME LECON

## Sur un cas de fracture de l'atlas et de l'apophyse odontoïde.

Observation d'un malade admis à la salle 17.
Signes observés à son arrivée. — Marche progressive des troubles locaux et généraux après une période de calme ayant succédé au traumatisme (résultat d'une hémorrhagie).
Discussion du diagnostic et du traitement : La compression n'étant pas produite par un os déplacé, mais par du sang épanché, il faut s'abstenir.

MESSIEURS,

Vous avez examiné hier, dans le service, un jeune homme entré la veille pour une lésion traumatique de la colonne vertébrale cervicale et qui a succombé la nuit dernière aux progrès rapides de cette lésion.

L'autopsie sera faite avec soin et je vous montrerai les pièces anatomiques dans la prochaine leçon; mais je veux, tout d'abord, vous redire l'histoire de ce malade et vous rappeler les phénomènes cliniques que vous avez observés.

C'était un jeune homme de dix-huit ans, bien char-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

un jour plus simple, et songer avant tout aux procédés de douceur qui vous feront encore obtenir de sérieux succès.

La malade qui a fait l'objet de cette leçon a été soumise à l'action du chloroforme, et la réduction a été facilement obtenue. Cependant les manœuvres de propulsion de dehors en dedans ayant tout d'abord échoué, M. le professeur Lanelongue a songé à imprimer un mouvement de haut en bas et de dehors en dedans au bord supérieur de l'os. Sous l'influence de cette pression combinée avec la propulsion externe, la réduction s'est brusquement produite.

# HUITIÈME LECON

## Sur un cas de fracture de l'atlas et de l'apophyse odontoïde.

Observation d'un malade admis à la salle 17.
Signes observés à son arrivée. — Marche progressive des troubles locaux et généraux après une période de calme ayant succédé au traumatisme (résultat d'une hémorrhagie).
Discussion du diagnostic et du traitement : La compression n'étant pas produite par un os déplacé, mais par du sang épanché, il faut s'abstenir.

MESSIEURS,

Vous avez examiné hier, dans le service, un jeune homme entré la veille pour une lésion traumatique de la colonne vertébrale cervicale et qui a succombé la nuit dernière aux progrès rapides de cette lésion.

L'autopsie sera faite avec soin et je vous montrerai les pièces anatomiques dans la prochaine leçon; mais je veux, tout d'abord, vous redire l'histoire de ce malade et vous rappeler les phénomènes cliniques que vous avez observés.

C'était un jeune homme de dix-huit ans, bien char-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

penté, à la musculature puissante, n'accusant aucun antécédent pathologique.

Le 24 décembre dernier, c'est-à-dire dix-neuf jours avant son entrée à l'hôpital, ce jeune homme tombe à la renverse d'une charrette, sa tête va frapper violemment contre le sol; il perd connaissance. Lorsqu'il revient à lui, une heure après, il éprouve une vive douleur à la partie postérieure de la région cervicale, sa tête est infléchie à gauche, il ne peut la redresser. Il peut, néanmoins, se lever le jour même; il va et vient dans la maison. Pendant dix-sept jours, il vaque aux soins intérieurs du petit ménage de sa sœur qui l'avait recueilli; il ne ressent aucun trouble en dehors de la douleur cervicale et de l'impossibilité de redresser la tête; toutes ses fonctions s'exécutent normalement; il n'a pas de fièvre, son appétit est conservé, son sommeil est bon.

Le dix-septième jour, vers la fin de la journée, sans accident nouveau, sans mouvement brusque, il commence à éprouver quelques fourmillements dans les membres inférieurs qui deviennent lourds, paresseux, et se paralysent le lendemain, en même temps que la vessie et le rectum. Le surlendemain, les mêmes phénomènes d'engourdissement, de lourdeur, et enfin de paralysie, se produisent progressivement aux membres supérieurs; c'est alors que le malade est conduit à l'hôpital.

Nous constatons une paralysie absolue de la sensibilité et de la motilité des quatre membres, tous les réflexes sont abolis; la vessie, distendue par l'urine dont elle est impuissante à s'exonérer, remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis; l'intestin inerte est météorisé; la paroi abdominale flasque ne réagit pas; lorsque nous pratiquons le cathétérisme, l'urine s'écoule en bavant; les muscles pectoraux ne se contractent point; la respiration se fait exclusivement par le diaphragme, l'insensibilité des téguments remonte jusqu'à la racine du cou. L'intelligence est intacte, la déglutition se fait bien; le malade répond facilement aux questions qui lui sont adressées. Notons encore que la verge est en demi-érection, que la face est le siège de troubles vaso-moteurs se traduisant par la rougeur de ses téguments, par l'injection des conjonctions, par une sueur assez abondante au voisinage du nez, que les pupilles sont resserrées; et l'ensemble de ces constatations nous laisse déjà supposer que nous sommes en présence d'une lésion qui a porté ses effets sur la moelle, dans le voisinage du point que Budge a désigné sous le nom de *centre cilio-spinal*.

Cependant, il n'y a pas de modifications notables du pouls ni des battements du cœur; la température tend à s'élever.

Ces différents troubles fonctionnels qui ont presque la valeur d'une expérience physiologique nous invitent à explorer la colonne cervicale vers laquelle d'ailleurs la douleur accusée par le malade appelle



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

toute notre attention. En découvrant cette région, alors que le malade est couché la tête enfoncée dans son oreiller, nous remarquons que le larynx semble légèrement porté en avant, que la tête est sensiblement infléchie à gauche, mais que le patient peut spontanément lui faire exécuter des mouvements de rotation, très limités sans doute, mais appréciables. Nous le faisons asseoir sur son lit avec les plus grandes précautions exigées par le siège et la nature probable de la lésion et aussi par la crainte instinctive du malade qui a la sensation que sa tête va lui échapper.

Dans cette nouvelle attitude, l'inflexion et la rotation à gauche sont bien plus accentuées; la colonne cervicale présente, vers sa partie moyenne, une profonde concavité à gauche, une convexité considérable à droite. En explorant la série des apophyses épineuses, nous retrouvons, dans leur situation normale, l'arc postérieur de l'atlas, les apophyses épineuses de l'axis, de la troisième et des cinquième, sixième et septième vertèbres cervicales. Seule, la saillie de la quatrième cervicale n'est pas à sa place; une brusque et profonde dépression la remplace et nous la retrouvons, faisant relief vers la gouttière vertébrale droite. Le doigt, porté dans le pharynx et recourbé en bas, rencontre au même niveau une légère saillie, correspondant à la moitié droite du corps de cette même quatrième cervicale.



Dans ces différentes explorations, nous ne constatons pas de crépitation.

De cet ensemble de signes, Messieurs, que devons-nous conclure ? Il me semble que la saillie pharyngienne, le déplacement de l'apophyse épineuse de la quatrième cervicale, coïncidant avec une dépression à gauche et une voussure à droite, dans les points qui correspondent aux apophyses articulaires de cette même vertèbre, doivent vous faire admettre uue luxation de la quatrième vertèbre cervicale, non pas une luxation complète, mais une *luxation unilatérale incomplète*. J'ajoute que ce déplacement s'est produit au moment même où notre jeune malade est tombé sur l'occiput, c'est-à-dire dix-neuf jours avant son entrée à l'hôpital.

C'est à cette époque, en effet, que remontent la déformation et l'attitude vicieuse qui ont suivi immédiatement l'accident et qui depuis ce jour ne se sont pas démentis. Comment se fait-il donc, me direz-vous, que ce jeune homme ait pu, pendant dix-huit jours, avec une luxation vertébrale, aller et venir, s'occuper dans sa maison, n'éprouver enfin aucun trouble dans les fonctions médullaires? Je vous répondrai en vous faisant remarquer que le canal rachidien est, à la région cervicale, beaucoup plus ample que la moelle n'est volumineuse et que par conséquent, si, dans une luxation cervicale complète amenant un déplacement considérable des surfaces osseuses, la moelle doit être

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

immédiatement et fatalement comprimée, elle peut, dans une luxation incomplète, échapper à cette compression.

Or, nous n'avons chez notre malade qu'un déplacement unilatéral de la quatrième vertèbre cervicale qui a subi une sorte de mouvement de rotation sur place, ne diminuant pour ainsi dire pas le calibre du canal rachidien ; il ne faut donc pas être surpris que, pendant dix-huit jours, les fonctions médullaires n'aient pas été troublées. Ce fait, d'ailleurs, Messieurs, est loin d'être unique. Je me rappelle avoir observé, pendant mon internat, un petit jeune homme qui, à la suite d'une chûte sur la tête ressentit dans le cou une vive douleur accompagnée aussitôt d'une attitude vicieuse. Pendant huit ou dix jours, il allait et venait sans éprouver aucun autre trouble et c'est uniquement en raison de la persistance de cette déformation que son père se décida à le conduire à l'hôpital. Les chirurgiens qui l'examinèrent constatèrent une luxation unilatérale incomplète de l'une des vertèbres cervicales, la quatrième aussi si j'ai bonne mémoire ; mais l'absence de tout trouble fonctionnel autre que l'inclinaison latérale de la tête les décida à ne faire aucune tentative de réduction. Le père de l'enfant se retira peu satisfait, et tout aussitôt il se rendit en ville chez un rebouteur bien connu. Ce chevalier... d'industrie qui, s'il n'était pas sans reproche, était au moins sans peur, n'hésita pas à exercer des manipulations vigoureuses sur le cou de cet enfant, et... *crac,* il le redressa.



Rappelez-vous encore ce malade, mon ancien maître de dessin au collège, qui est venu échouer dans mon service, où il a succombé l'année dernière à une vieille affection des voies urinaires. Il avait, lui aussi, une ancienne luxation de la quatrième vertèbre cervicale, bien appréciable à l'exploration, et qui n'avait entraîné, pendant trente ans, qu'une déformation persistante de la région cervicale, sans perturbation des fonctions de la moelle. — En voilà assez pour vous démontrer, Messieurs, que l'histoire de notre jeune malade n'a rien d'exceptionnel, et que l'intégrité de la moelle n'est pas incompatible avec un déplacement partiel de certaines vertèbres cervicales.

Et maintenant, pourquoi, dix-huit jours après l'accident, les choses se sont-elles modifiées? Quel est l'incident nouveau qui s'est produit? On ne saurait, ce me semble, incriminer un déplacement secondaire qui aurait brusquement amené une compression complète de la moelle. L'interrogatoire de notre jeune malade révèle qu'il n'a subi aucune nouvelle violence, qu'il n'a fait aucun mouvement brusque susceptible de compléter le déplacemeut, et que la déformation cervicale n'a pas varié depuis le jour de l'accident. Nous ne pouvons pas songer davantage à une inflammation de la moelle et de ses enveloppes. Il n'y a jamais eu de fièvre, jamais de crampes, de douleurs fulgurantes, ni de contracture.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Si vous vous rappelez les détails de la marche de la paralysie qui n'est pas survenue brusquement le dix huitième jour, mais s'est développée progressivement, quoique avec assez de rapidité, pour frapper successivement et pour ainsi dire par tranches, les quatre membres, de façon à se compléter dans l'espace de quatre jours, ne serez-vous pas obligés de conclure avec moi que l'interruption *progressive* des fonctions de la moelle ne peut être imputée qu'à une cause agissant elle-même sur cet organe d'une façon progressivement ascensionnelle. Or, je ne connais, dans l'espèce, qu'une hémorrhagie capable d'entraîner ce résultat. Je ne pense pas que cette hémorrhagie ait été fournie, comme dans l'exemple cité par Lassus, par l'artère vertébrale, dont la paroi, comprimée par la vertèbre déplacée, aurait pu se mortifier et donner, à la chute de l'escarre, un écoulement sanguin intra-rachidien. Le calibre de cette artère est trop considérable pour que l'hémorrhagie qu'elle aurait pu fournir n'eût pas entraîné une paralysie plus rapide. Il me paraît plus vraisemblable que le sang a dû provenir de l'un de ces nombreux vaisseaux qui forment le plexus intra-rachidien. Quoi qu'il en soit, c'est ce sang épanché peu à peu et secondairement qui a comprimé progressivement la moelle et qui a entraîné la mort lorsque, remontant au-dessus de la vertèbre déplacée, il a compromis définitivement les fonctions du nerf diaphragmatique.



En présence de ces troubles profonds, je me suis demandé si je devais intervenir. Il est probable que je me serais décidé, si la paralysie avait suivi immédiatement le traumatisme. Dans ces conditions, en effet, la vie est directement et si promptement menacée, qu'il vaut encore mieux faire courir au malade les chances d'une tentative de réduction. Si celle-ci réussit, les accidents se calment immédiatement; mais il faut savoir aussi que, pendant les manœuvres, la mort peut se produire subitement. Vous devrez donc toujours, en pareil cas, prévenir l'entourage de la possibilité d'un accident subit et, votre responsabilité ainsi mise à couvert, vous procédez aux tentatives de réduction avec la plus extrême douceur.

Chez notre malade, cette pratique n'était pas indiquée, puisque la compression de la moelle n'était pas produite par la vertèbre déplacée. L'hémorrhagie intra-rachidienne étant admise comme cause de ces accidents retardés, je me suis demandé si la trépanation du rachis ne devait pas être faite; mais j'ignorais l'étendue de cette hémorrhagie et je connaissais d'autre part les résultats désastreux fournis par la trépanation des lames vertébrales; aussi, m'a-t-il paru plus sage, et véritablement plus chirurgical, de m'abstenir.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

NEUVIÈME LEÇON

## Sur un cas de fracture de l'atlas et de l'apophyse odontoïde.

Explications nécessaires sur une erreur de diagnostic commise dans la précédente leçon.

Il ne s'agit pas d'une luxation de la quatrième vertèbre cervicale comme paraissaient le démontrer les signes observés.

Pièces anatomiques. — L'épanchement de sang soupçonné existe en effet, très abondant. — Fracture de l'atlas et de l'apophyse odontoïde.

Causes de l'erreur commise. — Comparaison avec d'autres faits analogues.

MESSIEURS,

Dans ma dernière leçon, je me suis efforcé de vous démontrer que le jeune malade, dont je vous présente aujourd'hui les pièces pathologiques, avait succombé aux suites d'une luxation de la quatrième vertèbre cervicale. Or, examinez les pièces que je vous soumets et vous constaterez que la quatrième vertèbre cervicale

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

est parfaitement intacte et bien en ligne, que ses surfaces articulaires n'ont subi aucun déplacement, que ses ligaments ne sont ni déchirés, ni distendus, qu'elle n'offre enfin aucune trace de violence. Mais, en revanche, vous apercevez des lésions graves du côté des deux premières vertèbres cervicales. L'atlas présente une double fracture dont le trait, coupant en diagonale l'anneau formé par cette vertèbre, divise l'arc antérieur à gauche de la ligne médiane et l'arc postérieur à un centimètre en arrière de la masse latérale droite. Cette fracture, très finement dentée, ne s'accompagne d'aucun déplacement, le périoste intact maintient les fragments. Plus bas, vous voyez l'apophyse odontoïde séparée à sa base du corps de l'axis; mais cette apophyse est exactement retenue, dans sa situation normale, par l'intégrité absolue des ligaments odontoïdiens et du ligament transverse; vous ne constatez, enfin, aucune trace de déchirure sur les nombreuses et puissantes pièces ligamenteuses qui unissent ces deux vertèbres entre elles ou qui les rattachent à l'occipital. Un épanchement considérable remplit le canal rachidien jusqu'au niveau de l'axis; l'artère vertébrale n'est pas lésée ; ni la moelle, ni le bulbe, ne sont altérés. C'est bien l'épanchement sanguin qui a déterminé la mort lorsqu'il est arrivé assez haut pour comprimer les branches originelles du nerf diaphragmatique et suspendre la respiration. C'est, en définitive, le seul point du diagnostic qui se trouve



confirmé par l'autopsie; tout le reste n'était qu'une erreur.

Et maintenant, Messieurs, je dois me demander s'il était possible de reconnaître, pendant la vie, la lésion telle que l'autopsie nous la montre; je m'expliquerai ensuite sur les causes qui ont entraîné une erreur d'interprétation.

Rappelez-vous que les mouvements de rotation de la tête, soit spontanés, soit provoqués, étaient possibles et que, dans leur exécution, aucun craquement n'était perçu ni par le malade ni par nous-même. Or, l'apophyse odontoïde est le pivot autour duquel s'exécute ce mouvement de rotation; la persistance de ce mouvement doit donc, en saine physiologie, indiquer théoriquement l'intégrité de cette apophyse. Comment pouvions-nous supposer que cette intégrité n'était que factice par suite de la non déchirure des ligaments qui ne permettaient ainsi aucun déplacement? Et, de fait, dans les observations analogues à la mienne, la lésion n'a jamais été reconnue qu'à l'autopsie; dans celles où la fracture de l'apophyse odontoïde a coïncidé avec une rupture ligamenteuse, un déplacement s'est toujours produit, lequel a déterminé une compression du bulbe et la mort presque immédiate.

Quant à la double fracture de l'atlas, elle ne s'accompagnait, elle non plus, d'aucun déplacement; le périoste étant intact, les mouvements d'élévation et d'abaissement de la tête étaient possibles, la pression

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

sur l'arc postérieur ne produisait ni douleur ni crépitation; nous manquions donc de tous les éléments qui auraient pu nous la faire reconnaître.

Mais comment cette double fracture, si elle pouvait, si elle devait presque fatalement être méconnue, a-t-elle pu nous induire en erreur et nous faire croire à une luxation de la quatrième cervicale?

La dépression brusque qui existait dans le point où se trouve ordinairement l'apophyse épineuse de cette vertèbre, la présence de cette dernière au centre de la gouttière vertébrale droite, la saillie pharyngienne, l'inflexion latérale du cou persistante et invincible, étaient pourtant des faits bien saisissants et qui semblaient ne pas pouvoir tromper; pourquoi donc, n'étaient-ils, en réalité, qu'une simple illusion? Une seule interprétation me paraît plausible; il faut admettre, je crois, qu'une contracture musculaire du cou a pu produire les apparences d'un déplacement vertébral. La douleur produite par la fracture a déterminé cette contraction musculaire réflexe, instinctive, destinée à immobiliser les fragments.

Il s'est produit là un phénomène analogue à celui qui, dans la coxalgie, amène la déviation du bassin qui en a si longtemps imposé à nos pères pour une véritable luxation de la hanche. Dans le pied-bot, qu'il soit paralytique, qu'il soit spasmodique, ne voyons-nous pas aussi se produire des attitudes vicieuses du pied qui finissent à la longue par mettre



en relief certaines saillies osseuses comme dans les déplacements véritables?

Une observation de Vanderpool ressemble de tous points à la mienne. Un jeune homme fait une chûte sur la nuque; il se relève avec une déformation de la partie moyenne de la région cervicale, des douleurs, puis plus tard de la paralysie. La déformation persiste, on craint une fracture de la quatrième cervicale avec déplacement latéral.

Six mois plus tard, le malade succombe et on trouve, à l'autopsie, une fracture de l'apophyse odontoïde avec conservation de tous les ligaments. La quatrième vertèbre incriminée n'était ni fracturée, ni luxée. La contracture musculaire en avait imposé.

Je n'insiste pas plus longtemps, Messieurs, j'ai plaidé peut-être trop longuement les circonstances atténuantes en faveur de mon erreur de diagnostic. Je ne veux pas l'excuser; j'ai voulu simplement l'expliquer afin que, prévenus, vous soyez mieux en mesure d'éviter une erreur semblable.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

DIXIÈME LEÇON

## Epithélioma du maxillaire inférieur

Observation. — Signes spéciaux qui démontrent bien que l'affection a pris naissance au centre même de l'os.

Explications fournies sur ce début exceptionnel et diagnostic différentiel établi facilement d'après les traits saillants de l'observation.

Comparaison de ce cas avec une autre tumeur du maxillaire supérieur actuellement en traitement dans le service.

Pronostic et traitement : Résection de la partie correspondante de l'os.

MESSIEURS,

Deux malades atteints, l'un d'une tumeur du maxillaire supérieur, l'autre d'une tumeur du maxillaire inférieur, sont entrés, il y a peu de jours, dans notre salle 17. Nous les avons examinés ce matin devant vous, et s'ils n'ont pas, au point de vue clinique, une importance égale, il n'est pas sans intérêt d'établir entre eux un parallèle qui fera mieux ressortir la question du diagnostic.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

J'insisterai plus spécialement sur le dernier, car il doit subir, jeudi prochain, une opération grave : la résection du maxillaire inférieur.

C'est un homme fort âgé (quatre-vingt-un ans), mais sa santé générale est parfaite, et, s'il cachait son âge, on ne lui donnerait pas plus de soixante à soixante-cinq ans. Outre cet aspect extérieur, qui nous avertit que les années ont passé sans laisser après elles de sérieuses lésions d'organes, cet homme a bon appétit, bon sommeil, une certaine vigueur musculaire. On n'est pas surpris de ne retrouver dans ses ascendants aucun état pathologique transmissible et d'apprendre que jamais il n'a eu lui-même de maladie grave.

L'affection chirurgicale pour laquelle il est entré à l'hôpital Saint-André, remonte à quatre semaines seulement. En interrogeant l'histoire de ses antécédents avant cette date récente, on n'obtient rien, si ce n'est qu'il était grand fumeur et avait perdu toutes ses dents.

Il y a donc quatre semaines, il éprouva une douleur assez vive aux gencives, dans la région de la deuxième petite molaire droite, douleur qui devint rapidement très vive, surtout pendant la mastication. Le point douloureux, en peu de temps, se couvrit d'une ulcération, et la gencive ulcérée donna issue à un fragment de dent ou vieux chicot jusque-là caché dans sa profondeur.

Presque aussitôt la plaie laissait passer un gros



bourgeon charnu qui prit un grand développement, était douloureux, saignait au moindre contact et répandait sans cesse dans la bouche un ichor fétide.

Inquiété par l'évolution d'une affection aussi gênante et aussi douloureuse, le malade alla consulter un médecin qui lui conseilla de venir me demander mon avis. Quand je l'examinai, il y a quinze jours, on voyait déjà les téguments de la face soulevés par une tumeur sur laquelle ils glissaient, et, dans la bouche, on retrouvait une ulcération grisâtre, à bords déchiquetés, qui avait envahi les gencives et le vestibule de la bouche.

Ce malade est entré ces jours derniers dans la salle 17 : vous l'avez étudié, et c'est de la situation grave où il se trouve maintenant que je veux vous entretenir.

Le maxillaire inférieur, dans sa partie droite, est augmenté de volume. La tuméfaction n'a pas gagné la totalité de l'os, elle occupe seulement sa partie moyenne à égale distance du menton et de l'angle de la machoire. Aussi, la face est-elle franchement asymétrique, et voit-on que les téguments de la joue sont soulevés, comme vous avez pu le constater quand, pour la première fois, le malade vint me demander mon avis. Au-dessous de la peau, on devine la présence d'une tumeur, et bientôt les doigts peuvent constater que, dans une étendue de quatre centimètres

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

carrés, les parties molles de la joue sont adhérentes, solidement fixées au néoplasme. Il y a de la rougeur et de la sensibilité dans le même point, signes nouveaux rendus plus sensibles encore par une ulcération d'un centimètre à peu près, dont les bords amincis et irréguliers laissent voir des bourgeons fongueux, saignant facilement, au travers desquels le stylet peut s'enfoncer dans la direction du maxillaire inférieur. Je n'ai pas poursuivi bien loin mes recherches avec le stylet, car elles me paraissaient inutiles, et d'autres caractères s'offraient qui vont maintenant me permettre de formuler mon diagnostic.

La bouche largement ouverte, on voit aussitôt une large ulcération qui, de la première molaire, s'avance jusqu'à la branche montante; tout le bord alvéolaire est détruit.

Cette ulcération n'a pas un aspect uniforme. Son fond est généralement grisâtre, mais tandis que certains points sont recouverts d'un enduit épais ou qu'ils se trouvent remplis de bourgeons pâles, sur d'autres la couleur est rouge violacé; partout, le suintement sanguin se produit avec une grande facilité, puisqu'il suffit de toucher l'ulcère avec l'extrémité du doigt pour voir le sang s'écouler.

Les bords sont amincis, festonnés, très irréguliers comme ils le sont dans une plaie de mauvaise nature. Ils s'arrêtent en avant, près de la dent canine, contre laquelle ils se renversent en dehors; nous connaissons leurs limites postérieures; en dedans, ils occupent le sillon lingual; en dehors, enfin, ils descendent bien au-delà des gencives pour occuper tout le sillon muqueux du vestibule de la bouche qui se trouve ainsi comblé par des élevures, des saillies indurées, sorte de bourgeonnement qui n'est que la continuation de celui que vous avez vu sur toute la ligne horizontale de la machoire.



Quand on cherche à vérifier les rapports que la joue, son ulcération et le bourgeonnement de la cavité buccale peuvent avoir entre eux, on reconnaît aussitôt que les parties molles sont absolument fixées et qu'il y a union intime entre tous ces tissus, de telle sorte que l'ulcération des téguments ne peut être que l'épanouissement de l'ulcère de la bouche.

Si l'ensemble ne fait qu'un seul et même bloc ulcéré à sa surface du côté de la bouche, induré dans sa profondeur, il est aisé de comprendre que le maxillaire placé au centre de la tumeur présente de sérieuses altérations. Il est en effet volumineux, mais la tuméfaction a surtout envahi sa surface externe; la surface interne à part les bourgons qui la recouvrent n'a pas de relief sensible, seul le bord inférieur est surbaissé, plus large et se continue avec la saillie formée en dehors par la tumeur.

Enfin, Messieurs, la région sus-hyoïdienne est libre; vous n'y retrouverez aucun ganglion.

Les troubles fonctionnels apportés dans la région

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

malade sont intéressants à étudier. Je me suis occupé de rechercher si la sensibilité de la peau n'était pas troublée. Le nerf mentonnier, branche du dentaire inférieur, donne de nombreux rameaux aux téguments et si, dans une affection du maxillaire inférieur, vous constatez qu'il y a de sérieuses modifications de la sensibilité, vous pourrez en conclure que, dans leur continuité, les deux rameaux nerveux se trouvent compromis... Chez notre malade, il n'existe point d'anesthésie; mais la sensibilité est déjà pervertie. En comparant successivement ce que donnaient les piqures sur les deux côtés de la face, j'ai constaté d'une manière très nette qu'à droite la sensibilité était moins forte ou du moins très retardée : preuve évidente que l'ulcération de la bouche n'a pas borné ses ravages à la surface de l'os, à la muqueuse qui la recouvre, mais s'est avancée profondément ou, ce qui est plus exact, qu'un néoplasme développé dans l'intimité du maxillaire est venu plus tard envahir sa surface.

Ce dernier trouble s'accompagne de douleurs très vives, lancinantes dans l'épaisseur de la machoire et irradiées dans l'épaisseur de la lèvre inférieure.

Tels sont les caractères cliniques. Suffisent-ils pour porter un diagnostic exact? Je le crois. Cette tumeur ulcérée est de celles que vous pouvez *à priori* reconnaître, sans vous occuper d'une longue discussion.

Si n'étaient les difficultés et les surprises de la clinique qui vous réserve toujours une erreur, même dans les cas les plus simples, quand vous n'avez pas le soin de discuter tout ce qui peut entre vous et l'évidence jetter l'ombre d'une incertitude, vous pourriez affirmer, mais souvenez-vous qu'il est plus sage de poursuivre l'erreur dans ses derniers retranchements.



Or, chez cet homme, un fait insolite s'est produit. Cette tumeur a évolué comme une affection aiguë, en quatre semaines; les bourgeons charnus, qui les premiers ont paru, ont été accompagnés de l'expulsion d'une racine, d'un chicot. On doit se demander s'il ne se serait pas agi là d'une périostite alvéolo-dentaire entretenue par ce fragment de dent, et si le travail inflammatoire n'a pas pu amener une ulcération qui a eu pour résultat le trajet fistuleux de la joue, comme cela se produit si souvent.

Arrivez auprès de ce malade, Messieurs, écoutez la lecture de son observation, explorez avec vos doigts si vous le voulez encore, sans regarder l'aspect de la plaie, en fermant les yeux : vous aurez peut-être cette dernière opinion. Mais quand on voit, qu'on regarde les caractères de cette surface ulcérée, jamais on ne pense à la périostite, à l'ostéïte, à l'inflammation.

Dans la périostite alvéolo-dentaire, vous rencontrez une ulcération, je le veux bien, mais une ulcération avec surfaces saignantes et pus en excès, vous n'avez pas comme ici des bourgeons durs qui tendent à tout envahir, des bords indurés et déchiquetés.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Ne considérant que la plaie de la peau, il est inadmissible que cette plaie provienne d'une ulcération inflammatoire, car elle aurait été précédée d'un abcès, tandis qu'elle s'est lentement produite, sous l'influence d'un envahissement progressif de la tumeur née dans la bouche.

Ajoutez encore que le nerf dentaire est profondément altéré, et vous aurez une nouvelle preuve contre la périostite.

Vous avez donc éliminé cette première idée de la périostite alvéolo-dentaire. Que vous reste-t-il? Rien autre chose que le cancer.

Penseriez-vous à d'autres tumeurs, au fibrome, par exemple? Son lent développement, l'absence d'ulcération, le volume du maxillaire qui serait comme boursouflé, sont des caractères que vous ne retrouverez point ici.

Il en est de même de l'enchondrome très lent dans sa marche et très volumineux ensuite.

J'ajoute que le sarcome, outre qu'il prend des proportions beaucoup plus considérables, s'étale en surface et s'ulcère bien plus lentement.

Le second malade que vous avez examiné ce matin présente aussi une vaste ulcération de la bouche. Son maxillaire supérieur en a été le point de départ et presque toute la cavité buccale est envahie par une masse énorme irrégulière, tardivement ulcérée et déjà saignante, molle, bourgeonnante; la joue est au loin



refoulée. Le sujet a trente-six ans : c'est l'âge du sarcome.

Mais ici, les conditions sont tout autres. Vous avez affaire à un vieillard très âgé et vous ne devez pas oublier que, passé la cinquantaine, on n'a plus de sarcome, mais seulement du cancer.

Cancer du maxillaire inférieur, tel doit être le diagnostic. Il nous reste à préciser la nature du cancer.

Je vous ai signalé la marche aiguë qu'avait eue dès son début cette tumeur. Elle paraît avoir évolué en quatre semaines pour prendre bientôt un rapide développement : on ne peut qu'en être surpris surtout si l'on admet l'opinion que je vous ai proposée, car le cancer ne marche pas en général aussi vite, et si, une fois entre autres, il prend une évolution rapide, ce sera ordinairement chez un jeune sujet, et non chez un vieillard.

Sur les deux maxillaires, toutes les variétés de cancer ont été observées, mais l'encéphaloïde et l'épithélioma sont les deux formes de beaucoup les plus fréquentes. Le squirrhe est une rareté que de vieilles observations seules ont indiquée, mais que nous ne connaissons plus depuis que l'histologie pathologique a fait justice d'exceptions cliniques qui n'étaient que des erreurs. Pour ma part, je n'ai jamais vu de tumeurs des maxillaires qui eussent avec le squirrhe des traits de ressemblance.

Notez encore que si on a quelquefois, mais fort



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

rarement, observé sur ces os des tumeurs mélaniques c'était encore non pas du vrai cancer mais du sarcôme. Aussi le diagnostic ne peut-il hésiter qu'entre l'encéphaloïde et l'épithélioma, le premier beaucoup plus fréquent que le second. Autant, en effet, l'épithélioma est fréquent sur les lèvres, la langue et la bouche, et de là peut se propager secondairement aux maxillaires, autant il est rare dans ces os comme lésion primitive.

Et maintenant, Messieurs, rappelez-vous les caractères que prend dès le début l'encéphaloïde; par eux, vous jugerez si, chez notre malade, il s'agit d'un vrai cancer ou de sa forme épithéliale.

De l'encéphaloïde vous avez, il y a peu de temps, eu un bel exemple chez un homme atteint d'une tumeur ulcérée du maxillaire supérieur. La cavité buccale remplie de gros bourgeons fongueux, vasculaires, la joue déjà distendue, la peau altérée et adhérente, marbrée, de gros ganglions sous-maxillaires, les parties voisines le pharynx, les fosses nasales envahies, la déglutition devenu difficile, la phonation profondément altéré par l'ulcération du voile du palais : tels sont les signes auxquels vous avez reconnu la tumeur; tels sont aussi les caractères que vous ne retrouvez point chez le dernier malade qui fait l'objet de cette leçon. Sa tumeur est aplatie, ulcérée sans bourgeonnement très saillant, déchiquetée sur les bords, et recouverte d'un enduit grisâtre d'où s'élèvent ça et



là des saillies bleuâtres; signes divers que vous ne retrouvez que dans l'épithélioma.

Convenons cependant, que cet épithélioma présente une marche insolite, et qu'il est nécessaire de rechercher la cause de ce rapide développement. Pourquoi la tumeur a-t-elle paru sous la forme d'un bourgeon qui succédait rapidement à l'élimination d'un chicot?

J'ai beaucoup insisté dans cette observation, pour vous faire remarquer qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur développée sur le bord alvéolaire, mais bien, au contraire, née dans la profondeur de l'os. C'est du centre de la mâchoire qu'est parti le bourgeon initial qui plus tard a grandi et s'est étendu en surface en ulcérant la muqueuse.

Si l'épithélioma primitif du maxillaire est rare, il en a existé des exemples cependant, et l'on doit l'expliquer par les transformations, la prolifération que peuvent subir les vestiges de la pulpe dentaire et le bulbe de la dent qui renferment de l'épithélium. La prolifération du tissu épithélial donnera lieu à une tumeur, surtout si le rebord gingival, les dents elles-mêmes sont soumises à d'incessants irritations. L'épithélioma, contrairement aux autres tumeurs qui obéissent beaucoup moins à l'irritation rarement retrouvée dans leur étiologie, a souvent pour point de départ une irritation, une inflammation. L'abus du tabac, qui sans cesse provoque une vive excitation des muqueuses, qui développe dans la bouche des aphtes, des ulcérations, est

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

bien capable d'exercer une influence sur le début d'une tumeur épithéliale, fut-elle profondément placée dans les maxillaires. Mais, sans chercher à expliquer suivant quelle influence la tumeur se développe, il est mieux de constater sa présence et d'expliquer d'après quelle altération de tissu elle apparaît.

Admettant cette origine sur l'épithélium de la pulpe dentaire, j'incline à penser que cet homme était depuis longtemps atteint du mal dont vous voyez aujourd'hui les tristes progrès. Cette tumeur est restée bridée dans l'enveloppe inextensible que, de toutes parts, lui formait le tissu osseux, et quand la dent au-dessous de laquelle elle était placée a été chassée de son alvéole, elle a franchi la barrière ouverte devant elle et a paru sur le bord alvéolaire.

Le diagnostic, Messieurs, entraîne avec lui le plus fâcheux pronostic, et quand une question de traitement s'impose dans un cas aussi sérieux, vous comprenez qu'il est nécessaire d'examiner, avec la plus grande attention, toutes les circonstances capables de guider votre jugement. L'état général de ce malade est excellent, la tumeur est bien limitée, et le système lymphatique ne paraît avoir subi aucune lésion. Qnand je l'ai, pour la première fois examiné, j'ai aussitôt pensé qu'on pourrait lui donner le bénéfice d'une bonne opération largement faite, et prolonger ainsi l'existence compromise à bref délai par un néoplasme dont la marche ne tardera pas à devenir des plus



rapides: mais je n'ai pu m'arrêter à cette pensée sans la discuter. Cet homme a quatre-vingt-un ans! âge bien avancé pour supporter sans danger une mutilation grave, pour affronter la douleur d'une opération sur la face pendant laquelle l'administration du chloroforme est difficile, pour fournir tous les frais d'une réparation facile en général, mais quelquefois trop longue quand l'opéré est déjà vieux et débilité.

Cependant, Messieurs, vous vous dites avec moi que l'état général est de ceux qui effacent un peu ces scrupules. La vieillesse est toujours relative, et tel malade qui porte dans son économie les traces d'usures profondes, quand il est jeune encore, sera vieux pour le chirurgien, tandis que tel autre sera vraiment jeune quand les années n'auront pas sur lui laissé la trace de leur passage. C'est bien la situation de notre malade : son facis est bon, il est gai, a bon sommeil, digère sans la moindre difficulté, a les artères souples et un cœur irréprochable. Pouvons-nous, un seul instant, penser qu'il n'a pas devant lui l'espérance de plusieurs années d'existence, et que le mal dont il est atteint doit lui ravir, en dépit des moyens à notre disposition, ses droits à la vie? Non, Messieurs, je ne suis pas de cet avis : l'action s'impose aujourd'hui, parce que le sujet supportera l'opération et que, si cette opération n'était pas pratiquée, nous verrions se dérouler bientôt les plus tristes complications : douleurs de plus en plus vives, hémorrhagies conti-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

nuelles, suppuration fétide dont la déglutition entraînerait la plus grande partie dans l'estomac et infecterait l'économie.

L'infection putride et la douleur, en altérant d'une part les fonctions digestives et d'autre part en empêchant le sommeil, amèneraient si promptement la faiblesse, que la mort viendrait bientôt. Nous nous retrouverions ainsi en présence de cette complication tant redoutée : la douleur, si préjudiciable à la vieillesse et à l'enfance. Contre elle, une ressource suprême nous reste, ressource dont l'indication n'offre plus d'hésitation, puisque nous sommes sûrs de dépasser largement les limites du mal : je veux parler de la désarticulation du maxillaire inférieur que je pratiquerai jeudi prochain.

Je ne veux pas vous rappeler ici les détails du manuel opératoire que tous vous avez appris à connaître dans les cours d'opérations. Rappelez-vous seulement que, si dans la désarticulation du maxillaire on cherche autant que possible à isoler la machoire de ses parties molles avant de la sectionner et d'ouvrir la cavité buccale, ici, plus que jamais, il faut suivre exactement les règles prescrites. Votre but, en opérant sur un vieillard, doit être d'éviter la douleur et d'arriver au dernier temps de l'opération avec tous les avantages du chloroforme. Il faut donc que le sang ne fasse pas invasion dans la bouche et que le sujet se réveille seulement quand tout est fini et qu'il



n'existe plus aucun vaisseau capable de fournir du sang. N'oubliez pas surtout, après avoir coupé le temporal, d'arracher par torsion l'articulation, pour éviter de porter les ciseaux ou le bistouri dans la région occupée par la maxillaire interne.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ONZIÈME LEÇON

## Tumeur pulsatile de la région sternale

Observation de la malade qui fait l'objet de cette leçon.
Traits saillants de cette observation : double tumeur, — tumeur pulsatile, — troubles fonctionnels divers.
Diagnostic — Considérations générales sur les tumeurs pulsatiles des os appliquées au cas actuel.
Diagnostic du siège primitif de cette tumeur dans l'os.
Diagnostic de la variété de néoplasme. Pronostic et traitement.

Messieurs,

A la salle 8, vous avez aujourd'hui examiné une femme présentant une double tumeur de la région cervicale dont le diagnostic est entouré de difficultés et nous offre, pour ce motif, le plus haut intérêt.

Elle a cinquante ans, a toujours joui d'une bonne santé que sa pénible profession de journalière ne semble pas avoir altérée un seul instant.

Il nous est impossible de rien découvrir dans ses antécédents héréditaires qui puisse nous dire comment l'affection qui l'a conduite vers nous aurait été

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

depuis longtemps préparée. Ni la maladie de cœur dont sa mère est morte, ni la phthisie à laquelle paraît avoir succombé son père, ne sont de nature à expliquer l'origine d'une tumeur grave, évidemment maligne, pulsatile, qui ne laisse à la malade aucun espoir de guérison.

Cette affection sérieuse remonte à huit ans. La malade avait quarante-deux ans, quand elle en a reconnu les premiers germes. Jusque-là, elle avait été bien réglée et arrivait à la ménopause sans difficultés, sans souffrances, ce qui exclue d'emblée toute lésion de l'appareil génital. Elle vit un jour deux petites saillies dures, deux petites tumeurs à la base du cou, situées, l'une à droite, l'autre à gauche de la fourchette sternale. Du volume d'une noisette, ces deux saillies étaient immobiles, dures, non douloureuses et n'avaient point altéré la peau qui restait souple et libre sur elles. Cette découverte n'amena dans l'esprit de la malade aucune inquiétude : que lui importait la présence d'une grosseur qui ne la faisait pas souffrir! Elle resta donc, jusqu'en septembre dernier, c'est-à-dire pendant plusieurs années, dans le calme le plus parfait. Admettrons-nous, Messieurs, comme le veut la malade, que pendant cette longue période le mal n'ait pas fait de progrès? Non, je ne peux croire que la lésion soit restée silencieuse, quand, peu de temps après le mois de septembre, en octobre ou novembre, nous avons constaté que la région sterno-claviculaire



était déjà envahie par une masse aussi grosse qu'une belle orange.

Suivons toujours les renseignements qui nous ont été donnés au cours de l'interrogatoire.

En septembre donc, cette femme fut tout à coup prise de vomissements qui durèrent pendant quatre jours et amenèrent, à la suite d'efforts incessants et pénibles, une augmentation subite des tumeurs autrefois si petites. En quarante-huit heures, elles s'accrurent dans une proportion considérable. Cependant il n'y avait ni douleurs, ni rougeur ; seulement quelques jours plus tard la malade éprouva une sensation pénible de tension dans la partie gauche de la tumeur qui, à droite du sternum, s'étendait vers la région cervicale : à cette tension s'ajoutaient des battements réguliers. Analysant un peu mieux sa souffrance, la malade nous dit enfin qu'elle eut encore de la dyspnée, de la toux, de la raucité de la voix et un peu de dysphagie : inquiétée par ces accidents, elle se décida à entrer à l'hôpital.

Quand je l'examinai au mois d'octobre, elle avait deux tumeurs distinctes : l'une à la partie supérieure du sternum, l'autre sur la côté gauche du cou sous le sterno-mastoïdien qu'elle soulevait. Depuis cette époque, leurs caractères n'ont pas beaucoup changé, mais avant de les décrire tels qu'ils se présentaient alors, je dois plus spécialement insister sur quelques détails qui appartiennent à la tumeur cervicale que

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

nous avons vue en quatre mois subir divers accidents de nature à nous éclairer beaucoup sur sa nature spéciale. Elle était placée au milieu du cou, à une distance égale du sternum et du cartilage thyroïde. Le relief qu'elle formait sous le muscle sterno-mastoïdien avait le volume d'une orange et la peau glissait à sa surface sans présenter de rougeur.

Elle était lisse, assez régulière, sauf en bas et en dehors où deux saillies se détachaient. A part ces deux mamelons indurés résistants sous le doigt, la masse entière était molle et même tout à fait fluctuante. Quand on faisait exécuter à la malade des mouvements de déglutition, on voyait la tumeur suivre le larynx auquel elle paraissait attachée comme le sont tous les kystes du corps typhoïde. Or, ce dernier organe n'était point indemne; tout entier, il était anormalement developpé, et je jugeai dès lors que le kyste que nous avions sous les yeux dépendait du corps thyroïde, que c'était un kyste développé dans son épaisseur, mais présentant des parties solides comme l'indiquaient les deux mamelons que je vous ai signalés à la partie infero-externe.

Pour vérifier mon diagnostic, je fis une ponction exploratrice; elle obtint 120 à 150 grammes de sérosité riche en cholestérine, légèrement rosée par la présence d'une petite quantité de sang. La tumeur s'affaissa presque complètement, mais il restait toujours en dehors ces parties indurées qui semblaient former là



les limites externes du corps typhoïde distendu à gauche par la collection liquide. Si n'avaient été ces saillies qui persistaient et le corps typhoïde tout entier dont le volume était singulièrement augmenté, on aurait pu dire qu'après cette ponction, les parties molles du cou avaient repris leur souplesse : on ne voyait plus de tumeur et l'exploration retrouvait à leur place les divers organes contenus dans la région cervicale.

Mais, après quarante-huit heures, le liquide s'était reproduit et d'autres troubles venaient compliquer sa présence : il y avait de la douleur, des élancements, un peu de rougeur sur les téguments, de l'empâtement profond, divers signes qui me firent penser que nous étions menacés d'un phlegmon du cou parti de la cavité du kyste sous l'influence de la ponction que j'avais pratiquée. Mes craintes se trouvèrent bientôt confirmées par la fièvre, les frissons et des troubles fonctionnels du côté du larynx et de la zône innervée par le pneumogastrique.

Après deux ou trois jours, durant lesquels l'appareil fébrile s'accentua de plus en plus, tout à coup, par la piqûre du trocart, il s'échappa une grande quantité de liquide séro-purulent et l'état général s'améliora bientôt après; je n'hésitai pas cependant à élargir l'ouverture avec le bistouri, pour donner à la suppuration un libre écoulement : les suites de cette petite opération furent excellentes, car l'empâtement diminua et le

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

larynx, visiblement gêné par la compression que lui faisait subir la tumeur enflammée, revint sur la ligne médiane dont il avait été écarté. Il s'était produit, toujours sous la même influence, de la dyspnée, du tirage sternal, une toux quinteuse, opiniâtre et des plus pénibles : chaque accès de toux amenait le rejet par la bouche d'un notable quantité de pus. Tout rentra dans l'ordre, mais nous restions convaincus que l'inflammation avait gagné aussi en profondeur et que la suppuration s'était fait jour du côté de la trachée.

Est-ce à dire qu'il ne reste plus aucune trace de cet accident inflammatoire? Loin de là; il y a peu de jours encore, la voix était altérée, presque aphone, et la toux, qui se produisait assez fréquente, amenait toujours des crachats purulents; par la plaie des téguments, il ne cesse de s'écouler, même aujourd'hui, un liquide séreux évidemment sécrété par la cavité kystique.

Nous devons en conclure, Messieurs, que la fistule trachéale n'est pas oblitérée complètement, et qu'il y a profondément ce que vous voyez sous la peau, c'est-à-dire un pertuis par lequel les liquides s'écoulent sans cesse; et, si de la sérosité suinte à travers l'orifice cutané, nous avons une nouvelle preuve qu'il s'agissait bien d'un kyste thyroïdien suppuré.

Mais cette tumeur ne s'est pas tout à fait affaissée; elle a même augmenté dans sa partie solide : les mamelons de la partie externe ont pris un accroissement progressif, et la peau, rougie, un peu amincie, recouvre une masse dure grosse comme un œuf de poule. Le sterno-mastoïdien est soulevé ; je me hâte de vous dire qu'il n'y a point là de tumeur ganglionnaire, car nulle part, dans le voisinage, il n'y a de ganglions indurés, et la tumeur continue toujours à suivre les mouvements du larynx dans la déglutition.



Dans un instant, je reviendrai sur les déductions cliniques que nous pouvons tirer de cette précieuse observation. Je poursuis actuellement l'examen de la malade, et j'étudierai ce qui a trait à la tumeur sternale.

Quand vous regardez la poitrine de cette femme, vous voyez aussitôt que la partie supérieure du sternum présente une voussure considérable du volume du poing; elle est hérissée de saillies, de lobes tous séparés par des rainures assez profondes, et s'étend de la fourchette sternale à l'union de la partie supérieure avec la partie moyenne de l'os. Latéralement, elle a dépassé les cartilages costaux pour arriver aux côtes, et en haut elle a déjà franchi les articulations sterno-claviculaires. Partout, sur elle la peau glisse encore, mais elle est traversée par un lacis veineux considérable. La consistance générale est résistante, dure, mais les irrégularités de la surface sont molles, quasi fluctuantes, et les doigts appuyés sur elles y découvrent des battements isochrones

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

à ceux des artères. Bien plus, il y a un mouvement d'expansion manifeste, et la pression réduit en partie, mais en partie seulement, ces mamelons, qu'on voit revenir à leurs proportions habituelles quand on les abandonne. Il m'a semblé, en outre, que la pression amenait un peu plus de gêne du côté de la respiration.

L'auscultation avec le stéthoscope a donné des résultats variables : il y a quelques jours, je croyais constater un bruit de souffle intermittent, systolique ; aujourd'hui, je ne le retrouve plus. Retenez toujours que l'auscultation mérite d'être sérieusement faite, et que, pour préciser un diagnostic, il ne faut pas négliger d'enregistrer ses résultats à diverses reprises.

Tels sont, Messieurs, les caractères physiques présentés par cette seconde tumeur. Ajoutez que, depuis le jour où les troubles fonctionnels dus à l'inflammation du kyste se sont amoindris presque subitement, le développement progressif de la tumeur sternale, que vous avez vue s'accroître sous vos yeux, paraît à son tour avoir singulièrement réagi sur les parties voisines; la déglutition des substances solides devient difficile, il y a toujours un peu de dyspnée, la respiration devient bruyante ; de nouveau, il y a de la toux et des crachats muco-purulents. La cage thoracique a partout sa sonorité normale, mais le murmure respiratoire est très diminué en haut et remplacé par une respiration bronchique soufflante, sans retentissement de



la voix. Enfin, le larynx se dévie de la ligne médiane et il a déjà subi un écart de deux à trois centimètres.

Est-il possible, avec ces éléments, de porter une conclusion clinique ? Il est certain, Messieurs, que, quand on voit une tumeur animée de battements, molle, réductible, agitée de mouvements d'expansion, on pense à un anévrysme développé dans les gros troncs artériels de la base du cou et du sommet de la poitrine. Que de fois vous avez entendu parler d'anévrysmes de l'aorte, du tronc brachio-céphalique qui ont usé le sternum, luxé les clavicules et sont venus jusqu'à la peau. On ne peut s'empêcher de penser que cette malade en est un nouvel exemple, d'autant plus que vous avez noté de la toux, une respiration difficile, du cornage parmi les signes présentés par elle, et que tous ces symptômes appartiennent aux anévrysmes des gros troncs artériels de la région. Mais, sachez bien qu'un anévrysme de l'aorte, quand il a usé les os, a une poche animée de battements des plus violents (la main est vivement frappée par l'expansion de ses parois), et que l'oreille perçoit un bruit des plus nets quand la poche se distend.

Si nous avons ici constaté un mouvement d'expansion, il est peu considérable et ne ressemble en rien à celui qu'on retrouve ordinairement sur les anévrysmes. Si la tumeur se réduit sous la pression, sa réductibilité est loin de rappeler celle des poches anévrysmales. Si quelques troubles fonctionnels du



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

côté de la trachée, des bronches, du larynx et du pneumogastrique nous font un instant penser à l'anévrysme, vous devez aussi vous rappeler que, dans ce dernier, il existe des douleurs de tête, des étourdissements, des vertiges, des éblouissements qui manquent chez notre malade; d'autres altérations générales enfin, tels que de graves troubles circulatoires, qui n'ont point paru chez cette femme dont le pouls et les artères temporales battent régulièrement, sans retard sous l'impulsion du cœur, et dont la tumeur ne présente aucun bruit de souffle persistant et fort.

J'exclue donc l'anévrysme, d'autant mieux que ces tumeurs, quand elles existent, altèrent le sternum, luxent les clavicules et les déplacent. Ici, l'articulation sterno-claviculaire de chaque côté est intacte, et si le sternum est usé, il est usé par une lésion qui fait corps avec lui et se trouve au bas limitée par l'os en partie détruit, mais confondant avec elle ses débris usés. Cette tumeur est donc bien une tumeur du sternum. Que pouvait-elle être autre chose quand, au dire de la malade, elle débuta, il y a sept ans, par une saillie grosse comme une noisette, exactement placée sur la fourchette sternale et immobile.

Tumeur du sternum, ne nous suffit pas. Quel a été, dans cet os, le point de départ? Est-ce le périoste ou la trame osseuse?

Le périoste n'a pas été envahi dès le début, et ce



qui me confirme dans cette pensée, ce sont les battements dont la tumeur est animée.

Les tumeurs pulsatiles des os ne se développent jamais dans le périoste. Où qu'elles apparaissent: tibia, fémur, humerus, il en est toujours ainsi.

Sur ces abattements et sur l'aspect général du néoplasme, je base mon diagnostic, car il est certain que l'usure du sternum au milieu duquel la masse est implantée et duquel elle sort pour ainsi dire, est une preuve sérieuse à l'appui. Si le périoste avait le premier été envahi, nous ne retrouverions pas de battements et la surface de la tumeur offrirait des points durs constants, de structure évidemment osseuse; nous n'aurions pas cette simple collerette formée vers la base et la partie inférieure par le sternum détruit.

Après avoir reconnu le siège, Messieurs, il nous est facile de reconnaître la nature du mal. Ces caractères nets et précis suffisent pour exclure toute une catégorie de tumeurs dans lesquelles vous ne trouvez jamais ni battements, ni souffle, ni mouvement d'expansion : je veux parler des fibromes, des kystes, des myxomes, des lipomes. Il n'y a de pulsations que dans les enchondromes où elles sont du reste fort rares, dans les enchondromes moux et très volumineux, dans les carcimoïnes où elles sont plus fréquentes et dans les sarcômes. Cependant, je ne saurais passer ici sous silence une variété décrite sous le nom d'anévrysmes des os, tumeurs qui semblent, jusqu'à

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

présent, avoir échappé à un rigoureux contrôle et ne nous sont guère connues que par de rares observations cliniques toujours suivies de détails anatomiques loin de satisfaire des esprits positifs. Les anévrysmes des os existent-ils réellement, ou bien sont-ils simplement le résultat d'un autre néoplasme ramolli? Poser ces questions, c'est émettre un doute, affirmer presque son incrédulité; et cependant, je serais encore d'avis de faire quelques concessions : il me répugne, en effet, de rejeter certaines observations publiées par des hommes d'une grande valeur. M. Le Dentu rapporte à la Société de Chirurgie l'exemple d'une tumeur osseuse pulsatile, très vasculaire, qui s'enflamma, s'ouvrit et provoqua une hémorrhagie considérable. Le Dr Lange incisa cette tumeur non sans qu'une quantité considérable de sang s'écoulât, la bourra de charpie, et la guérison, après suppuration, survint. Ce fait très curieux rappelle une observation de Dupuytren dans laquelle il est question d'une tumeur pulsatile du tibia; traitée par la ligature de la fémorale, elle disparut, mais le tibia restait assez volumineux. Dix ans après, il y eut récidive et l'on dût amputer. Ce faux anévrysme n'était qu'une tumeur solide vasculaire : je me demande s'il n'en est pas toujours ainsi, et je voudrais, pour admettre les anévrysmes des os, connaître plusieurs observations longtemps suivies, ou des examens histologiques apportant des preuves irrécusables. Mais ces preuves n'existent pas, et j'aime



mieux rester convaincu qu'il s'agit de sarcômes très vasculaires.

Dans le cas qui nous occupe, je ne m'éloigne pas de cette manière de voir. Nous ne pouvons admettre l'existence d'une carcinome. Le carcinome a toujours une marche rapide, et le début de cette affection remonte déjà à huit ans; elle a lentement progressé, n'a pas amené de douleurs vives, de cachexie. En huit ans, un cancer aurait fait d'effroyables ravages. S'il avait pu, durant cette longue période, épargner la vie, il aurait déjà ulcéré la peau, déterminé autour de lui des engorgements ganglionnaires considérables.

Je vous rappelle, en passant, que la masse cervicale, dont nous avons au début de cette leçon étudié les caractères, n'est pas de nature ganglionnaire, elle appartient au corps thyroïde dont elle suit les mouvements, quand le larynx s'élève et s'abaisse dans la déglutition.

Une dernière hésitation reste dans mon esprit, Messieurs, quand nous voulons affirmer notre diagnostic. Dirons-nous chondrome ou sarcôme? Le choix ne peut être difficile. Si nous nous rappelons que le chondrome appartient surtout au jeune âge, que les battements, quand ils viennent, ne se présentent jamais que sur une tumeur considérable déjà, que le chondrome offre toujours des points durs, et qu'enfin le chondrome vasculaire est bien plus rare que le sarcôme de même nature; si tous ces faits se

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

présentent à notre esprit, nous dirons sans hésiter : sarcôme.

Et, en effet, c'est bien la période de la vie, avant quarante ans, où le sarcôme, cette tumeur lente dans son évolution, sans retentissement ganglionnaire, se développe. Je conclus donc en vous disant : nous avons sous les yeux un bel exemple de sarcôme vasculaire du sternum, né dans la profondeur de l'os, venu, par usure, à sa surface, mais certainement déjà très développé du côté des parties profondes, comme nous le prouvent les divers troubles fonctionnels.

Poursuivrons-nous maintenant ce diagnostic jusque dans la recherche de la variété? Tâche difficile, mais malgré tout possible. Sans vouloir arriver à la certitude, il nous est permis, à l'aide des caractères classiques, revêtus par des vrais sarcômes dans leur marche clinique, de nous entourer ici de certaines données qui vont nous conduire à la probabilité.

Une tumeur à évolution aussi lente, qui n'a pas encore ulcéré les téguments et n'est pas tout à fait ramollie, n'est certainement pas de l'encéphaloïde. Elle n'est pas non plus du sarcôme myéloïde, qui n'a jamais existé dans le sternum et s'est toujours montré sur la mâchoire et les os longs. Non, elle n'est ni l'une ni l'autre de ces deux variétés, qui se développent entre vingt-cinq et trente ans. J'ajoute de suite qu'il ne s'agit pas davantage du sarcôme fasciculé, toujours



plus dur et jamais vasculaire, et à plus forte raison du sarcôme ossifiant.

Il est donc probable que cette tumeur est un sarcôme globo-cellulaire, composé de cellules arrondies et de cellules fusiformes en proportions égales. Peut-être est-ce une de ces tumeurs mixtes où le cartilage, le sarcôme et les vaisseaux viennent se mélanger pour constituer un néoplasme qui, en somme, a tous les caractères cliniques du sarcôme.

Ce diagnostic entraîne un jugement fâcheux pour l'avenir de la malade, Messieurs ; deux tumeurs, l'une sarcomateuse, l'autre kystique, ont pris un tel développement que déjà elles compriment profondément des organes importants. Dans cette œuvre de destruction, elles semblent avoir chacune une part égale. C'est qu'en effet, le kyste du cou n'est pas un kyste simple : sa base indurée, formée de mamelons irréguliers, est une preuve, à mon avis, qu'en raison du terrain particulier sur lequel s'était développé le kyste, le sarcôme est venu là compliquer la lésion. Raison de voisinage, raison d'influence générale et de diathèse, peu importe! Ce kyste thyroïdien est maintenant une tumeur mixte où l'élément malin a pris une place trop importante.

Aussi, la vie est-elle, à bref délai, compromise par cette double lésion de mauvaise nature. Dans peu de temps, cette malade, dont la santé générale languit déjà, qui s'affaiblit, se nourrit mal et souffre, suc-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

combera aux progrès que font ces tumeurs sur les organes voisins et dans l'économie tout entière.

Et vous avez pressenti, Messieurs, que nous devions rester inactifs : que faire en présence d'une affection qui, loin de s'étaler en surface, a déjà poussé, vers des organes nécessaires à la vie, de profondes racines; que faire, sinon nous abstenir ?

## DOUZIÈME LEÇON

### Sur un cas d'épithélioma glandulaire de la peau.

Observation d'un malade atteint de tumeurs multiples de la peau.

Tumeur volumineuse de la région dorsale ayant présenté, dès le début, des poussées inflammatoires.

Diagnostic de la nature de ces tumeurs diverses. — Modifications que certaines tumeurs peuvent subir dans leur texture.

Indications thérapeutiques fournies par la nature de la tumeur et les lésions voisines du système lymphatique, ainsi que par la santé générale du sujet.

Messieurs,

Je tiens à vous présenter une pièce d'anatomie pathologique d'un haut intérêt pratique. Elle provient d'un malade de la salle 17, que j'ai opéré jeudi dernier.

Vous vous rappelez qu'avant d'intervenir, j'examinai longuement avec vous cette tumeur, et vous fis remarquer qu'après être restée longtemps stationnaire, elle avait tout à coup pris un grand développement, s'était

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

combera aux progrès que font ces tumeurs sur les organes voisins et dans l'économie tout entière.

Et vous avez pressenti, Messieurs, que nous devions rester inactifs : que faire en présence d'une affection qui, loin de s'étaler en surface, a déjà poussé, vers des organes nécessaires à la vie, de profondes racines; que faire, sinon nous abstenir ?

## DOUZIÈME LEÇON

### Sur un cas d'épithélioma glandulaire de la peau.

Observation d'un malade atteint de tumeurs multiples de la peau.

Tumeur volumineuse de la région dorsale ayant présenté, dès le début, des poussées inflammatoires.

Diagnostic de la nature de ces tumeurs diverses. — Modifications que certaines tumeurs peuvent subir dans leur texture.

Indications thérapeutiques fournies par la nature de la tumeur et les lésions voisines du système lymphatique, ainsi que par la santé générale du sujet.

Messieurs,

Je tiens à vous présenter une pièce d'anatomie pathologique d'un haut intérêt pratique. Elle provient d'un malade de la salle 17, que j'ai opéré jeudi dernier.

Vous vous rappelez qu'avant d'intervenir, j'examinai longuement avec vous cette tumeur, et vous fis remarquer qu'après être restée longtemps stationnaire, elle avait tout à coup pris un grand développement, s'était

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ulcérée et avait déterminé dans les ganglions du voisinage une tuméfaction de mauvais augure.

L'opération que j'ai pratiquée, me permet maintenant de reprendre l'histoire de ce malade et d'étudier en détail un fait qui, par sa rareté, mérite d'être retenu parmi les plus instructifs de la clinique chirurgicale. Mais avant de rappeler l'évolution spéciale que nous avons observée, et d'en tirer les conséquences utiles pour vous, je dois rapporter les traits saillantes de cette observation.

Il s'agit d'un homme de soixante-un ans, qui a toujours vécu à la campagne dans de bonnes conditions hygiéniques. Il était jardinier. Admis dans ma salle, pour des tumeurs multiples qu'il portait depuis longtemps à la partie postérieure du tronc, il ne s'est plaint tout d'abord que de l'une d'elles beaucoup plus développée en effet, qui, dans ces derniers temps, avait pris le volume d'une grosse orange.

Quand nous l'avons interrogé, nous avons appris que le début de son mal remontait à dix-huit ans. Cette tumeur, petite d'abord, et tout à fait indolente, sans aucun modification de la peau, ne l'inquiéta pas.

Pendant seize ans, il la porta sans éprouver de douleurs. Il y a deux ans seulement, à la suite de fatigues qui avaient provoqué des frottements et de l'irritation sur le point saillant, durant de rudes journées de travail, de l'inflammation survint; la peau devenue rouge était douloureuse et une tuméfaction



notable annonçait bientôt la formation d'une collection purulente. Les téguments s'ouvrirent, en effet, laissant échapper du pus, puis la cicatrisation s'établit après quelques jours.

J'attire votre attention sur ce dernier fait, car il nous servira pour discuter et établir le diagnostic.

J'ajoute qu'après la cicatrisation la tumeur n'avait pas tout à fait disparu : il restait une induration notable dans laquelle la peau et le tissu sous-jacent se trouvaient pris dans une étendue de quelques centimètres.

Le malade se croyait guéri; aussi reprit-il sa vie ordinaire. Pendant dix-huit mois, il ne ressentit aucune douleur, n'éprouva aucun gêne, et il avait presque oublié l'existence de son mal, lorsque, au mois de juin et de juillet derniers, quand vint la période des grandes fatigues pour les cultivateurs, de nouvelles causes d'irritation amenèrent le retour des accidents inflammatoires dont je vous ai parlé tout à l'heure.

Cependant il ne se forma pas de collection purulente. La peau rougit, fut douloureuse, mais ne s'ouvrit pas franchement. Sa couleur, de plus en plus violacée, n'accusait pas une inflammation aiguë, bien que la tumeur augmentat rapidement de volume. Après quelques jours, au centre même de la tuméfaction, il se formait une élevure solite qui ne tardait pas à s'ulcérer sans fournir autre chose qu'un peu de sang et de sérosité.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Il parait que la lésion fit des progrès rapides, car le malade s'apperçut bientôt lui-même que des *grosseurs* lui venaient sous les bras et que d'autres apparaissaient enfin près du cou au-dessus de la clavicule, mais plus tardivement : les ganglions sus-claviculaires et axillaires étaient donc successivement pris.

Je ne vous ai parlé que d'une seule tumeur, Messieurs, et cependant vous savez qu'il en existait d'autres, moins volumineuses, mais de date ancienne, puisqu'elles parurent il y a trois ans environ. Le malade nous a raconté qu'elles se montrèrent avec les mêmes caractères que celle dont nous venons de retracer l'histoire, dans la même région, autour d'elle. Il y en avait cinq ou six : une en haut près de l'épaule, une autre près de l'omoplate, une encore à la région lombaire, une enfin près de la paroi abdominale en dehors, et deux plus petites dans le voisinage.

Dire qu'elles avaient les mêmes caractères que la première, c'est indiquer le peu d'attention que leur prêta notre malade : elles n'ont, du reste, cessé, depuis, de garder une indolence absolue, et n'ont point augmenté de volume.

C'est parce que la tumeur principale prenait chaque jour du développement, s'ulcérait davantage et devenait le siège d'une douleur vive, irradiée vers les parties voisines, que cet homme s'est enfin décidé à entrer à l'hôpital.

Quand nous l'avons examiné, vous avez tous été



frappés de la forme particulière de ce néoplasme. Grosse tumeur sphérique, offrant vers sa base un diamètre de dix centimètres et mesurant en hauteur huit centimètres environ : partout arrondie, elle était à son centre surplombée par un tubercule saillant, largement ulcéré à son extrémité. A sa surface, les téguments très adhérents avaient une couleur rouge, dont la teinte allait s'assombrissant, à mesure qu'on approchait de la base où, dans une zone assez étendue, ils étaient violacés ; plus loin, la peau redevenait rosée pour se continuer enfin avec les tissus tout à fait sains.

L'ulcération avait des bords irréguliers, anfractueux, un peu renversés et laissait voir des bourgeons d'aspect misérable, saignant facilement au moindre contact.

En prenant avec les doigts la masse de la tumeur, on pouvait lui imprimer des mouvements et la faire glisser sur les parties profondes.

Quant aux petites tumeurs du voisinage, elles avaient les unes le volume d'une amande, les autres celui d'une noisette, et toutes étaient recouvertes par une peau très adhérente sans doute, mais nullement altérée ; et comme la tumeur principale, elles étaient libres d'adhérences profondes.

L'examen complet du malade nous a encore fait découvrir sur la crête iliaque du même côté, c'est-à-dire à droite, une autre tumeur qui ne parait avoir aucun

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

lien de parenté avec celles dont je viens de vous parler. Les caractères sont en effet très différents. La peau qui la recouvre est moins fixée et très saine ; glissant partout sur les tissus voisins, elle offre, quand on la presse entre les doigts, une lobulisation manifeste et il semble que, si on incisait la peau, il serait facile, par une simple pression, de l'enucléer complètement. Ces caractères nous indiquent assez qu'il s'agit là d'un lipome.

Mais, Messieurs, si les lésions plus graves que nous avons constatées chez cet homme paraissent toutes justiciables d'une intervention facile, il ne vous a pas échappé que leur malignité s'affirmait à de faibles distances par un engorgement des ganglions lymphatiques. Le creux axillaire sur sa paroi interne, le creux sus-claviculaire surtout à sa partie interne près des attaches inférieures du sterno-mastoïdien, sont remplis de gros ganglions indolents qu'on ne peut, dans un diagnostic rationnel, séparer de la tumeur ulcérée qui occupe une région en relation directe, par ses lymphatiques, avec ces groupes ganglionnaires. L'infection s'est produite remontant vers l'aisselle, et de là franchissant son sommet pour aller jusqu'à la région sus-claviculaire.

Cette propagation vers les lymphatiques offre un caractère de gravité qui ne saurait nous tromper. Aussi, vous êtes-vous avec moi préoccupés de la santé générale du malade, et avez-vous certainement



exploré ses viscères pour rechercher s'ils n'étaient pas, eux aussi, déjà frappés du même mal.

Le sujet s'est affaibli, il a un peu maigri, mais nous ne saurions, je le crois, attribuer ce commencement de déchéance organique à une généralisation, car l'examen attentif de toutes les grandes cavités, et du squelette lui-même, n'a point répondu par l'affirmative. Les poumons paraissaient surtout menacés à cause de l'infection ganglionnaire qui aurait pu, du côté du médiastin et par les lymphatiques pleuraux arriver jusqu'à la poitrine, et cependant je n'ai découvert aucun trouble, pas la moindre gêne respiratoire indiquant de la compression bronchique ou une lésion du parenchyme. Le malade a eu ces derniers jours quelques râles, mais ils sont dus à une bronchite récemment contractée et qu'il serait excessif d'attribuer à une cause plus grave..... Il n'y a rien au foie, rien sur les os, la secrétion urinaire est normale, mais la quantité d'urée qui s'élève à 38 est, vous le constatez, très augmentée ; ce dont il faut tenir compte à cause des recherches récentes qui ont été faites sur les variations de l'urée dans les tumeurs malignes.

J'arrive maintenant à l'étude du diagnostic.

Qu'elle était cette tumeur, Messieurs, et dans quel tissu s'était-elle développée? Enfin, avait-elle, à une période de son évolution, subi des modifications dans sa texture? Diagnostic complexe, difficile, vous le voyez. Je vais essayer de répondre à ces diverses questions.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Voilà une tumeur qui a commencé à paraître il y a dix-huit ans; elle est restée longtemps stationnaire, bien limitée, indolente; elle s'est enflammée et a fourni une suppuration franche; puis, quand la cicatrisation s'est produite, une induration notable a persisté.....En présence de tels caractères, je ne crois pas qu'il puisse exister de doute sur son origine : elle s'est bien développée dans une glande sébacée, elle a débuté par un kyste ; je crois même pouvoir affirmer que la glande sébacée a été le terrain choisi et non pas une glande sudoripare, car les tumeurs nées dans ces dernières glandes ne font pas corps avec la peau. Elles s'étendent du côté du tissu conjonctif sous-cutané où bien vite elles s'immobilisent en l'envahissant. Ici, le contraire s'est passé, et un des caractères principaux que nous avons saisi est précisément la liberté d'attaches avec la zone conjonctive.

Poussant plus loin le raisonnement, je dirai encore qu'il s'agissait bien au début d'une tumeur bénigne. Ce qui le prouve, Messieurs, c'est l'inflammation et la suppuration qui l'a suivie, c'est encore la marche de cette inflammation elle-même qui s'est présentée avec tous les dehors de l'inflammation vulgaire, depuis le début franchement aigü jusqu'à la réparation après l'élimination du pus. Rappelez-vous, au contraire, ce qu'on voit, quand des abcès naissent sur un terrain de mauvaise nature, dans la zone d'un cancer, d'un



épithélioma; je veux bien que le pus collecté se fasse jour à travers la peau et qu'on puisse un instant se méprendre sur la vraie nature de l'inflammation, mais que se passe-t-il ensuite? La réparation n'a pas lieu : les ulcérations, loin de se fermer, se couvrent, outre un écoulement sanieux incessant, de bourgeons de mauvaise nature, et le néoplasme gagne de proche en proche. Ce sont des signes d'une extrême importance, Messieurs, que cette réparation facile ou cette absence absolue de réparation, quand des abcès sont survenus dans une région suspecte; et je ne saurais trop vous engager à leur accorder une grande valeur dans la discussion d'un diagnostic.

Autre symptôme encore, qui a bien sa portée dans le cas qui nous occupe : si la réparation s'est produite, il n'y a pas eu de résolution complète ; une zone indurée a persité dans et au-dessous de la peau. C'est, en effet, ce qui arrive à peu près toujours dans les kystes sébacés qui s'enflamment et suppurent, quand la poche du kyste n'est pas éliminée avec la suppuration.

Si jusqu'à cette période, nous avons de sérieuses raisons pour croire qu'il existait une simple tumeur sébacée, nous en avons d'autres tout aussi importantes maintenant pour affirmer que désormais une transformation grave s'est produite dans le kyste lui-même... Que penser, en effet, d'une tumeur qui, après être restée dix-huit mois sans provoquer de réaction, augmente tout à coup de volume sous l'influence



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

d'irritations vulgaires? Que croire, lorsqu'en six mois, on la voit acquérir un volume énorme sans inflammation véritable, soulever la peau en lui adhérant; s'ulcérer pour donner lieu immédiatement après à un écoulement sanieux et fétide? Sans doute, elle est restée limitée profondément et a conservé toute sa mobilité; mais quand vous reportez votre attention sur l'état des ganglions voisins et que vous les voyez envahis avec une rapidité surprenante, Messieurs, il ne peut vous rester aucun doute; vous êtes bien en présence d'une tumeur maligne, née sur un terrain préparé, cela est vrai, mais longtemps dépourvu de malignité.

Je n'insiste pas sur les autres tumeurs plus petites, dont la nature sébacée ne me paraît pas douteuse : je me suis expliqué déjà. Chacune d'elles représente l'état du début où celle qui fait l'objet de cette leçon n'avait pas encore subi la transformation grave que vous savez.

Ne voulant plus laisser de doute dans vos esprits, j'établis ma manière de voir en disant que, deux périodes distinctes s'étaient, dans l'évolution du mal, succédées : la première, sous la forme d'un kyste sébacé; la seconde, avec tous les caractères de l'épithélioma.

Je ne veux pas, Messieurs, en disant mon opinion, affirmer un fait indiscutable et vous présenter cette observation comme une de celles qui servent de type



à d'autres analogues, fréquemment rencontrées en clinique. Ces transformations subies par un néoplasme ont préoccupé les esprits sérieux et vous savez à quelles discussions elles ont donné naissance. Quelles que soient les théories, l'évidence s'impose malgré tout quelquefois. Broca n'a-t-il pas décrit des tumeurs, les polyadénomes qui, après être longtemps restées stationnaires avec des apparences bénignes, revêtent à un moment donné des caractères malins? — Ailleurs que sur la peau, dans le sein par exemple, ne voyez-vous pas des tumeurs, bénignes tant que la zone des culs-de-sac n'a pas été franchie, prendre tout à coup une marche envahissante quand la zone lymphatique a été une fois envahie? Cela est si vrai, qu'aujourd'hui, beaucoup d'histologistes n'établissent plus de distinction entre les vrais cancers et les épithéliomas. Ces distinctions sont du reste peu importantes au point de vue clinique, et si l'on reconnaît que, dans la marche d'une tumeur, il peut y avoir plusieurs périodes dans lesquelles on retrouve des caractères tels, qu'il est permis d'affirmer que de sérieuses modifications se sont produites dans la texture même du néoplasme, il ne me paraît pas absurde de prétendre qu'une transformation radicale peut se produire, surtout quand cette transformation indique simplement que, sur un terrain tout préparé par une activité de prolifération, un néoplasme malin a tout à coup pris naissance. C'est bien là l'histoire de notre malade.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Je ne reviens pas sur mon diagnostic : vous le connaissez. Après examen sérieux de la tumeur et des ganglions, voyant que je pouvais dépasser les limites du mal, je n'ai pas hésité à enlever la tumeur d'abord et les ganglions ensuite. A vrai dire, je savais que de sérieuses difficultés m'attendaient du côté de ces derniers. J'ai dû, en effet, après avoir vidé l'aisselle, aller dans la région sus-claviculaire et enlever plusieurs ganglions. La dissection que j'ai prudemment conduite avec les doigts et la sonde cannelée, m'a montré tous les détails de ces deux régions vasculaires, mais j'ai pu, grâce à beaucoup de lenteur et de persévérance, ne blesser aucun vaisseau et enlever tous les ganglions. Il est arrivé un moment où, de la région sus-claviculaire, je suis, après avoir enlevé un dernier ganglion, tombé directement dans l'aisselle : j'en ai profité pour drainer les deux régions avec un seul tube de caoutchouc très gros, qui assurera bien l'écoulement.

Voici, Messieurs, les pièces anatomiques que la plupart d'entre vous ont déjà examinées.

La tumeur offre à son centre un kyste hématique. Ce kyste explique en partie le développement rapide acquis dans ces derniers temps. Il me paraît encore éclaircir bien des doutes que pourrait faire naître la présence de nombreux points noirs disséminés dans la tumeur, et d'autant plus nombreux qu'on se rapproche davantage de l'ulcération.



Ces points noirs se retrouvent aussi dans les ganglions et même plusieurs d'entre eux en sont tellement remplis ou offrent une teinte noire si accusée dans toute leur étendue, que nous les avons crus atteints de mélanose, surtout quand, dans le cours de l'opération, j'ai vu l'un deux s'écraser sous ma main et répandre son contenu sous forme de bouillie noire.

J'hésite beaucoup à croire qu'il existe ici de la mélanose et j'incline plutôt vers l'idée d'hémorrhagies produites au sein de la tumeur.

Le microscope ne s'est pas encore prononcé d'une manière absolue. M. Ferré croit qu'il s'agit d'un cancer; mais nous n'avons aucune idée nette ni sur le terrain primitif, ni sur la vrai nature de cette tumeur. J'avoue, du reste, que le résultat attendu ne me paraît pas de nature à jetter la confusion parmi nous : cancer ou épithélioma, peu nous importe : vous en savez les raisons.

Une question plus intéressante peut être est celle de la mélanose. On la trouve, vous le savez, surtout dans les sarcômes, mais elle peut aussi être vue dans le carcinôme, l'épithélioma et même le fibrome.

Quoiqu'il en soit, je ne crois pas que nous ayons affaire ici à de la vraie mélanose, mais bien plutôt à de la fausse mélanose, provenant du sang épanché dans la tumeur.

Et, en effet, l'accroissement rapide de la tumeur a dû marcher avec la formation du kyste hématique dont

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

vous voyez encore les parois recouvertes de caillots sanguins, et je me demande si les parties colorantes du sang n'ont pas pu pénétrer dans les diverses parties de la tumeur et de là gagner les lymphatiques.

Est-il sûr même que la plupart de ces petits foyers noirs, que nous voyons autour du grand kyste, ne sont pas eux-mêmes des foyers accessoires où du sang se serait épanché? Il semble que cette matière noire soit en plusieurs points formée par des caillots sanguins.

Je ne veux pas insister d'avantage, Messieurs. Nous discuterions peut-être longtemps sur des probabilités qui, bien douteuses aujourd'hui, seront, je l'espère, bientôt éclairées par un examen histologique très sérieux.

Plus tard, je vous donnerai le résultat de cet examen et nous saurons s'il donne complètement raison aux diverses hypothèses que j'ai cru devoir aujourd'hui soutenir devant vous.

# TREIZIÈME LEÇON

## Abcès par congestion. — Diagnostic différentiel avec le psoïtis.

Observation du malade.

Signes divers présentés par cette observation : attitude du membre inférieur, exploration du bassin, exploration de la région lombaire. Etat général.

Diagnostic différentiel avec le psoïtis et la coxalgie.

Nature de la tumeur observée. — Diagnostic précis de la lésion : diagnostic.

Traitement : il se heurte à une double difficulté, l'attitude vicieuse du membre inférieur et la nature spéciale de la lésion accompagnée d'une vaste collection.

Messieurs,

Nous avons aujourd'hui examiné un jeune homme dont l'état pathologique très intéressant soulève une question de diagnostic différentiel du plus haut intérêt.

Il a vingt-deux ans, était encore il y a quelques jours marin mécanicien au service de l'Etat, et vous savez qu'il n'a jamais eu de maladies graves, n'a

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

vous voyez encore les parois recouvertes de caillots sanguins, et je me demande si les parties colorantes du sang n'ont pas pu pénétrer dans les diverses parties de la tumeur et de là gagner les lymphatiques.

Est-il sûr même que la plupart de ces petits foyers noirs, que nous voyons autour du grand kyste, ne sont pas eux-mêmes des foyers accessoires où du sang se serait épanché? Il semble que cette matière noire soit en plusieurs points formée par des caillots sanguins.

Je ne veux pas insister d'avantage, Messieurs. Nous discuterions peut-être longtemps sur des probabilités qui, bien douteuses aujourd'hui, seront, je l'espère, bientôt éclairées par un examen histologique très sérieux.

Plus tard, je vous donnerai le résultat de cet examen et nous saurons s'il donne complètement raison aux diverses hypothèses que j'ai cru devoir aujourd'hui soutenir devant vous.

# TREIZIÈME LEÇON

## Abcès par congestion. — Diagnostic différentiel avec le psoïtis.

Observation du malade.

Signes divers présentés par cette observation : attitude du membre inférieur, exploration du bassin, exploration de la région lombaire. Etat général.

Diagnostic différentiel avec le psoïtis et la coxalgie.

Nature de la tumeur observée. — Diagnostic précis de la lésion : diagnostic.

Traitement : il se heurte à une double difficulté, l'attitude vicieuse du membre inférieur et la nature spéciale de la lésion accompagnée d'une vaste collection.

Messieurs,

Nous avons aujourd'hui examiné un jeune homme dont l'état pathologique très intéressant soulève une question de diagnostic différentiel du plus haut intérêt.

Il a vingt-deux ans, était encore il y a quelques jours marin mécanicien au service de l'Etat, et vous savez qu'il n'a jamais eu de maladies graves, n'a

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

jamais dans son jeune âge présenté d'affections chroniques capables d'expliquer celle dont il souffre maintenant. Dans cette dernière année seulement, il y a dix mois environ, il eut dans la région coslo-sternale droite un abcès qui évolua avec lenteur.

J'attire de suite votre attention sur ce début : abcès froid. Il est bien certain qu'une collection purulente développée sans réaction inflammatoire vive, qu'on fut obligé de traiter par l'incision, le grattage, et qui guérit bientôt après ce traitement énergique, qui enfin laissa après elle une cicatrice dure, adhérente aux parties profondes, était bien un abcès froid. C'était le début d'une maladie grave qui devait plus tard amener dans d'autres régions des manifestations identiques.

En effet, la maladie sérieuse qui nous a conduit ce jeune marin commença bientôt après. Il venait de faire une dure campagne de trois mois dans le Levant; il avait éprouvé de grandes fatigues sous les ardeurs d'un soleil brûlant. Rentré à Toulon, au bout de deux mois il éprouvait dans la région lombaire une douleur sourde qui ne l'arrêta pas de suite; il ne suspendit pas son travail, bien qu'il éprouvât une lassitude extrême. Après avoir résisté un mois, il fut obligé de demander du repos. C'est alors que peu à peu les douleurs devinrent aiguës, s'irradièrent en ceinture accompagnées d'un sentiment de constriction pénible et de gêne très marquée de la locomotion.



Cet état durait depuis quelques mois, quand les phénomènes douloureux se propagèrent vers le membre inférieur gauche, et désormais le jeune malade traîna ce membre, boita péniblement, si bien qu'après trois mois, durant lesquels le mal sembla faire d'assez rapides progrès, la marche devint presque impossible : le membre s'était fléchi et la flexion s'était accompagnée de cambrure lombaire.

A l'hôpital de Toulon, où le malade avait été admis, on fit des pointes de feu sur la colonne vertébrale; on prescrivit le repos et l'immobilité, tout un traitement enfin qui indiquait assez la gravité de la situation, puis après six mois, c'est-à-dire à un an du début à peu près, on donnait au patient son congé définitif; il rentrait dans ses foyers.

Il paraît que, pendant cette première période, où la maladie peu à peu présenta tous les signes que vous avez retrouvés ces derniers jours, ce jeune homme ne perdit pas absolument ses forces : il maigrit seulement, mais n'offrit aucun trouble du côté des grandes fonctions, pas même du côté des fonctions digestives. Depuis quelque temps, la maigreur disparaît, et la force, diminuée dès le début, reprend d'une façon notable.

Quand vous avez examiné cet homme, vous avez été frappés par l'attitude caractéristique de son membre inférieur gauche. La jambe est fléchie sur la cuisse, la cuisse à son tour est fléchie sur le bassin et légèrement inclinée en dedans.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

On pouvait s'attendre à voir ce membre fortement immobilisé, mais le mouvement d'adduction et celui de la rotation en dedans sont absolument conservés : on peut les produire sans provoquer la moindre douleur.

Il n'en est pas de même de l'extension, qui, très difficile, amène une douleur violente toujours rapportée à la partie antérieure de l'abdomen, et de l'abduction qui ne peut être essayée sans déterminer, elle aussi, une souffrance des plus pénibles et une tension exagérée, une contracture de tous les muscles adducteurs. Voyez donc quelle opposition existe entre l'adduction et la rotation interne demeurées à peu près libres et le mouvement en dehors ou l'extension entravés par la tension des muscles et la douleur!

J'ajoute de suite, Messieurs, que vous pouvez saisir le genou, le relever pour porter en haut la cuisse et la fléchir jusqu'à ce qu'elle rencontre presque la paroi abdominale, sans rencontrer de difficultés : le malade ne se plaint pas de ce côté, le mouvement est encore resté libre.

Continuant cet examen, vous m'avez vu relever les signes que pouvait présenter à son tour la colonne vertébrale au milieu de ces déviations diverses. Il y a de la cambrure lombaire qui s'accuse quand on cherche à étendre le membre, et disparaît au contraire quand on le fléchit sur le tronc. Ce nouveau signe, bien constaté quand on regarde le malade couché, se



trouve immédiatement confirmé par d'autres, quand on l'examine debout.

Il devient alors très évident que, sous l'influence du raccourcissement produit par la flexion et de la rotation interne, l'épine iliaque du côté correspondant s'est abaissée et que la colonne vertébrale s'est inclinée légèrement du côté sain, en conservant toujours son ensellure. Si alors on veut engager le malade à rapprocher ses deux membres et à détruire par ce rapprochement la différence établie par la flexion, la cambrure s'exagère encore, tandis qu'elle disparaît s'il porte franchement le même membre dans la flexion.

Tout cela, Messieurs, ne vous rappelle-t-il pas la coxalgie? Ne retrouvez-vous pas, dans cette douleur, dans ces déviations, dans ces mouvements contrariés par elle et par la contracture, les principaux symptômes de l'arthrite coxo-fémorale? Et, cependant, il n'y a point de coxalgie; beaucoup de traits importants de cette maladie articulaire vous manquent, ce qui prouve combien, dans certains cas, il faut peu se laisser aller à une première impression.

Il n'y a pas de coxalgie, vous ai-je dit. Et, en effet, quand il existe une lésion profonde de l'articulation de la hanche, non seulement l'extension, si la flexion s'est produite, devient difficile et impossible, mais encore tous les autres mouvements : la flexion, l'adduction, l'abduction, les diverses rotations sont

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

abolies; la cuisse est immobilisée sur le bassin qui la suit dans les attitudes variées qu'on lui communique; de telle sorte que la colonne lombaire est le seul centre mobile sur lequel cuisse et bassin prennent un appui pour obéir aux changements de situations communiqués par la main du chirurgien. — Ici, rien de semblable, il n'y a de limitées que l'abduction et l'extension; dans les autres sens, la jointure est mobile.

S'il y avait coxalgie, la douleur ne présenterait pas les caractères et le siège que nous lui reconnaissons chez notre malade. Elle est, chez le coxalgique, dans le pli de l'aîne : ici elle s'en éloigne singulièrement; quand vous pressez sur le grand trochanter, il ne se fait aucun retentissement douloureux vers la hanche, tandis que, dans l'arthrite, une vraie souffrance se produirait aussitôt. Frappez encore sur la plante du pied, de manière à ébranler tout le membre et à heurter pour ainsi dire médiatement l'articulation, vous n'obtenez rien, preuve évidente qu'elle est indemne.

Je crois donc, Messieurs, que l'hésitation n'est plus permise et que nous devons de suite rejeter tout à fait le diagnostic de coxalgie. Du reste, en faisant exercer au membre malade les divers mouvements restés encore intacts, nous n'avons perçu ni froissements, ni craquements, de nature à vous avertir que les parties intimes de la hanche se trouvaient ulcérées ou détruites.



Constatons, à l'encontre de tous ces faits, que la douleur, élément précieux de diagnostic dans les affections chroniques de cette région, se trouve située beaucoup plus loin et qu'elle est unie à d'autres troubles dont la valeur va bientôt apporter, dans vos esprits, une conviction plus affermie. Les doigts enfoncés profondément dans l'abdomen sur la fosse iliaque et la région vertébrale vont d'abord vous faire trouver une corde saillante du volume de la moitié de l'avant-bras, qu'on peut suivre facilement de la partie latérale gauche de la région lombaire jusque dans la fosse iliaque qu'elle traverse pour s'arrêter au-dessus de l'arcade de Fallope. C'est une saillie lisse, régulière, sans bosselure, dure, qui, par son volume, sa forme et sa direction, dessine d'une façon précise le muscle psoas.

Voici que, nous reportant vers la région lombaire où le début de la maladie s'affirma par des douleurs assez vives, vous voyez, à gauche toujours, très près de la colonne vertébrale, une voussure oblongue, verticale dans son plus grand diamètre, qui met en relief la masse musculaire sacro-lombaire sans la dépasser ni en dehors, ni en dedans où elle s'arrête au voisinage des apophyses épineuses. Elle est limitée en haut par la dernière fausse-côte, en bas elle s'arrête sur la crête iliaque. Là, le palper vous fait découvrir une mollesse des tissus, puis une sensation bientôt reconnue pour de la fluctuation.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Ces nouvelles constations vont vous servir, Messieurs, pour affirmer votre diagnostic, mais elles soulèvent de nouveaux problèmes qu'il faut résoudre avant d'atteindre ce but.

Une collection liquide, dans cette région, accompagnée d'une rétraction du membre correspondant, que peut-elle bien signifier?... Etablissons de suite que, sur sa nature intime, il ne saurait y avoir de doutes; c'est bien du pus qui s'est réuni là en foyer. Vous ne songeriez point à une tumeur kystique, quand vous vous trouvez en présence d'un empâtement diffus, assez rapidement formé, avec un caractère inflammatoire tout chronique c'est vrai, mais indéniable cependant.

Puisque nous sommes bien certains qu'il existe une collection de pus, attachons-nous à résoudre la double question de son siège et de sa provenance.

D'abord, elle n'est pas superficielle; les muscles sacro-lombaires refoulés et sur lesquels il faut appuyer avec énergie pour trouver la fluctuation l'attestent suffisamment. Elle est donc profonde et elle occupe une des couches multiples qui, depuis le tissu cellulaire périnéphrétique, s'étendent jusqu'aux loges aponévrotiques établis par les feuillets d'insertion du muscle transverse. Question de siège qui va aussi nous donner la clef du diagnostic; car nous n'avons plus qu'à choisir entre l'abcès périnéphrétique, le psoïtis et l'abcès par congestion.



Croyez-vous d'abord qu'il s'agisse d'un phlegmon périnéphrétique? Vous ne pouvez y penser: l'affection dont nous étudions les signes et la marche n'est point aiguë. Je sais bien que, dans quelques cas, les abcès de l'atmosphère celluleuse des reins peuvent avoir une évolution lente et durer trois, quatre et même six mois, mais jamais ils ne mettront un an à se développer. Ces abcès-là, bien au contraire, marchent assez vite et reconnaissent ordinairement pour causes, un traumatisme, une allération des voies urinaires indiquée par des coliques néphrétiques, de la néphrite, de la pyélonéphrite: circonstances diverses que nous rechercherions en vain chez notre malade. — Les abcès périnéphrétiques enfin n'occupent pas du tout le siège où la collection purulente, aujourd'hui constatée, est née et s'est lentement étendue: ils sont situés autour du rein, dans le tissu conjonctif lâche et graisseux qui l'enveloppe; ils sont, par conséquent, beaucoup plus en dehors, et ne soulèvent pas la masse musculaire-sacro-lombaire qui les limite en dedans. J'ajoute un dernier trait: ces abcès-là se compliquent fort rarement de douleurs irradiées sur le membre inférieur et de contractures musculaires capables d'amener la cuisse sur le bassin.

Nous arrivons ainsi, Messieurs, à un diagnostic différentiel beaucoup plus difficile; je veux parler du psoïtis.

Lorsqu'on voit l'attitude prise par le membre

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

malade, le mouvement de flexion; quand on constate cette corde dure tendue de la région lombaire vers la fosse iliaque, on ne peut s'empêcher de penser qu'il y a peut-être chez cet homme une grave lésion inflammatoire du psoas, un psoïtis. Le psoïtis, en effet, s'accorde assez bien avec les antécédents du sujet, avec la marche même de la maladie et une partie des signes objectifs que vous avez retrouvés. Le psoas a pour action de fléchir la cuisse sur le bassin et de la porter en rotation externe; et si, fixé par la position qu'il occupe, quand il s'est contracté, on vient à exercer sur lui des tractions en voulant étendre la cuisse, il est certain que la douleur avertira vite la main du chirurgien. Mais, je vous le demande, Messieurs, reconnaissez-vous exactement chez notre malade l'attitude physiologique de la contraction du psoas, l'attitude qu'il donnera nécessairement au membre, quand il se sera raccourci sous l'influence d'une poussée inflammatoire violente? Assurément non, la cuisse est fléchie sans doute, mais elle n'est pas en rotation externe, elle se trouve, au contraire, un peu portée en dedans, et si le muscle psoas est dans une certaine limite atteint par la lésion, il ne l'est que secondairement et d'autres éléments viennent s'ajouter à son action qui doivent fixer notre attention. Aussi, n'hésité-je pas à invoquer ici l'action des adducteurs dont la contraction, disons le mot: la contracture me paraît avoir été provoquée. Ces muscles sont



innervés par le nerf obturateur, branche du plexus lombaire, qui, dans sa marche vers la cuisse, traverse le muscle psoas. Or, si une cause quelconque intervient pour agir, en l'irritant, sur le muscle psoas, elle peut aussi exercer son influence sur ce nerf, sur l'obturateur et déterminer de la contracture des muscles qu'il est chargé d'innerver.

Je veux donc, en définitive, m'attacher à discuter cette lésion prédominante qui a pour manifestation un abcès lombaire et de la contracture. Déjà vous prévoyez qu'il ne s'agit pas de psoïtis? Cette affection, quand elle se produit, prend presque toujours une marche aïgue, et notre malade est malade depuis un an. Elle arrive vite à la suppuration et alors la collection, en se portant en avant, fuit le long de la gaine du muscle pour venir apparaître au-dessous de l'arcade crurale vers la racine de la cuisse, c'est-à-dire au point d'insertion du psoas lui-même. Ce que vous sentez avec les doigts au-dessus de l'arcade crurale n'est point une collection liquide, c'est une partie dure, résistante, uniforme dans ses contours, rappelant bien un muscle raccourci par de la contracture. Loin de trouver en avant une collection liquide, vous devez vous rejeter en arrière, près de la colonne vertébrale, où la fluctuation se présente avec netteté.

Ne m'objectez pas qu'on a vu des psoïtis donner lieu à des collections purulentes retrouvées à la partie postérieure du tronc, car, dans ces cas fort rares, le



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

pus doit se réunir dans le voisinage du rein, là précisément où les abcès périnéphrétiques se développent, parce qu'en ce point l'aponévrose est plus faible et forme moins obstacle à la marche envahissante du pus. Aussi, quand il suit ce trajet exceptionnel, le pus ne s'avance-t-il pas vers la colonne vertébrale et reste-t-il dans la région qui a les muscles lombaires pour limite interne.

Vous le voyez, Messieurs, la forme de la rétraction, l'attitude du membre, la marche lente, le siège de la collection, sont des raisons suffisantes pour repousser le diagnostic de psoïtis, et admettre, au contraire, celui d'*abcès par congestion de la partie latérale gauche de la colonne lombaire*. Je m'explique :

Je viens de dire : abcès de la colonne lombaire. C'est qu'en pressant avec force sur la région lombaire, au voisinage du rein, dans le point occupé par lui et le muscle psoas, on ne fait naître aucune douleur, tandis qu'en se portant du côté de la crête épinière, sur la colonne vertébrale elle-même, on la provoque de suite et tellement vive que le malade se renverse brusquement en arrière comme pour se défendre contre cette pénible impression. — Autre signe important : le malade étant assis ou debout, cherchez à incliner le tronc en avant; vous voyez la colonne lombaire rester immobile, comme fixée par une force invisible, tandis que la flexion s'accuse vers la partie supérieure du tronc, je veux dire dans la région



dorsale. Or, ne l'oubliez pas, cette immobilité d'un département étendu de la colonne vertébrale est un des meilleurs signes auxquels vous deviez recourir pour préciser le siège d'une lésion des vertèbres et votre diagnostic deviendra certain, si vous le voyez se produire, en même temps qu'apparaît une douleur aiguë quand vous cherchez à mouvoir le tronc.

Douleur et immobilité, voilà deux symptômes précieux; et si maintenant vous vous rappelez qu'il se produisit, dès le début de la maladie, des douleurs en ceinture, haute expression de la névrite qui atteint des branches nerveuses sorties des trous de conjugaison, où elles se trouvent atteintes par l'inflammation née sur un foyer purulent ou sur des méninges envahies de proche en proche; si vous vous souvenez que notre malade compte dans ses antécédents un abcès froid de la région sternale qui ne guérit que par le grattage, vous finirez par avoir un faisceau de preuves importantes vous autorisant à dire qu'il y a bien ici un abcès par congestion.

Il nous reste à préciser son siège :

Le fait le moins probable est l'altération des corps vertébraux. Pourquoi une lésion aussi profonde, qui produit un volumineux abcès, si elle était développée sur les corps des vertèbres, n'aurait-elle pas amené déjà une incurvation, une gibbosité. La rectitude est parfaite : il n'y a point de déformation apparente. Et,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

du reste, ne semble-t-il pas que tout ici, depuis les débuts eux-mêmes, accusés par de violentes douleurs en ceinture jusqu'à la marche, qui s'est encore affirmée par des lésions du psoas, se trouve beaucoup plus en rapport avec une lésion des parties latérales des vertèbres : apophyses transverses ou apophyses articulaires sont certainement intéressées.

Je crois plutôt que l'abcès part des apophyses articulaires et, ce qui me le prouve, c'est le siège de la collection purulente elle-même. Cette collection est profonde, et semble avoir soulevé toute la masse musculaire, ce qu'elle n'aurait certainement pas fait, si, développée sur les apophyses transverses, elle avait envahi la loge postérieure circonscrite par les aponévroses du transverse. Partie des apophyses articulaires, elle occupe alors la loge profonde, et, ainsi se trouve expliqués et le cantonnement du pus dans une région circonscrite et sa situation très profonde.

S'il en est ainsi, Messieurs, vous ne devez pas oublier que le muscle psoas s'insère sur les apophyses transverses de la région lombaire, et vous comprendrez comment ce muscle s'est trouvé en rapport avec un foyer d'inflammation chronique, qui a déterminé son irritation et sa contracture d'abord, et a retenti du côté du nerf obturateur ensuite. Vous savez quelles ont été les conséquences de ces diverses complications : il suffirait de relire devant vous



l'observation détaillée du malade soumis à votre examen.

Le diagnostic histologique, par lequel je veux maintenant terminer, n'offre plus de difficulté ; il s'impose de lui-même : nous savons, de par les travaux importants qui depuis longtemps ont étudié ces lésions des os, qu'il s'agit ici de la tuberculose. Nous sommes, en effet, bien loin de l'époque où Louis affirmait qu'il ne saurait y avoir de tubercules dans un organe quelconque, si déjà le poumon n'était pas atteint, et le malade dont je vous ai rapporté l'histoire est un de ces exemples vulgaires de la tuberculose localisée dans les os, dans un tissu, sans que les poumons présentent la moindre lésion.

Cependant, quand la tuberculose est locale, un seul os par exemple se trouvant envahi, quand vous ne trouvez rien dans les viscères, rien sur les organes génitaux, ne devez-vous pas, quant même, faire des réserves pour l'avenir ? Notre malade est directement menacé, il porte une lésion qui compromet sa vie, parce qu'une circonstance quelconque peut, ailleurs, amener l'explosion d'accidents plus graves.

Ici se place, naturellement, en présence d'un tel fait, la question de l'intervention. Faut-il intervenir pour éteindre ce foyer? La réponse est facile. Quand vous pouvez atteindre et dépasser les limites du mal, vous devez le détruire ; vous devez, dans tous les cas, chercher à le détruire par une voie détournée, si, sur

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

lui, vous ne pouvez arriver par les moyens ordinaires.

Irai-je, ici, par une incision, ouvrir le foyer et ensuite ruginer le point malade! J'y renonce. Non pas que je croie une telle opération impraticable et nuisible absolument, mais parce qu'il me semble qu'on peut encore modifier les surfaces et tarir le pus par d'autres agents qu'une opération sanglante dont l'issue est toujours incertaine et quelquefois fort grave dans ces lésions chroniques.

Dois-je, enfin, avant de chercher à agir sur l'abcès, redresser le membre et le placer dans une bonne position? Certainement, il n'y aurait pas là de difficulté sérieuse. Après anesthésie par le chloroforme, je redresserais peu à peu, sans violence, et je serais toujours à temps de m'arrêter si je reconnaissais que la résistance est telle que je ne dois pas chercher à la vaincre. Mais une telle pratique ne me paraît pas exempte de dangers.

L'inflammation dans ce foyer n'est pas encore éteinte, et je pourrais, sur la lésion osseuse, déterminer un retentissement fâcheux. De plus, si attentifs que soient mes mouvements, si proportionnée que soit la force employée par mes mains, je pourrais produire sur les fibres du psoas déjà malade et contracturé des déchirures. Et ces déchirures avec la petite perte de sang qui les accompagnerait, que deviendraient-elles si non des foyers à suppuration, une cause enfin de psoïtis sur un muscle tout préparé pour recevoir le processus inflammatoire.



Je crois donc qu'il faut se restreindre et songer uniquement au foyer. J'emploierai l'iodoforme.

Il y a un an, vous avez pu voir, dans ma salle 8, une jeune fille qui avait un volumineux abcès par congestion saillant du côté de la fesse et vers l'arcade crurale. Elle fut tour à tour traitée par le professeur agrégé Lagrange, qui me remplaçait, et par moi de la même façon. Nous lui fîmes des injections d'éther iodoformé après avoir évacué le pus. La suppuration, qui avait fini par s'établir par des trajets restés perméables, se tarit peu à peu et jamais nous n'observâmes d'accidents putrides, tant le traitement suffisait pour rendre aseptiques ces trajets eux-mêmes. Comparez ce résultat avec ce qu'on observait autrefois : tous les abcès ponctionnés ou ouverts devenaient bientôt des foyers d'infection putride.

L'iodoforme, s'il ne modifie pas d'emblée tout le foyer dans lequel on l'injecte, a du moins le mérite de mettre à l'abri de la putridité les trajets fistuleux quand ils s'établissent.

Ensuite, on a tout lieu d'espérer, surtout quand le foyer se rétracte, que l'iodoforme injecté, restant en contact avec les parois, pourra modifier les surfaces et agir même sur le point malade qui a été l'origine de tous les accidents.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Je me résume, Messieurs, en vous disant que je vais de suite pratiquer une première ponction suivie d'injection à l'iodoforme, que je répéterai cette ponction et cette injection s'il y a lieu, et qu'enfin je me déciderai plus tard à intervenir par une large incision et le grattage, si je reconnais que ces moyens plus simples n'ont pas réussi, et qu'il faut tenter encore un suprême effort pour obtenir la guérison.

## QUATORZIÈME LEÇON

### Sur un cas de phlegmon de la fosse iliaque.

Observation établissant la liaison probable entre l'état puerpéral et la maladie actuelle.

Diagnostic de la lésion elle-même, — de sa cause première, — de son siège. — Influence du système lymphatique. — Comparaison entre les abcès profonds sous-aponévrotiques et les abcès sous-péritonéaux.

Marche de la maladie. — Indications qui en découlent. — Traitement.

MESSIEURS,

Dans deux des précédentes leçons, je vous ai démontré que les affections développées dans la région de la hanche et cependant étrangères à l'articulation, pouvaient présenter des symptômes qui en imposaient pour une lésion profonde de l'articulation, pour une coxalgie. Les muscles contracturés ou altérés dans leur texture amènent, en effet, des déviations, et la douleur, compagne presque obligée de ces attitudes vi-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Je me résume, Messieurs, en vous disant que je vais de suite pratiquer une première ponction suivie d'injection à l'iodoforme, que je répéterai cette ponction et cette injection s'il y a lieu, et qu'enfin je me déciderai plus tard à intervenir par une large incision et le grattage, si je reconnais que ces moyens plus simples n'ont pas réussi, et qu'il faut tenter encore un suprême effort pour obtenir la guérison.

## QUATORZIÈME LEÇON

### Sur un cas de phlegmon de la fosse iliaque.

Observation établissant la liaison probable entre l'état puerpéral et la maladie actuelle.

Diagnostic de la lésion elle-même, — de sa cause première, — de son siège. — Influence du système lymphatique. — Comparaison entre les abcès profonds sous-aponévrotiques et les abcès sous-péritonéaux.

Marche de la maladie. — Indications qui en découlent. — Traitement.

MESSIEURS,

Dans deux des précédentes leçons, je vous ai démontré que les affections développées dans la région de la hanche et cependant étrangères à l'articulation, pouvaient présenter des symptômes qui en imposaient pour une lésion profonde de l'articulation, pour une coxalgie. Les muscles contracturés ou altérés dans leur texture amènent, en effet, des déviations, et la douleur, compagne presque obligée de ces attitudes vi-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

cieuses, se produit avec intensité pour immobiliser la jointure et rendre l'examen difficile.

La malade à laquelle je viens, il y a un instant, de pratiquer une large incision pour ouvrir une collection purulente de la partie supérieure de la cuisse est une nouvelle preuve de cette vérité, mais chez elle le phénomène est très complexe. Non seulement nous retrouvons la plupart des signes de la coxalgie, mais il faut encore explorer avec le plus grand soin les mouvements et l'attitude du membre pour arriver à cette conclusion que, si l'articulation n'a pas été la première atteinte, elle est peut-être malade aujourd'hui, envahie de proche en proche par une inflammation venue des régions voisines.

C'est une jeune femme de vingt-sept ans, qui a eu en peu de temps cinq grossesses. Son dernier enfant n'est pas venu à terme. Au septième mois, une hémorrhagie abondante, causée par une insertion vicieuse du placenta, a rapidement provoqué l'accouchement, et nous savons qu'après un repos insuffisant de huit jours, la malade est sortie de l'hôpital. Elle était bien alors, mais la guérison était beaucoup plus apparente que réelle. Huit jours ne suffisent pas pour que l'utérus ait repris ses proportions normales, pour que la plaie soit cicatrisée, pour que les ligaments utérins aient retrouvé leur souplesse. Après un aussi court espace de temps, il y a encore de la congestion, le travail de réparation n'est pas terminé et, si la malade



se lève et marche, il se produit des tiraillements, de la douleur, et tous les accidents des plaies deviennent à craindre.

Aussi, Messieurs, cette femme, qui presque aussitôt après sa sortie de l'hôpital avait repris son travail ne tarda-t-elle pas à ressentir de la douleur dans le membre inférieur gauche et dans le ventre. Elle négligea ce premier avertissement et ne garda point le repos. Les souffrances s'accrurent rapidement et des frissons, des vomissements survinrent. En même temps, le membre se fléchit un peu. Vaincue par la douleur, affaiblie par la fièvre, elle se décida enfin à entrer de nouveau à l'hôpital et fut admise dans le service médical de mon confrère et ami le professeur agrégé Lande.

J'ai su que ce dernier avait immédiatement porté le diagnostic de pelvi-péritonite et prescrit un traitement rigoureux dont les bons effets ne s'étaient pas fait attendre. Après un mois et demi de séjour à l'hôpital, cette malade pouvait, en effet, revenir chez elle. Elle n'était cependant pas guérie.

De nouvelles douleurs, des frissons, la perte complète de l'appétit, l'obligèrent, au bout de quelques jours, à revenir encore à Saint-André, et cette fois le service médical chargé des admissions jugea qu'elle devait être placée dans une salle de chirurgie.

Suivez, Messieurs, les détails fournis par l'examen qui fut fait alors. Le teint était blafard, la figure amai-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

grie, tout l'aspect de cette malade indiquait bien les ravages produits par cinq mois de souffrances. Le pouls était rapide, et la fièvre presque continue reprenait chaque soir avec une nouvelle intensité. Pendant la nuit, des sueurs abondantes se produisaient souvent : plus d'appétit, alternatives constantes de constipation et de diarrhée.

L'état local se trouvait bien en rapport avec cet ensemble de faits révélant une lésion inflammatoire sérieuse. La cuisse fléchie sur le bassin, la jambe maintenue immobile elle aussi en demi-flexion, tout le membre porté en rotation interne, le pli fessier effacé, la cambrure lombaire, nous avertissaient d'abord que la hanche, tout au moins, participait de quelque manière à l'affection déjà ancienne; mais l'exploration immédiate de la jointure pouvait seule nous dire à quel degré et sous quelle forme elle était intéressée. On pouvait s'attendre à trouver l'articulation complètement libre et à constater que l'attitude vicieuse était le résultat d'une simple contracture musculaire. Or, quand on cherchait à étendre la cuisse, on voyait bien que l'immobilité n'était que relative, qu'il était possible de produire encore quelques mouvements, mais tous les mouvements étaient fort limités. Extension, adduction et abduction, rotations diverses, tous ces changements de position étaient à la rigueur possibles, mais dans des proportions des plus restreintes. Pendant que je les produisais, je ne pouvais



constater le moindre froissement, le plus petit craquement, et j'aurais été disposé à croire que la jointure n'avait rien, malgré l'immobilité dont elle était frappée, si d'autres signes n'étaient immédiatement venus m'avertir du contraire.

Je crois que la hanche est malade. Pour l'affirmer, je ne veux pas m'appuyer sur l'attitude vicieuse très insuffisante pour me permettre de porter ce jugement, mais sur diverses manœuvres dirigées sur l'articulation. Toute pression sur la partie antérieure de la hanche, toute percussion sur le grand trochanter, provoquait de la douleur et quand, après avoir soulevé le membre entier, je frappais la plante du pied pour l'ébranler, la douleur s'accusait encore davantage. Il n'était plus permis de douter que déjà l'articulation fut envahie par l'inflammation et je vous démontrerai bientôt que cette inflammation, loin d'être primitive, n'était, en effet, que la conséquence d'une autre lésion fort grave qui, par son évolution lente, explique les divers accidents survenus depuis l'accouchement prématuré.

Cette autre lésion a son siège dans la fosse iliaque. C'est là, en effet, que la malade a, dès le début, ressenti ses premières douleurs, et qu'elle a vu, nous dit-elle, du gonflement se produire: C'était bien là que la vue seule révélait de suite un empâtement des tissus, une voussure manifeste, et que la main rencontrait une induration profonde, expression directe d'un travail inflammatoire.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

L'exploration méthodique de cette fosse iliaque gauche nous fit découvrir qu'indépendamment d'une saillie formée par le muscle psoas contracturé, il existait un empâtement diffus que les doigts pouvaient suivre dans toute la fosse iliaque, mais qu'ils perdaient bientôt en dedans comme s'il s'était continué dans l'excavation du bassin. Il se trouvait limité en avant par l'arcade crurale, mais d'une façon peu précise : en haut et en dehors, au contraire, on sentait nettement le bord tranchant de l'os iliaque formant là des limites très-nettes.

Le pli inguinal était en partie effacé, on y voyait même une voussure marquée, surtout en dehors, se continuant avec la tuméfaction de la fosse iliaque et arrivant insensiblement à la partie supérieure et externe de la cuisse également tuméfiée où, sans difficulté, les doigts rencontraient une fluctuation sensible.

Ces premiers faits constatés, je portai une main sur la région iliaque, et pendant qu'avec les doigts de l'autre main je cherchais à déprimer le foyer crural, je constatai que la sensation de flot se transmettait facilement de l'un à l'autre côté et qu'il s'agissait bien d'une nappe purulente venue de la fosse iliaque vers la partie supérieure de la cuisse.

La marche de cette affection, la manière dont elle a évolué, les troubles digestifs accusés par de la constipation et de la diarrhée, enfin les phénomènes



locaux que maintenant vous connaissez, et dont vous pouvez saisir les liaisons et la vraie signification, ne vous permettent pas de conserver le moindre doute sur l'existence d'nn phlegmon ayant eu pour point de départ la fosse iliaque. Les réponses précises de notre malade nous apprennent, en effet, que la collection, que la tuméfaction retrouvée à la partie supérieure et externe de la cuisse n'a paru que bien après la tuméfaction de la fosse iliaque. Mais croyez bien, Messieurs, qu'il existe cependant dans le développement de cet abcès iliaque quelque chose d'anormal, et je veux plus tard revenir sur le caractère spécial de cette observation.

Je dois maintenant répondre à deux questions : l'origine de ce phelgmon et son siège précis dans la fosse iliaque?

L'origine ne me semble pas douteuse. C'est dans l'utérus et ses annexes qu'il faut la chercher. Vous n'oubliez pas, en effet, que la maladie débuta presque immédiatement après l'accouchement, et qu'il existe ainsi une relation certaine entre les accidents inflammatoires et la plaie utérine.

Aujourd'hui, nous connaissons bien, depuis les travaux de Lucas-Championnière, la voie que suit dans le système utérin, toute inflammation qui, partie de l'utérus lui-même, gagne peu à peu les ligaments larges et la fosse iliaque : des lymphatiques nombreux la conduisent du réseau initial aux ganglions. On s'explique

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ainsi comment une irritation, développée sur la plaie qui succède à l'accouchement, après la délivrance, peut se propager aux ligaments larges et les franchir pour aller plus loin, comme chez notre malade, qui dès le début fut frappée d'une pelvi-péritonite, quand on la conduisit dans le service du Dr Lande; des accidents se sont sans cesse reproduits depuis cinq mois. Elle s'était levée trop tôt après l'accouchement; elle avait, contre toute règle de prudence, repris son travail avant guérison complète, et l'inflammation née sur la plaie qui n'était pas encore tout à fait réparée s'est peu à peu, en suivant les lymphatiques, propagée vers les ligaments utérins. Après un premier séjour à l'hôpital, elle fut considérée comme guérie et sortit pour rentrer chez elle; mais les douleurs et la fièvre ont reparu depuis. Quand elle est de nouveau venue réclamer son admission dans nos salles, j'ai pu constater qu'en effet la pelvi-péritonite avait guéri sans laisser de traces; l'utérus était libre, les ligaments larges n'étaient plus indurés et le doigt ne retrouvait autour du col aucun point spécialement sensible. La guérison était donc réelle quand la malade quitta pour la première fois l'hôpital; mais il est cependant certain que l'inflammation avait suivi les lymphatiques des ligaments larges et s'était enfin localisée dans les ganglions iliaques : la lymphangite avait marché suivant son processus habituel, abandonnant le terrain primitivement atteint pour concentrer son



action sur de nouveaux tissus; et les ganglions enflammés étaient devenus un centre d'où le mal envahissait bientôt le tissu cellulaire voisin. L'adéno-phlegmon n'avait ici d'autre particularité que ses conséquences graves, car il ressemblait à tous les adéno-phlegmons des autres régions. Que de fois vous avez étudié la marche de ces inflammations du système lymphatique dans les plaies simples des extrémités, des doigts par exemple, qui, négligées ou soumises à de mauvais pansements, amènent des adénites axillaires et des adéno-phlegmons.

Ce qui se passe au membre supérieur, dans ces cas très simples et d'une explication facile, ressemble absolument au processus qui, dans les suites de couches, régit la marche des inflammations utérines propagées aux régions voisines.

Il reste donc établi, Messieurs, que l'origine des accidents observés chez cette malade ne fait plus l'objet d'un seul doute. S'il en restait un seul, vous devriez encore vous rappeler que le phlegmon de la fosse iliaque est rarement primitif, même après les contusions, les traumatismes divers. Il faut toujours, pour en trouver la cause vraie, chercher dans l'utérus et ses annexes, s'adresser à l'S iliaque s'il s'agit du côté gauche, au cæcum s'il s'agit du côté droit; enfin, au membre inférieur lui-même, dont les maladies peuvent avoir retenti sur les troncs lymphatiques en rapport de continuité avec les ganglions iliaques; et



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

l'observation de notre malade établit d'une façon certaine que l'utérus a été le premier atteint. S'il restait un doute dans vos esprits, je vous dirais encore que le phlegmon iliaque gauche est le plus souvent puerpéral, tandis que celui du côté droit reconnait pour origine ordinaire une altération du tube digestif. Dans ce dernier fait d'observation, que le raisonnement ne peut soutenir, que la clinique, en revanche, ne peut démentir, vous tenez une dernière preuve de l'origine utérine, puerpérale de la maladie que vous étudiez avec moi.

Voyons maintenant la question du siège précis de cette collection purulente ? Est-elle sous-péritonéale ou sous-aponévrotique? Pour déterminer exactement la situation qu'elle occupe, il faut examiner son mode d'évolution, la forme et les caractères de la tuméfaction.

Vous concevez en effet, Messieurs, qu'un phlegmon sous-péritonéal, peut et doit, à cause du voisinage d'une aussi vaste séreuse, déterminer sur elle des phénomènes d'irritation qui peut-être ne seront pas de la péritonite vraie, mais au moins du péritonisme. Dans ces conditions-là, il y a de la fièvre, des douleurs très vives, des vomissements, du ballonnement du ventre, du météorisme, et une anxiété générale qui en impose pour une affection des plus graves et dont l'issue peut à la rigueur être fatale. Au contraire, dans le phlegmon sous-aponévrotique, cet



appareil spécial n'existe pas et les phénomènes locaux dominent la scène.

Je ne crois pas qu'en aucune circonstance, notre malade ait présenté cette réaction vive, ces troubles digestifs, rapides et graves, provoqués par une inflammation de la séreuse abdominale. Le phénomène qui a prévalu sur tous les autres, c'est l'attitude bizarre du membre, sa rétraction : preuve certaine que, dès le début, il y a eu une action portée sur le muscle iliaque et peut-être même sur le psoas.

On comprendrait difficilement qu'un phlegmon sous-péritonéal puisse avoir une influence marquée sur le muscle voisin, tandis que, développé sous l'aponévrose, il ne peut manquer d'irriter ses fibres, d'en amener la contraction et plus tard la rétraction.

Retenez donc que ce signe du début, l'attitude vicieuse du membre, est une note d'un grand poids pour le diagnostic que nous allons porter.

Une autre considération d'une très haute valeur encore, c'est celle qui tient à la situation même de l'empâtement. Quand l'abcès s'établit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, l'inflammation, le gonflement, n'ont pour limites que la résistance du péritoine et de l'intestin recouvert par lui (résistance bien faible, qui se laisse vaincre de suite !) : péritoine et intestin sont repoussés aussi loin que le veut la violence du phlegmon, et le gonflement s'étend vers la ligne médiane, dans la cavité abdominale,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

alors qu'en dehors, une barrière infranchissable, la crête iliaque, ne lui permet pas de s'étendre vers elle.

Quelle différence avec le phlegmon sous-aponévrotique, bridé par une aponévrose et un plan osseux, maintenu à l'étroit dans une loge exiguë, obligé de se faire petit à mesure qu'il s'étend ! Aussi ce dernier ne fait-il que très peu de saillie, et bien souvent, est-il très difficile de retrouver la fluctuation, quand le pus s'est collecté dans une loge étroite qui, par sa résistence, augmente à un haut degré la tension.

Ces considérations nous permettent encore d'affirmer avec plus de certitude que le phlegmon s'est développé sous l'aponévrose.

Quelles sont, maintenant, et son influence sur les parties voisines, et ses tendances, son mode d'extension ?

Pensez-vous d'abord que l'attitude vicieuse du membre inférieur gauche tienne uniquement à la contraction spasmodique des muscles psoas et iliaque? Au début, je crois qu'il en a été ainsi, mais aujourd'hui cette cause ne saurait être invoquée. Il existe autre chose. Je vous ai fait pressentir que l'articulation elle-même était, depuis un certain temps, atteinte par l'inflammation ; il me reste à déterminer suivant quel mode elle a été envahie.

Assurément, la suppuration qui s'est collectée dans son voisinage, à la partie supérieure de la cuisse, ne vient pas de la jointure. Il n'y a pas d'arthrite suppurée, car, si le pus s'était formé sur les ligaments et les extrémités articulaires, il existerait des désordres considérables, on percevrait des craquements, et rien de tout cela n'existe, vous le savez très bien. Il ne s'agit plus, au contraire, que d'une lésion secondaire, consécutive. Quel est donc le processus?



Nous n'avons, pour le saisir, qu'à faire appel à nos connaissances anatomiques. Le tendon du psoas iliaque se trouve doublé par une bourse séreuse très souvent en communication directe avec l'articulation coxo-fémorale. Dès lors, une inflammation qui arrivera dans le voisinage de cette bourse séreuse, pourra l'irriter, l'enflammer à son tour, et l'articulation se trouvera sérieusement atteinte.

Chez notre malade, les choses se sont passées ainsi et l'arthrite coxo-fémorale existe; elle existe à l'état d'arthrite simple, non suppurée; mais pouvons-nous préjuger de l'avenir, et le pus ne se formera-t-il pas un jour dans la cavité articulaire? Les plus grandes réserves doivent être faites à cet égard. Actuellement, je reste convainu que le peu d'intensité de l'arthrite nous permet d'espérer une solution moins grave: la résolution, en un mot, à mesure que la maladie perdra du terrain.

Observez maintenant ce qui se passe vers la fosse iliaque. Généralement, les phlegmons de cette région ont de la tendance à s'étendre dans le tissu cellulaire voisin ; ils montent aussi quelquefois dans la région

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

lombaire pour gagner la nappe cellulaire qui enveloppe le rein, et ils affectent cette marche ascendante, surtout dans les cas anciens à évolution plus lente qu'on peut voir ainsi s'élever peu à peu de la fosse iliaque jusqu'au diaphragme... Dans une circonstance, je dus inciser en arrière, en dehors de la masse commune, un de ces volumineux abcès qui occupait tout l'espace compris entre l'os iliaque et les dernières côtes.

Chez le malade que vous étudiez, le phlegmon n'a pas suivi cette marche ; il n'y a rien à la région lombaire : l'inflammation, retenue par ses limites supérieures, résistantes, fibreuses, a suivi un autre chemin, Elle s'est avancée sous l'arcade crurale et a formé, à la partie supérieure de la cuisse, un foyer assez important. Glissant sous l'aponévrose, elle a franchi l'arcade, et deux foyers se sont trouvés en communication directe, comme l'a témoigné la fluctuation qu'on pouvait renvoyer de l'un à l'autre.

Ordinairement, Messieurs, la suppuration des abcès iliaques vient directement en avant, au-dessus ou au-dessous du ligament de Fallope, perforant la peau plus ou moins haut, suivant que ces deux trajets ont été choisis par elle, et c'est en général la partie interne du pli inguinal, plus ou moins près de la racine du membre, qui devient le siège de ces perforations. Mais ici la propagation, la fusée s'est faite en dehors, entre les deux épines iliaques, en décollant le fascia



lata. Mon bistouri, pour pénétrer dans le foyer a dû, en effet, inciser cette aponévrose.

Cette marche spéciale n'est pas une étrangeté, une rareté, Messieurs, et bien d'autres ont signalé des cas analogues. Velpeau a rapporté l'observation d'un abcès qui avait franchi l'échancrure sciatique.

Quand j'ai, pour la première fois, examiné cette femme, un instant j'ai cru que ce trajet exceptionnel par l'échancrure sciatique allait encore être observé chez elle ; elle présentait, à la partie profonde de la fesse, près de l'échancrure, une douleur assez vive ; mais bientôt j'ai compris que ces manifestations de la douleur étant excessives et que sur divers points on pouvait les obtenir alors que rien de suspect ne se passait à leur niveau.

La marche des collections purulentes n'est pas toujours celle que je viens de vous dire, Messieurs. Elles ne tendent pas toujours à perforer la peau, bien au contraire. On les voit perforer le vagin, l'utérus lui-même, la vessie, l'intestin surtout, et puisque je vous parle de la tendance spéciale qu'elles ont à se vider au travers d'une perforation du tube digestif, laissez-moi vous signaler une particularité bien utile à connaître si vous ne voulez pas être un jour surpris dans votre pratique :

*Ces abcès iliaques, contiennent souvent beaucoup de gaz*. Plusieurs fois il m'est arrivé de retrouver, en les percutant, de la sonorité qui tenait bien à la présence

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

de gaz qui cependant ne venaient point d'un intestin perforé. Cette sonorité n'est pas l'indice certain d'une ouverture de l'intestin, bien qu'elle puisse encore être expliquée par elle. Les gaz ainsi répandus dans l'abcès sont-ils le résultat d'un phénomène d'exosmose ou viennent-ils de la putridité du foyer? On ne le sait, et les interprétations s'effacent devant la réalité.

Résumons-nous maintenant. Une vue d'ensemble portée sur l'observation qui vient de servir de base à cette leçon vous indique assez, Messieurs, la gravité des abcès de la fosse iliaque.

Décollements nombreux, qui laissent, même quand ils guérissent, les malades très faibles tant le travail de réparation a été long et pénible.

Trajets fistuleux persistants quelquefois, surtout quand l'intestin a été ouvert; fistules intestinales et cutanées.

Complications diverses, liées toujours à la suppuration trop longtemps maintenue et aux trajets fistuleux eux-mêmes.

Tout cela est à retenir si l'on veut porter un pronostic sérieux qui ne se trouve pas démenti plus tard. Mais je ne veux pas m'appesantir sur ce sujet qui s'éloigne de mon observation. Je termine en vous parlant de l'intervention.

En vous disant que ces abcès iliaques s'étendent assez rapidement et souvent trop loin, je vous ai fait comprendre que le devoir du chirurgien était avant



tout de s'opposer à cette marche. Je suis loin de partager l'optimisme de ceux qui prescrivent au contraire d'attendre beaucoup des ressources de la nature et disent que fatalement le pus se fera jour vers l'intestin et que dans tous les cas, un genre quelconque de perforation est préférable à l'incision prématurée. Cette pratique ne tient aucun compte des désordres considérables qu'elle peut préparer et des complications graves, telles, par exemple, que l'introduction de gaz et de matières septiques dans le foyer purulent.

Retenez comme nécessaire l'obligation où vous êtes toujours de prévenir les graves lésions qui se préparent et proposez-vous d'intervenir avant elles par une bonne incision faite sur le point qui vous semblera le mieux préparé.

Il n'y a pas de règle absolue. Vous porterez le bistouri au-dessus de l'arcade si l'abcès fait saillie sur elle; au-dessous, s'il a suivi un trajet analogue à celui que vous avez vu chez votre malade; en arrière, près du pli fessier si la fluctuation apparaît à ce niveau.

Quel que soit le siège de votre incision, faites-la toujours large pour qu'elle se prête à l'écoulement facile du pus, et n'oubliez pas d'introduire ensuite un gros drain qui vous permettra de faire de fréquents lavages antiseptiques.

Par le drainage et les injections vous préviendrez le croupissement du pus, vous favoriserez le retrait

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

du foyer et éviterez les fistules qui pourraient s'établir.

Vous n'oublierez pas davantage de maintenir jusqu'à guérison complète un pansement antiseptique sans lequel la septicémie pourrait se produire peut-être et vous joindrez à ce pansement une compression douce et uniforme destinée à aider l'accolement du foyer et la sortie des liquides secrétés par lui.

# QUINZIÈME LEÇON

## Mal perforant.

**Histoire du malade. Autres exemples de sujets traités dans le service. Théories diverses sur la pathogénie de cette affection.**

**Influence d'une attitude vicieuse du pied sur le siège de la lésion : pressions mécaniques.**

**Traitement : Opérations graves auxquelles peut conduire le mal perforant.**

MESSIEURS,

Dans cette leçon, je vous parlerai d'un malade de la salle 17 qui porte sur la face inférieure du gros orteil une ulcération ancienne et rebelle, et j'aurai soin de rapprocher mon observation de celles d'autres sujets qui me serviront à retracer devant vous l'histoire complète d'une maladie à évolution bizarre et dont la pathogénie mérite une étude attentive : je veux dire *le mal perforant*.

Cet homme a quarante-deux ans, mais il est déjà vieux par ses artères toutes plus ou moins ossifiées.

UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

du foyer et éviterez les fistules qui pourraient s'établir.

Vous n'oublierez pas davantage de maintenir jusqu'à guérison complète un pansement antiseptique sans lequel la septicémie pourrait se produire peut-être et vous joindrez à ce pansement une compression douce et uniforme destinée à aider l'accolement du foyer et la sortie des liquides secrétés par lui.

# QUINZIÈME LEÇON

## Mal perforant.

**Histoire du malade. Autres exemples de sujets traités dans le service. Théories diverses sur la pathogénie de cette affection.**

**Influence d'une attitude vicieuse du pied sur le siège de la lésion : pressions mécaniques.**

**Traitement : Opérations graves auxquelles peut conduire le mal perforant.**

MESSIEURS,

Dans cette leçon, je vous parlerai d'un malade de la salle 17 qui porte sur la face inférieure du gros orteil une ulcération ancienne et rebelle, et j'aurai soin de rapprocher mon observation de celles d'autres sujets qui me serviront à retracer devant vous l'histoire complète d'une maladie à évolution bizarre et dont la pathogénie mérite une étude attentive : je veux dire *le mal perforant*.

Cet homme a quarante-deux ans, mais il est déjà vieux par ses artères toutes plus ou moins ossifiées.

UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

C'est un vieil alcoolique, exerçant l'état de terrassier et soumis par conséquent aux rudes travaux des champs, aux fatigues de toutes sortes et à la misère. Sa santé ne paraît pas avoir été troublée par de graves maladies; il nous dit seulement qu'en 1866, il eût quelques accidents vénériens dont l'influence sur les années suivantes peut s'être manifestée sans que nous ayons à cet égard des preuves.

C'était un chancre, suivi d'ulcérations dans la gorge, de taches sur la peau qui disparurent après peu de temps et ne reparurent jamais par la suite. Retenons ce précieux renseignement; il peut à la rigueur nous indiquer la nature des lésions centrales aujourd'hui en puissance qui ne sont pas toujours liées à la syphilis mais ont quelquefois des relations avec elle.

La rigueur des faits m'oblige du reste à établir ici que déjà, en 1865, ce malade, avant l'apparition des accisyphilitiques, eut sous l'orteil droit un durillon qui s'ulcéra et ne guérit qu'après un repos d'un long mois à l'hôpital.

Cette première ulcération avait disparu depuis six mois quand deux autres durillons se montrèrent, l'un sous l'orteil droit et l'autre sous l'orteil gauche et restèrent sans se modifier pendant trois années. Le malade ne se soignait point et s'il consentit un instant à entrer à l'hôpital ce fut pour y faire un séjour de très courte durée.

Trois ans venaient de se passer ainsi. N'éprouvant rien de spécial, il se considérait comme peu malade, quand des douleurs aiguës dans la plante du pied et dans le mollet commencèrent à paraître. Les ulcérations étaient guéries. Ces douleurs furent négligées comme l'avaient été les petites plaies.



Mais en avril dernier, l'orteil gauche d'abord, le droit ensuite se tuméfièrent tout à coup et s'ulcérèrent toujours dans les mêmes points, pour ne plus guérir. Le malade fut alors obligé de rentrer à l'hôpital.

Un premier fait nous a frappé quand nous l'avons examiné. Sur la région plantaire, les deux orteils sont épaissis, durs, cornés. Ils sont recouverts de couches épidermiques accumulées formant d'épais durillons de dimensions comparables à une pièce de 50 centimes et au centre desquels brusquement le tissu corné se déprime en forme d'ombilic. Cette dépression conduit sur une ulcération, sur une cavité étroite d'où la pression fait sourdre un liquide séro-purulent.

Les bords de cette ulcération se trouvent donc très indurés, et quand nous avons détaché les plus grosses lamelles qui les composaient, on voyait nettement que le derme était en partie détruit et que lui seul fournissait un suintement.

Plus loin, nous avons vu l'épiderme encore épaissi, mais cet épaississement ne porte pas seulement sur les couches cornées de la peau, il s'avance plus profondément, immobilise le derme, se prolonge jusqu'au

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

tissu cellulaire, de sorte que tout l'ensemble de l'orteil forme une masse de tissus durs où tout paraît confondu.

Plus loin encore, c'est-à-dire sur la région plantaire tout entière, il existe une tendance marquée à la formation de productions épidermiques, et sur chaque point correspondant aux têtes des métatarsiens, il y a des durillons.

Là ne s'arrêtent pas encore les altérations trophiques; les ongles sont épaissis et déviés, le système pileux de la face dorsale a pris un développement exagéré, les pieds sont toujours baignés d'une sueur abondante.

Enfin, plus profondément, le palper vous fait découvrir une augmentation de volume du squelette : les deux phalanges des orteils malades sont plus grosses, plus irrégulières que d'habitude. Les articulations sont saines, notez-le, et n'offrent aucun craquement quand on les fait mouvoir en tous sens.

L'état des os mérite d'autant plus d'être examiné que l'exploration des petites plaies au moyen du stylet vous fait constater qu'elles sont peu profondes et ne dépassent pas les limites du derme.

Tels sont les signes fournis par l'état local. Recherchons, maintenant, quelle est l'origine de cette double lésion?

Vous avez sans doute remarqué le retour périodique de ces ulcérations et les nombreux troubles trophiques



que je viens de vous rappeler. Tout cela vous dit clairement que vous n'êtes point en présence de ces simples durillons constitués par un épaississement tout local, ordinairement bien limités à l'épiderme et qui, sauf de rares exceptions et toujours avec des caractères qui n'offrent rien de spécial en dehors d'un travail inflammatoire de courte durée, ne s'accompagnent jamais d'ulcérations profondes.

Vous restez encore convaincus qu'il ne s'agit pas d'une inflammation ulcéreuse d'une bourse muqueuse sous-jacente à des durillons : quand de semblables lésions surviennent, il se produit accidentellement par pression ou par excès de fatigue, une inflammation, bientôt une ulcération, enfin, un petit trajet fistuleux, mais en aucune circonstance vous n'avez dans le voisinage ces nombreux troubles trophiques observés chez cet homme, ni surtout des altérations de la sensibilité périphérique.

C'est qu'en effet, Messieurs, la sensibilité près de ces deux ulcérations se trouve bien compromise, et sur certains points abolie. Sur les plaies et autour d'elles j'ai enfoncé de grosses épingles dans les tissus; le malade n'a rien senti : à deux ou trois centimètres plus loin, j'ai répété la même exploration sans provoquer de douleur. Enfin, sur les autres orteils, si la sensibilité n'est pas perdue, elle est du moins bien émoussée : elle est soumise là à un retard fort appréciable, comme vous avez pu le voir quand je piquais

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

encore la surface de la peau. Vous concluez avec moi, Messieurs, que ces troubles profonds ne permettent pas d'avoir le moindre doute sur cette première assertion qu'il ne s'agit pas ici d'une affection simple.

Poursuivez encore la recherche d'un diagnostic exempt d'hésitation, vous verrez qu'une altération quelconque des os ou des articulations ne saurait être mise en cause. Sans doute, il y a du gonflement des phalanges, mais ces os sont insensibles à la pression, et ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans l'ostéite, de quelque nature qu'elle soit. Au reste, vous ne perdrez pas de vue que ces altérations sont venues bien longtemps après la formation des durillons et qu'il n'y a là rien qui ressemble à la marche d'un trajet fistuleux consécutif à une lésion osseuse. Cette lésion osseuse, vous l'avez cherchée avec votre stylet, et l'instrument s'est arrêté sur la peau sans pouvoir pénétrer plus profondément.

Il reste donc bien établi qu'il ne s'agit ni d'une altération entretenue par une lésion simple de la peau ou des parties molles, ni d'un trajet conduisant sur des os malades.

Je viens de passer en revue les maladies accidentelles de la peau, les affections osseuses; puis-je admettre qu'une diathèse telle que la syphilis ou la scrofule, qu'une tumeur, l'épithélioma, par exemple, méritent un sérieux examen?

L'histoire de ce malade nous apprend bien qu'il a



eu la syphilis, mais les caractères simples, affectés par les ulcérations, ne sont nullement en rapport avec l'infection syphilitique. Elles sont petites, sans tendance marquée à l'envahissement des tissus voisins, à peine taillées à l'emporte-pièce, ne coïncident avec aucune autre manifestation pouvant en imposer pour la syphilis. Elles n'ont pas, vous le voyez, les caractères requis pour faire penser à une affection spécifique.

Admettrez-vous la scrofule? La forme étroite des plaies, l'absence de fond violacé et fougueux, de décollement sur les bords, excluent d'autant plus cette opinion, qu'il n'y a dans les antécédents rien qui puisse la soutenir.

Vous ne penserez pas davantage à l'épithélioma, puisqu'il n'existe ici ni induration avec renversement et bourgeonnement des bords de la plaie, que vous ne faites, par la pression, sourdre autre chose que du liquide séro-purulent, et qu'il ne s'est pas produit dans les régions ganglionnaires voisines le moindre retentissement.

Nous restons, Messieurs, en présence d'un simple cas de mal perforant plantaire des deux gros orteils, et nous allons de suite étudier sa pathogénie.

Je me suis suffisamment appesanti sur les troubles de la sensibilité, pour rechercher avec soin la part qui peut revenir aux lésions nerveuses; je vous ai assez répété que le malade offrait de nombreux troubles



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

trophiques, pour qu'il me soit permis de discuter à quelle altération primitive le mal perforant peut devoir son origine.

Et d'abord, voyez le siège occupé par ces ulcérations. Le plus souvent, elles sont placées sur l'extrémité antérieure des métatarsiens, mais toutes les parties du corps, du moins toutes celles qui supportent des pressions peuvent y être exposées : le talon, les orteils, plus rarement la face dorsale du pied, la main, la région fessière.

Ce fait de l'irrégularité du siège, de la dissémination du mal perforant sur des points éloignés, doit vous faire penser qu'on ne doit pas toujours l'attribuer à la même cause.

Considérez un instant les détails de l'observation qui nous occupe. Ce malade est un vieil ivrogne athéromateux, dont la nutrition périphérique se fait déjà mal, tant les vaisseaux artériels ont perdu leur souplesse et ne distribuent le sang que par l'impulsion du cœur lui-même affaibli, malade. Cette circulation incomplète entraîne avec elle un vice radical de la nutrition, et doit singulièrement prédisposer à la destruction des parties molles, quand elles sont soumises à des pressions réitérées et pénibles.

Cette théorie de l'athérome artériel cause du mal perforant, surtout soutenue par Péan et Delsol, ne peut être mise en doute, et je crois que, dans bien des circonstances, les deux théories de l'athérome et de



l'innervation défectueuse se trouvent associées, liées l'une à l'autre. Mais, que d'observations établissent que le mal perforant peut se présenter en dehors de l'athérome, ou même que des sujets peuvent arriver au dernier terme de l'athérome et se trouver dans les conditions mécaniques requises pour le développement du mal perforant sans jamais en être atteints. Assurément, on ne peut admettre que l'athérome est la cause nécessaire du mal perforant ; quand il existe, il constitue simplement une prédisposition, un état général capable de favoriser son apparition.

La circulation périphérique peut être compromise par d'autres causes encore. Il reste, dans mes souvenirs, l'exemple d'un malade atteint une première fois du mal perforant plantaire qui eut successivement quatre ou cinq récidives. Cet homme, jeune encore (il n'avait que trente ans) ne présentait pas d'altérations du système nerveux périphérique ou central : on découvrait chez lui cependant une légère diminution de la sensibilité des téguments, autour de l'ulcération, signe toujours important pour affirmer le diagnostic. Cette insensibilité, à elle seule, ne suffisait pas pour indiquer une cause que démentait l'examen le plus minutieux de la moelle et des nerfs, tandis que les artères du membre offraient des lésions évidentes. Ce malade n'était point un alcoolique ; mais il avait été, plusieurs années avant, victime d'un sérieux traumatisme. Les muscles du mollet avaient été divisés et, au fond de la

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

plaie, une hémorrhagie s'était produite ; on avait du lier l'artère tibiale postérieure. Quand j'examinai ce malade, je ne retrouvai plus les battements de la tibiate derrière la malléole interne.

Je vous signale ce fait, pour bien vous faire saisir l'importance de la circulation périphérique dans l'étiologie du mal perforant, et pour vous faire comprendre que cette circulation peut être troublée de diverses manières ; aussi, devez-vous, dans l'examen clinique de la maladie qui fait aujourd'hui l'objet de notre étude, toujours penser à l'état des artères et les examiner avec le plus grand soin.

Chez le malade que vous avez sous les yeux, les artères sont frappées d'athérome, mais elles ne constituent pas la cause essentielle; il existe des troubles nerveux périphériques et centraux. Comment méconnaître la cause nerveuse, quand nous voyons la sensibilité très compromise autour des deux ulcérations symétriques, la presque totalité du pied, surtout vers les orteils, comprise dans cette perte de la sensibilité; la sécrétion sudorale augmentée, les poils, le système pilueux exagéré, l'empâtement du tissu cellulaire et l'induration de la peau, enfin l'hypertrophie partielle du squelette de la région. Ce sont des troubles trophiques soumis dans leur évolution à des altérations nerveuses.

Par un examen plus attentif, vous découvrez ensuite que, sur les téguments de la jambe, la sensibilité est



intacte, que les muscles de toute la jambe et du pied ont conservé leur volume et leur force. Dès lors, vous ne pensez plus à une lésion périphérique isolée, vous croyez, au contraire, que le mal est plus profond, et vous devez remonter jusqu'au centre pour interroger la moelle.

Les reflexes sont abolis ; le reflexe rotulien lui-même n'existe plus, et vous savez que sa disparition est un puissant témoignage en faveur d'une altération tabétique. Il en est de même du reflexe testiculaire.

Faites lever le malade et engagez-le à se tenir debout, il n'est pas solide sur ses pieds; s'il ferme les yeux, il oscille et tomberait sans le secours de vos mains.

Voilà des signes qui s'accordent bien avec les douleurs fulgurantes bientôt avouées par le patient, avec des troubles de la vue, de la diplopie qui nous avertit encore quel trouble est porté sur le système musculaire de l'œil. Nous sommes à la première période de l'ataxie locomotrice, et les caractères abondent ici dans le sens d'un diagnostic étiologique précis.

L'ataxie, entre toutes les lésions, occupe une place importante dans la pathogénie, mais en dehors d'elle et des troubles vasculaires, n'y a-t-il plus que des exceptions?

Je ne le crois pas : d'autres causes agissent encore et peuvent intervenir d'une façon certaine. Rappelez-vous ce jeune homme que je me suis attaché à vous

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

faire examiner avant la leçon : il est depuis longtemps dans mon service, où par deux fois il a subi des amputations partielles.

Dans son enfance, il reçut, sur la surface dorsale du pied, une blessure profonde avec perte de substance. La réparation fut longue à obtenir, et laissa une cicatrice étendue qui, en se rétractant, attira vers elle les orteils en les renversant vers le dos du pied. Cette attitude vicieuse des doigts amena une saillie marquée de l'extrémité antérieure des métatarsiens qui, pendant la marche, devinrent autant de parties exposées appuyant sur le sol et supportant le poids du corps.

Cette compression permanente des os, entre le sol et le poids du corps, ne reconnaissant pas d'autre cause que le travail cicatriciel précédemment établi, devait avoir de fâcheuses conséquences. Il se fit une ulcération, simple d'abord, et qui bientôt s'étendit, pour revêtir les caractères spéciaux du mal perforant. A plusieurs reprises, sous l'influence d'un repos prolongé, elle guérit; mais dès que le sujet reprenait l'usage de son membre, la perte de substance apparaissait encore. Elle occupait un point correspondant à la tête du premier métatarsien.

Il y a deux ans, ce jeune homme fut adressé à l'hôpital Saint-André, et M. le professeur agrégé Lagrange constata qu'il n'y avait aucun trouble de l'innervation. C'était donc une ulcération de cause mécanique.

Plus tard, les choses ont changé d'aspect ; la sensibilité s'est altérée. Il semble, en effet, que la pression supportée par les métatarsiens s'est exercée peu à peu sur tous les autres tissus, même sur les nerfs, qui, maintenant, se trouvent atteints à leur tour.



Le malade dont je vous parle eut ainsi de la névrite. Sorti du service de M. Lagrange presque guéri, il revint un an après à la salle 17, avec un ensemble de symptômes qui ne laissaient aucun doute ni sur la nature du mal, ni sur les complications survenues. Il y avait alors de l'anesthésie des téguments, des troubles trophiques portant sur toutes les parties molles, de la sueur exagérée, une hypersécrétion des poils, enfin, chose remarquable, des douleurs violentes, spontanées, sur le trajet des nerfs plantaires et du tibial postérieur. C'était de la névrite consécutive, mais réagissant à son tour sur la partie primitivement malade pour entretenir et augmenter ses lésions.

Donc, Messieurs, tenez compte dans l'étiologie du mal perforant de trois facteurs : l'*innervation*, cause la plus fréquente; les *troubles de la circulation périphérique*, importants à cause des altérations nutritives qu'ils entraînent; enfin les *altérations mécaniques des téguments* qui, sous forme de pressions réitérées, finissent par amener des névrites dont il est impossible de prévoir les limites, ou plutôt auxquelles il est prudent de n'en pas assigner, puisqu'elles peuvent, de proche en proche, remonter jusqu'à la moelle.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Je viens de vous citer trois observations : elles résument complètement, ce me semble, ce qu'il faut connaître sur la pathogénie du mal perforant. Chacun de ces faits vous rappelle que cette affection est, par excellence, une maladie à retours : elle guérit par le repos et revient dès que la cause habituelle est réveillée par la suppression de ce repos : jamais vous n'avez autre chose que des guérisons provisoires.

Mais ces récidives ne sont pas sans de graves dangers : à mesure qu'elles se produisent, les ulcérations sont plus profondes. Chez le malade que nous étudions, il y eut tout d'abord une petite plaie qui guérit ; revenue après peu de temps elle se perdait, pour ainsi dire, dans une zone indurée qui, non seulement occupait la peau, mais s'avançait jusqu'au tissu sous-cutané. Peu à peu, les os eux-mêmes s'hypertrophiaient et de toutes les parties voisines, seules, les articulations se trouvaient respectées.

Ce caractère, cette marche progressive, sont constants dans le mal perforant. Aussi, Messieurs, devez-vous toujours en présence de tels malades avoir un pronostic sévère. Souvenez-vous que la récidive est fatale.

Quand vous rencontrez par hasard des sujets atteints, sous l'influence d'une cause purement mécanique, de lésions encore peu accusées et qu'une intervention rapide et sûre peut largement dépasser, alors, seulement, vous pouvez porter un jugement moins grave ;



alors seulement, vous devez songer à pratiquer une opération utile.

Mais vous serez très réservés dans les cas plus importants, où le mal a fait de grands progrès, et s'est affirmé par un ensemble de troubles nutritifs qui sont les témoins de l'atteinte profonde portée aux agents essentiels de la nutrition. Le repos, les émollients, la section méthodique des lames épidermiques épaissies, les pansements phéniqués, l'iodoforme ; vous n'avez qu'à choisir, de ces divers moyens, celui qui vous paraît le plus en rapport avec la nécessité du moment.

Réservant les opérations pour les cas où la compression paraît avoir été la seule cause coupable, vous ferez, s'il y a lieu, des amputations partielles.

C'est ainsi que, l'été dernier, je pratiquai l'amputation sous-astragalienne chez ce jeune garçon dont je vous ai raconté l'histoire. L'examen de la pièce nous démontra, du reste, qu'il y avait en effet de la névrite mais qu'elle était peu considérable. J'avais fait un lambeau épais, bien nourri : malgré cette précaution qui m'assurait une réparation rapide, il y eut un peu de mortification des bords. La cicatrisation ne fit que de lents progrès et s'arrêta si bien que M. Lagrange, qui me remplaçait pendant les vacances, dut pratiquer une seconde opération : il enleva l'astragale et les deux malléoles : la guérison fut bientôt complète.

Aujourd'hui le moignon est bon, solide et cepen-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

dant, vous avez vu que sur plusieurs points il existe un peu d'anésthesie.

Cela nous prouverait que la névrite avait déjà dépassé les limites du champ opératoire, quand nous sommes intervenus, et c'est une raison pour vous, Messieurs, de penser que vous devrez toujours être très sobre d'interventions radicales dans le mal perforant.

## SEIZIÈME LEÇON

### De la gangrène sénile des extrémités.

Exemples de deux malades admis dans le service.
Caractères divers que peut revêtir la gangrène des extrêmités. — Sa marche.
Influence du diabète.
Influence de l'ergotisme.
Considérations générales sur les causes de la gangrène des vieillards.
Pronostic et traitement.

Messieurs,

Deux malades, entrés récemment dans mes salles, nous offrent aujourd'hui un intéressant sujet d'étude. Ils ont en effet la même affection, développée dans la même région, avec des caractères identiques : je veux parler de la gangrène des extrémités, de la gangrène des orteils.

C'est d'abord une femme de soixante-seize ans, qui

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

dant, vous avez vu que sur plusieurs points il existe un peu d'anésthesie.

Cela nous prouverait que la névrite avait déjà dépassé les limites du champ opératoire, quand nous sommes intervenus, et c'est une raison pour vous, Messieurs, de penser que vous devrez toujours être très sobre d'interventions radicales dans le mal perforant.

## SEIZIÈME LEÇON

### De la gangrène sénile des extrémités.

Exemples de deux malades admis dans le service.
Caractères divers que peut revêtir la gangrène des extrêmités. — Sa marche.
Influence du diabète.
Influence de l'ergotisme.
Considérations générales sur les causes de la gangrène des vieillards.
Pronostic et traitement.

Messieurs,

Deux malades, entrés récemment dans mes salles, nous offrent aujourd'hui un intéressant sujet d'étude. Ils ont en effet la même affection, développée dans la même région, avec des caractères identiques : je veux parler de la gangrène des extrémités, de la gangrène des orteils.

C'est d'abord une femme de soixante-seize ans, qui

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

a toujours vécu à la campagne, soumise à une hygiène régulière, dont la vie n'a jamais été troublée par de graves maladies, qui tout au plus a souffert, il y a déjà longtemps, d'un rhumatisme léger sans complications ultérieures. L'affection qui nous l'amène a débuté il y a sept mois environ. Elle commença à ressentir dans les orteils du pied droit des fourmillements, quelques élancements plus pénibles bientôt, enfin des douleurs vives. Autour de l'ongle du gros orteil, une tache livide, qui devait peu de temps après brunir et s'étendre en revêtant tous les caractères des tissus mortifiés, se montra enfin. Les douleurs, loin de se calmer alors, augmentèrent sensiblement et s'étendirent dans les régions voisines.

L'escarre, petite au début, prit des dimensions plus grandes et finit par envahir l'orteil tout entier.

Ici se place un détail important. Cette malade nous apprend que ce mal l'atteignit au milieu de la santé la plus parfaite, mais que cependant elle se souvient avoir éprouvé, avant son apparition, une soif très vive qui l'obligeait à boire une grande quantité de liquide (trois et quatre litres d'eau), et que, durant les nuits, elle était obligée de se lever pour étancher cette soif incessante. Elle nous dit encore qu'elle urinait abondamment... Nous devons, Messieurs, penser qu'elle était diabétique et si nous n'avons à cet égard aucune certitude, nous aurons toujours à rechercher quelle influence cette maladie générale aurait pu exercer sur l'apparition des troubles trophiques observés aujourd'hui.



Quand cette femme est entrée à l'hôpital, son gros orteil était absolument mortifié, froid, noir, il exhalait une odeur gangreneuse. Autour de sa base, près de la face dorsale du pied, on voyait une zone rouge, enflammée, sur laquelle la chaleur était vive, très sensible à la pression, témoignant des efforts tentés par la nature pour limiter une escarre : on reconnaissait là un travail net d'élimination.

Le diagnostic de la lésion ne laissait donc aucun doute : nous étions en présence d'une gangrène des extrémités. Restait à reconnaître la cause : je réserve pour plus tard cette intéressante discussion.

Le second malade est un homme de soixante-trois ans, aux antécédents moins irréprochables. Vieil ivrogne, il a vécu dans les chais de la Charente, où l'eau-de-vie et le vin blanc du matin ne lui ont jamais manqué. Autre détail qui a son mérite : avant d'habiter les chais où il contracta de si tristes habitudes d'ivrognerie, jusqu'à l'âge de vingt-huit ans, il se nourrit de pain de seigle exclusivement. Retenez ce fait : vous devrez bientôt le discuter sérieusement dans la recherche des causes. Toujours est-il que, jusqu'à ces derniers temps, cet homme, malgré de détestables antécédents, n'avait rien éprouvé de fâcheux, lorsque, il y a un mois et demi, il ressentit aussi des fourmillements, de l'engourdissement dans le pied droit, et vit appa-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

raître bientôt, sur le gros orteil, une phlyctène noirâtre qui s'étendit, et qui fit en peu de jours place à une mortification complète de l'orteil tout entier.

L'examen de la région malade ne nous a laissé aucun doute : l'orteil était noir, froid, il avait perdu toute trace de sensibilité : mais s'il y avait gangrène, elle s'accompagnait d'une sorte de tuméfaction ; en pressant sur la zone mortifiée, on sentait une crépitation gazeuse et on pouvait faire sourdre du liquide sanieux : la gangrène était humide. — Comme chez notre première malade, il y avait aussi un travail d'élimination autour de l'escarre, et au centre de la région qu'elle occupait, sur le dos du pied, ou pouvait constater la présence d'une petite plaque de sphacèle grande comme une pièce de 50 centimes. Le malade nous raconta qu'il s'était gratté et qu'après avoir légèrement écorché la peau, avec ses ongles, il avait vu paraître un point noir. Cela prouve une tendance marquée à la production de la gangrène.

Cette seconde observation ne laisse pas plus de doute que la première : la gangrène est un fait indéniable. Mais vous avez remarqué la forme spéciale prise tout d'abord par la lésion : l'escarre est infiltrée, molle. S'il existe, ce fait n'a été que transitoire, car vous voyez chaque jour l'orteil mortifié se dessécher progressivement, de telle sorte que vous pouvez prévoir le moment où il sera dur et momifié. N'ajoutez aucune importance à ce début : vous le verrez tel dans



bien des cas de gangrène des orteils. Humide tout d'abord, elle prend progressivement la forme sèche, sous l'influence de l'évaporation qui se fait sur ces petites parties bien isolées des autres tissus, et aussi sous l'influence de la cause la plus générale qui produit le sphacèle, je veux parler de l'oblitération des artères : l'orteil frappé ne reçoit plus de sang artériel ; ses tissus, rapidement privés de liquides, meurent en se desséchant d'une façon plus ou moins rapide.

Il ne suffit pas, Messieurs, d'avoir porté le diagnostic de gangrène : il est établi par des signes tellement certains que le doute ne saurait être permis. Vous devez connaître la cause, chercher dans les circonstances diverses qui peuvent préparer ces lésions celle qui s'impose comme la plus probable et fonder sur elle une thérapeutique rationnelle.

La gangrène, étant une mort locale d'éléments qui se sont violemment séparés des parties voisines, encore douées de leur sensibilité, de leur chaleur et de tous les attributs qui constituent la vie, il faut, dans les conditions de cette vie elle-même, trouver les causes de la mortification. Pour qu'un tissu vive, il est nécessaire que les vaisseaux chargés de conduire ce liquide, soient en parfaite intégrité ; il faut enfin que le système nerveux de la région et particulièrement celui de ces mêmes vaisseaux continue à régler la nutrition. Or, un trouble survenant dans le fonctionnement régulier de ces trois agents indispensables, pourra interrompre

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

l'équilibre nécessaire, troubler la fonction nutritive, dans de telles proportions que la vie s'éteindra de suite ou par un travail lent.

Nous devons donc interroger successivement ces trois facteurs : le système nerveux, le sang et les vaisseaux.

L'influence des *lésions nerveuses* dans la gangrène des extrémités n'est pas encore prouvée de telle façon qu'aucune objection ne puisse lui être adressée. Les expériences d'Hérard, de Brown-Sequard sont restées sans résultats bien nets, quand ils ont sectionné des gros nerfs et la moelle elle-même. Longet, dans un cas de résection du sciatique chez un chien, obtint bien une gangrène limitée de la patte correspondante; mais on ne saurait attribuer à des cas isolés l'importance d'une démonstration sans réplique. — D'autre part, des faits cliniques attestent la part de l'innervation dans les phénomènes de la nutrition. Que de fois nous avons vu, chez des sujets atteints de fracture de la colonne vertébrale, avec compression et déchirure de la moelle, se produire des escarrès sur les points soumis à des compressions, même légères, escarres rapides et étendues. On a bien prétendu que la lésion nerveuse n'y était pour rien, et que le contact permanent de l'urine, des matières fécales involontairement rendues, suffisait à tout expliquer; mais ne voyons-nous pas chaque jour des femmes atteintes de fistules urinaires, des hommes également munis de nombreux



trajets fistuleux, ne jamais présenter d'escarres, alors qu'immobilisés dans leur lit, ils baignent dans leur urine et sont nécessairement soumis à son irritant contact ?

Voyez plutôt ce qui se produit chez les hémiplégiques dont le côté paralysé offre des accidents de mortification ; chez les tabétiques, si souvent atteints du mal perforant auquel on ne saurait refuser le caractère gangréneux.

Je n'insiste pas : l'influence du système nerveux, si elle est passible d'objections sérieuses, ne me semble pas pouvoir être niée. Il en est de même, Messieurs, du liquide nourricier, du sang. Quand il est altéré par un principe virulent, par certains venins; quand il a subi les altérations que lui communiquent la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, la gangrène apparaît souvent, certainement produite par une nutrition insuffisante ou profondément troublée. C'est encore dans les altérations du sang que doit être rangé l'ergotisme et la gangrène par le seigle ergoté. Mais il faut cependant convenir que le seigle ergoté a une action complexe; il agit sur les muscles lisses et par conséquent sur les parois des vaisseaux, pour en effacer la lumière et empêcher l'accès du sang vers les parties qu'il est chargé de nourrir.

Si le système nerveux, si le sang lui-même peuvent, par leurs maladies, avoir une part importante dans la pathogénie de la gangrène, les vaisseaux, à leur tour,



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

paraissent exercer une influence des plus prépondérantes. Toute lésion qui compromettra leur intégrité, qui altérera la texture de leur surface pourra compromettre la vie dans les tissus en rapport avec eux. Perte de la contractilité des tuniques, de leur élasticité, dégénérescence graisseuse, transformation calcaire qui changent un vaisseau souple et contractile en un tube inerte, où le sang circule sans force, soumis simplement à la poussée du cœur : toutes ces lésions troublent profondément la nutrition et la gangrène n'attend plus qu'une occasion pour paraître.

Il y a quelques instants, Messieurs, je vous parlais du sang et vous disais qu'il devait, pour régler la vie des tissus, avoir sa composition normale. J'aurais dû à ce moment vous dire que le diabète occupait une place importante dans l'étiologie de la gangrène. Il convient, en effet, de faire à la composition des liquides qui impreignent les tissus, une part importante, quand ces liquides fournis par le sang contiennent du sucre en quantité notable. Déjà le sang plus visqueux, moins fluide, circule avec plus de difficulté dans les capillaires; je me demande ensuite si les liquides qu'il fournit aux tissus irrigués par lui, contenant du sucre, ne se trouvent pas dans de mauvaises conditions pour entretenir la vie des éléments anatomiques. Le sucre, chimiquement, contient une grande quantité de carbone : la quantité d'oxygène fournie par les globules, va se trouver en proportions insuffisantes pour en



assurer la transformation, l'élimination, et il en résultera de l'oxyde de carbone et de l'acide carbonique en excès, deux agents qui ne sauraient avoir sur les éléments anatomiques d'autre action qu'une action nuisible, deux agents d'asphyxie locale et par conséquent de gangrène.

Rappelez-vous, pour les rapprocher de ce dernier fait, les désastres, qu'entraînait autrefois après elle, la ligature d'un tronc artériel au-dessus d'un anévrysme antérioso-veineux. Le sang revenait bientôt dans le sac par les artères périphériques en suivant une voie rétrograde, et se mélangeait au sang veineux chargé d'acide carbonique; l'oxygène porté par lui en quantité insuffisante, ne pouvait désormais se prêter aux échanges nécessaires et les tissus perdaient leur vitalité; frappés d'asphyxie, ils étaient bientôt envahis par la gangrène.

Nous devons maintenant nous demander si le malade dont je vous ai rapporté l'observation et qui est diabétique, présente aujourd'hui une gangrène réellement diabétique. Cette distinction a d'autant plus d'intérêt, que vous savez avec quelle rapidité s'étend la gangrène quand elle est d'origine glycosurique.

Pour trancher cette importante question, il suffit de se souvenir de la marche suivie, dès le début, par les accidents. Cette marche a été lente, progressive, s'est accompagnée de fourmillements, de douleurs, de

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

perte de la sensibilité; puis le mal s'est circonscrit; il s'est fait un sillon d'élimination. N'oublions pas ensuite que, dans les artères, la circulation s'est arrêtée peu à peu, de la périphérie vers le centre : la pédieuse a cessé de battre, l'artère poplitée, peu sensible ensuite, a bientôt perdu tous ses battements, et enfin si vos doigts vont actuellement à la recherche des autres artères, vous les trouvez toutes indurées, résistantes, comme elles le sont chez les sujets usés, athéromateux.

C'est vous dire, Messieurs, qu'ici tous les traits de la gangrène sénile se trouvent réunis, et bien certainement vous auriez, sans hésiter, porté le diagnostic de gangrène sénile simple si, chez notre malade, le diabète n'avait pas été dès le principe, reconnu. Une escarre sèche et dure ne saurait être le caractère de la gangrène diabétique, et vous pouvez être certain que, lorsqu'on a prétendu que la gangrène diabétique était sèche, on avait observé des diabétiques âgés, des vieillards chez lesquels le système artériel se trouvait en mauvais état. On doit, à mon avis, considérer au contraire la forme humide, molle, comme beaucoup plus en rapport avec une origine glycosurique.

L'aspect seul n'est pas différent dans les deux variétés; la marche offre des dissemblances frappantes. La forme humide, plus particulière aux diabétiques, s'étend chez eux avec une grande rapidité,



qu'on ne saurait mieux comparer, dans quelques circonstances, qu'à celle du phlegmon diffus. Pour ma part, j'ai rarement vu des gangrènes diabétiques qui n'avaient pas une marche envahissante. Aussi conclurai-je ici qu'il existe bien une gangréne sénile chez un diabétique.

Notre premier malade, cet homme dont vous vous rappelez les antécédents, est, lui aussi, atteint par la décrépitude : ses artères sont dures et sa circulation en mauvais état; son cœur est soufflant vers la base, sur l'orifice aortique; mais il a, pendant de nombreuses années, mangé du pain de seigle; et nous devons nous demander si ce pain, qui toujours contient une notable quantité d'ergot, n'a pas nui aux fonctions circulatoires, n'a pas, de longue date, compromis les vaisseaux.

Il y a quelques instants, vous expliquant le mécanisme des gangrènes, je vous disais que l'ergot agissait sur les fibres musculaires des vaisseaux pour produire leur resserrement et par conséquent l'ischémie, que la gangrène était donc produite par la suppression de l'apport régulier du sang. Ici, il ne nous répugne pas d'admettre que la contractilité des vaisseaux mise en éveil par l'usage trop longtemps continué du seigle a, à un moment donné, produit la gangrène quand une autre cause est survenue pour augmenter encore le trouble de la nutrition. Mais vous conviendrez, Messieurs, que, dans l'histoire de notre

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

malade, il y a bien des circonstances qui se trouvent peu en rapport avec ce genre d'interprétation. Il a cessé cette alimentation par le seigle depuis quarante ans; d'un autre côté, l'empoisonnement par l'ergot, l'ergotisme, ne se manifeste pas seulement par la gangrène; il produit surtout des troubles nerveux très graves. Les sujets deviennent lents et paresseux, ils éprouvent dans les membres un engourdissement qui entrave tous les mouvements; soumis à une sorte d'ivresse, ils n'ont plus le libre exercice de leurs facultés intellectuelles; surviennent enfin des contractures et des accidents convulsifs. On n'a pas cité de gangrène par l'ergot qui n'ait eu comme prologue ces troubles variés.

Nous avons conclu, Messieurs, à une origine artérielle et il nous reste maintenant à préciser la cause immédiate en établissant encore le mode d'oblitération.

Est-ce un caillot autochtone ou bien une embolie trouvant dans une lésion du cœur son explication facile? C'est qu'en effet, ces deux processus ne se ressemblent pas. L'embolie vient du cœur dont les valvules sont malades : ce sont des ulcérations, des indurations, des irrégularités, des infiltrations graisseuses ou calcaires qui modifient la face des soupapes et impriment à la circulation intra-cardiaque des troubles profonds; le caillot formé sur ces surfaces altérées poussé par le courant sanguin s'échappe dans les vaisseaux, vers la périphérie, et, bientôt arrêté dans sa course, oblitère un département plus ou moins important de la circulation artérielle. Mais avant qu'il se détache, des symptômes graves se sont manifestés du côté du cœur; il y a eu de l'angoisse, des intermittences, des palpitations pénibles, de l'oppression.



L'anxiété cardiaque ne cesse qu'au moment où l'embolie se produit. Alors, dans le point précis ou le caillot s'est arrêté, des douleurs vives, des fourmillements, le refroidissement paraissent, et si l'oblitération est complète, absolue, sur un gros tronc artériel, la gangrène s'établit dans les vingt-quatre heures ou les trente-six heures suivantes. L'oblitération incomplète n'amènera pendant longtemps que peu de troubles nutritifs et un abaissemement relatif de la température, jusqu'au jour où des couches de fibrine surajoutées au caillot migrateur intercepteront tout à fait la circulation et amèneront enfin la gangrène.

Au contraire, les caillots autochtones ne sont point précédés de troubles du côté du cœur, du moins de troubles aussi nets, qui, s'ils existent avant l'apparition des symptômes périphériques, loin de se calmer alors redoublent au contraire. De plus, la douleur vive qui accompagne l'interception subite du courant sanguin dans l'embolie ne se produit pas; il n'y a que des fourmillements, de la gêne croissante, un refroidissement progressif, et un amoindrissement lent des

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

fonctions de la vie. Cependant le début, même dans ce dernier mode de lésion, peut être brusque quand, par exemple, une plaque athéromateuse s'est soulevée tout à coup pour s'opposer au passage du sang. Il n'existerait alors aucune différence capable de guider le diagnostic si, dans ce dernier genre d'oblitération, les phénomènes cardiaques du début ne manquaient absolument.

Ces considérations rendent facile le jugement définitif que nous devons porter sur nos deux malades; leur situation, comparée aux tableaux cliniques que nous venons de faire, est vite jugée dans un sens précis. Ils n'ont point eu de troubles cardiaques importants; la gangrène, chez eux, est venue peu à peu, sans douleurs vives, subites; la vie, dans une partie restreinte du membre malade, s'est éteinte avec lenteur, détruite par une cause dont le travail s'est fait lentement, sans brusquerie. Chez eux, le sang circulait dans des tubes inertes, sur une membrane interne, rugueuse, inégale et sans souplesse, où la fibrine pouvait se coaguler. Poussé par la simple impulsion du cœur, il ne trouvait plus dans les parois vasculaires cette élasticité capable de le diriger encore vers les tissus; aussi, pour peu qu'à un moment donné le cœur vint à fléchir, ce qui certes, est toujours à craindre chez des sujets athéromateux dont le cœur lui-même ne manque pas de présenter des lésions anatomiques; pour peu, enfin, que la seule force qui restait vint



à perdre de son énergie, la circulation devait être sérieusement compromise.

Telle est l'histoire de ces deux malades, que vous connaissez maintenant depuis leurs antécédents jusqu'au jour où, atteints d'une maladie grave, ils sont venus dans nos salles.

Est-il possible de déterminer exactement en quel point précis s'arrêtera le sphacèle? Non, Messieurs, l'artère pédieuse a depuis longtemps perdu ses battements; déjà la poplitée s'éteint, et je ne sais où finiront ces troubles profonds dans les vaisseaux. Autant qu'eux la gangrène peut marcher de proche en proche; mais il semble cependant que, chez nos deux malades, l'artère poplitée ait été le siège d'une oblitération lente. Nos prévisions s'arrêtent là.

Vous parler ainsi de l'incertitude où nous sommes sur l'issue du mal dont les progrès peuvent s'accentuer tous les jours, c'est résoudre le problème du traitement. Faut-il intervenir? La raison répond aussitôt qu'une amputation verra les lambeaux tomber en gangrène et que le traumatisme opératoire venant tout à coup troubler des tissus déjà mal nourris, aura pour conséquence un désastre. *Dans la gangrène sénile, il ne faut pas intervenir.* Il faut se contenter par des pansements aussi fréquents que l'exige l'étendue du mal, entretenir la propreté, détruire les germes; l'antisepsie est de rigueur: l'acide phénique, l'iodoforme, seront des substances utiles; je me contenterai donc

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

de saupoudrer les escarres avec de l'iodoforme, de les laver s'il s'écoule du liquide, et cherchant encore à modérer le travail inflammatoire d'élimination et à calmer les douleurs, je laisserai le sphacèle se limiter de lui-même pour que, si vient un jour la nécessité d'agir, les limites de l'acte chirurgical soient tracées, et nettement tracées des mains de la nature qui aura tout fait et permis ainsi d'éviter un traumatisme nuisible.

# DIX-SEPTIÈME LEÇON

## Chondro-sarcome de l'omoplate. — Extirpation de l'omoplate.

Observation. Diagnostic du siège de la tumeur. — Diagnostic de la tumeur. — Diagnostic de la variété.

Indications fournies par l'état général du sujet. Discussion sur l'opportunité d'une intervention dans les tumeurs de l'omoplate.

Règle à suivre dans l'extirpation de l'omoplate.

Note sur l'opération pratiquée.

MESSIEURS,

Je viens de vous présenter un malade dont l'étude soulève deux problèmes également intéressants: le diagnostic du siège précis et de la nature exacte d'une volumineuse tumeur de l'épaule, et la discussion d'opportunité d'une opération grave dont ce cas paraît justiciable.

Agé de trente-quatre ans, exerçant la profession de quincaillier qui l'oblige à porter fréquemment sur l'épaule des fardeaux assez lourds, caisses, barres de

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

de saupoudrer les escarres avec de l'iodoforme, de les laver s'il s'écoule du liquide, et cherchant encore à modérer le travail inflammatoire d'élimination et à calmer les douleurs, je laisserai le sphacèle se limiter de lui-même pour que, si vient un jour la nécessité d'agir, les limites de l'acte chirurgical soient tracées, et nettement tracées des mains de la nature qui aura tout fait et permis ainsi d'éviter un traumatisme nuisible.

# DIX-SEPTIÈME LEÇON

## Chondro-sarcome de l'omoplate. — Extirpation de l'omoplate.

Observation. Diagnostic du siège de la tumeur. — Diagnostic de la tumeur. — Diagnostic de la variété.

Indications fournies par l'état général du sujet. Discussion sur l'opportunité d'une intervention dans les tumeurs de l'omoplate.

Règle à suivre dans l'extirpation de l'omoplate.

Note sur l'opération pratiquée.

MESSIEURS,

Je viens de vous présenter un malade dont l'étude soulève deux problèmes également intéressants: le diagnostic du siège précis et de la nature exacte d'une volumineuse tumeur de l'épaule, et la discussion d'opportunité d'une opération grave dont ce cas paraît justiciable.

Agé de trente-quatre ans, exerçant la profession de quincaillier qui l'oblige à porter fréquemment sur l'épaule des fardeaux assez lourds, caisses, barres de

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

fer, etc., cet homme constata pour la première fois, il y a un an environ, une grosseur siégeant à la partie postérieure et moyenne de l'épaule gauche. A ce moment la tumeur avait déjà le volume d'un œuf, c'est vous dire qu'elle avait pris naissance depuis un certain temps qu'il ne nous est pas possible de déterminer; elle était, d'ailleurs, indolente et ne gênait pas les mouvements. Trois mois plus tard, le malade dut répondre à l'appel de la réserve de l'armée territoriale, et, après treize jours de service dans un régiment d'artillerie, il rentra chez lui très fatigué. La tumeur, jusque-là stationnaire, s'accrut dès lors très rapidement et devint le siège de vives douleurs. Ces accidents reçurent encore une nouvelle impulsion des applications irritantes et des manœuvres brutales auxquelles elle fut soumise par un rebouteur, qui, à l'aide de massages réitérés et de tractions énergiques cherchait à *remettre en place les os déplacés*.

Nous ne relevons aucune particularité dans les antécédents morbides, héréditaires ou personnels, de notre malade. Notons toutefois qu'il est alcoolique et alcoolique forcené, ce qui nous expliquera les vomissements pituiteux du matin qu'il accuse, la surcharge graisseuse du cœur et l'hypertrophie du foie que nous constatons.

La tumeur, que j'ai examinée une première fois, il y a un mois, a, dans cet intervalle, augmenté d'un bon tiers. Elle a aujourd'hui le volume d'une forte



tête d'adulte ; on dirait un petit cantaloup appliqué contre la paroi thoracique au niveau de l'omoplate gauche. Jugez de ses dimensions : elle mesure 72 centimètres de circonférence, 32 centimètres dans son diamètre vertitical et 16 centimètres transversalement. De forme généralement arrondie et régulière, elle offre au centre une saillie un peu plus accusée ; la peau, qui la recouvre, souple et mobile, est sillonnée par trois ou quatre grosses veines qui ont le volume du petit doigt. La consistance en est variable : molle et fluctuante au centre, dans sa partie la plus proéminente, elle est à la périphérie, tantôt ferme, tantôt ramollie, tantôt dure et élastique comme du cartilage ; nulle part elle ne présente ni battements, ni réductibilité. Elle fait corps avec l'oplomate dont elle suit tous les mouvements sur la cage thoracique, et dont elle efface complètement l'angle, la fosse sous-épineuse et les bords axillaire et spinal jusqu'au niveau de l'épine. La fosse sus-épineuse, l'angle supérieur et interne, l'acromion et même la cavité glénoïde ne paraissent pas atteints, si j'en juge, pour cette dernière, d'après la liberté relative des mouvements de l'articulation de l'épaule, que l'on produit sans déterminer aucun bruit anormal.

Il faut remarquer que la tumeur fait dans la fosse sous-scapulaire un relief aussi accusé qu'en arrière, puisque sa surface antérieure efface entièrement le creux axillaire et vient s'appliquer contre le grand

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

pectoral, qu'elle soulève manifestement. Cependant, ni l'innervation, ni la circulation du membre supérieur ne sont troublées; on ne constate, dans le voisinage, aucun engorgement ganglionnaire; la tumeur n'a donné lieu à aucun retentissement viscéral. Mais je vous rappelle que les battements du cœur sont mal frappés, qu'on ne saisit en aucun point le choc de la pointe contre la paroi thoracique, ce qui nous fait penser que la fibre musculaire cardiaque a subi la déchéance graisseuse, comme les muscles des membres qui sont flasques et mous dans leurs contractions.

Les chairs n'ont pas de résistance, la peau est pâle, les artères sont athéromateuses, le foie est gras, les reins seuls ne paraissent pas malades; il n'y a pas d'albuminurie; les urines sont normales. Au milieu de ces désordres, produits par l'alcool, l'intelligence n'émerge pas bien brillante; il n'y a pourtant d'autres troubles de l'innervation appréciables que l'insomnie et les douleurs, dont la tumeur est le siège.

De l'ensemble de ces signes, Messieurs, que devons-nous conclure? Tout d'abord qu'il s'agit d'une tumeur de l'omoplate; absolument fixée à cet os, elle en suit tous les mouvements : voilà un signe pathognomonique qui ne peut laisser aucun doute dans votre esprit.

J'ajoute que l'accroissement de la tumeur vers l'aisselle, dont le creux est effacé, le relief égal qu'elle



fait en avant et en arrière de l'os, la disparition complète de l'angle inférieur, me portent à penser que l'affection a pris naissance vers la partie inférieure du bord axillaire, là où abonde le tissu spongieux, ce terrain si éminemment favorable au développement des néoplasmes. C'est, en effet, dans le tissu aréolaire qui existe en ce point, comme aussi à l'angle inférieur, dans le voisinage de la cavité glénoïde, au niveau de l'épine, que se produisent de préférence les tumeurs de l'omoplate.

Et maintenant, Messieurs, quelle est la nature de cette tumeur? Il n'est pas nécessaire d'insister longuement sur l'accroissement rapide, sur le volume considérable des veines qui la sillonnent, sur les douleurs dont elle est le siège, pour lui assigner un caractère malin. Mais elle n'a pas, me direz-vous, retenti sur les ganglions voisins; elle n'a pas déterminé de symptômes de généralisation; elle ne paraît pas avoir infecté l'économie. C'est qu'il y a, vous le savez bien, des degrés dans la malignité; et cette locution, en clinique, si elle entraîne avec elle l'idée de gravité, n'implique pas nécessairement l'idée de cancer, ou plutôt de carcinome comme l'entendent les histologistes.

La tumeur que vous venez d'examiner n'est pas un carcinome, précisément parce qu'elle est dépourvue des symptômes que vous m'objectiez tout à l'heure.

Il ne faudrait pas s'en laisser imposer par le ramol-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

lissement considérable que vous avez constaté à son centre pour conclure à un encéphaloïde ramolli. Non, l'encéphaloïde ramolli est extrêmement vasculaire et il est alors habituellement pulsatile, surtout quand il est enserré dans une trame osseuse; c'est le *fongus hématode* de nos pères. Ici ce n'est pas seulement du ramollissement, c'est une véritable fluctuation que vous avez bien saisie; et ce symptôme vous démontre que vous avez là une collection liquide bien limitée, un kyste formé au sein d'une tumeur solide. Ce kyste rapidement développé est, à mon avis, la principale cause du volume énorme pris par le mal depuis un mois.

La présence de ce kyste, Messieurs, dont je pourrais au besoin, à l'aide d'une ponction exploratrice, vous démontrer irrécusablement l'existence, s'il restait le moindre doute dans votre esprit, cette présence dis-je, doit vous faire songer à une variété de tumeur avec laquelle on la trouve fréquemment associée, je veux parler du sarcome. Ce n'est assurément pas un sarcome à myéloplaxes qui, très rare à l'omoplate, apparait chez les sujets plus jeunes, vers l'âge de vingt à vingt-cinq ans, et se caractérise aussi par sa vascularité, les battements qui l'animent et sa coloration lie-de-vin, quelquefois perceptible à travers les téguments amincis. Ce n'est pas davantage un sarcome ossifiant dont il n'a pas la consistance pierreuse qu'il doit aux aiguilles réellement osseuses ou tout au moins crétacées qui traversent sa trame.



Le sarcome fasciculé (tumeur fibro-plastique) paraît se développer avec moins de rapidité. Il est donc probable que les éléments sarcomateux prédominants dans cette tumeur sont, non des fibres ou des corps fusiformes, mais des cellules embryonnaires qui impriment surtout à ce genre de tumeurs une évolution rapide. N'oubliez pas cependant que vous avez distingué à la périphérie quelques noyaux durs et élastiques à la fois, donnant à cette portion de la tumeur un aspect mamelonné. Ces caractères appartiennent particulièrement aux enchondrômes. J'estime donc que nous avons affaire à une de ces tumeurs mixtes dont je vous ai souvent entretenus, parce qu'elles sont fréquentes, et que je caractériserai dans l'espèce en disant : *Chondro-sarcome de l'omoplate avec production kystique.*

Ce sont ces tumeurs mixtes, Messieurs, résultat de l'association du chondrome et du sarcome qui constituent les plus volumineuses tumeurs des os. C'est pour une tumeur de ce genre, développée dans le fémur, et donnant à la racine du membre l'apparence d'un sac de blé, que j'ai pratiqué la désarticulation de la cuisse chez une femme que vous avez observée dans mon service. C'était aussi un chondro-sarcome de l'omoplate, cette volumineuse tumeur dont le moule en plâtre est déposé au musée de l'Ecole, et qui avait des dimensions aussi considérables que le tronc du malade qui la portait.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En résumé, Messieurs, nous sommes en présence d'une tumeur de l'omoplate n'ayant pas franchi les limites de cet os, puisque sa mobilité sur la cage thoracique est complète et que les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont conservés : malgré son évolution rapide et son volume énorme, cette tumeur n'a pas retenti sur les ganglions voisins, ce qui prouve qu'elle n'atteint pas au plus haut degré de l'échelle de la malignité, de telle sorte que, si le pronostic est sérieux, il n'implique pas nécessairement l'abstention.

Toutefois, Messieurs, je ne dois pas vous dissimuler que la gravité de l'intervention se trouve ici singulièrement accrue par les lésions que l'alcoolisme a fait naître dans les différents viscères de notre malade. L'état graisseux du cœur est particulièrement menaçant. La syncope, pendant l'administration du chloroforme, le défaut de réaction après l'acte opératoire, la détresse du cœur provoquée par le traumatisme lui-même ce qui constitue une des formes du *Shock* : voilà, Messieurs, de gros dangers à courir et qui, précisément parce qu'ils sont imminents, devraient peut-être arrêter notre main, si le malade ne voulait à tout prix être opéré.

La seule opération légitime est ici l'extirpation totale de l'omoplate. Il ne faut pas s'en laisser imposer par les limites de la tumeur qui ne paraît pas avoir franchi l'épine ; il ne faut pas, pour ce fait, chercher à conserver la portion sus-épineuse de l'os ; ce serait faire une déplorable besogne en laissant dans l'avenir, une porte d'entrée à la récidive et en augmentant, dans le présent, les chances d'insuccès. Car, remarquez-le bien, Messieurs, si vous interrogez les statistiques, elles vous répondent que les résections partielles de l'omoplate sont plus graves que l'extirpation totale.



Tandis que les premières donnent une mortalité de 19 pour 100, l'extirpation ne semble fournir que 16 pour 100 d'insuccès opératoires. Et ce qui pourra vous surprendre tout d'abord, l'hémorrhagie n'a jamais déterminé la mort, bien que l'omoplate soit, vous le savez, enfermé dans un triangle artériel formé par les trois artères scapulaires, qu'il semble, *à priori*, bien difficile de pouvoir éviter. Je vous indiquerai tout à l'heure comment on peut échapper à cet écueil ; mais laissez-moi vous rappeler auparavant que cette opération, qui produit de si grands délabrements, qui prive de leurs attaches la plupart des muscles du bras et de l'épaule, laisse pourtant, à sa suite, un membre supérieur dont le fonctionnement est à peine troublé.

Deux fois seulement, dans les observations connues, le bras est resté frappé d'impuissance fonctionnelle ; encore faut-il dire que, dans ces deux cas, la main et l'avant-bras, dont les mouvements ne sont jamais compromis, rendaient aux malades les plus importants services. Chez tous les autres opérés, le bras

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

lui-même avait récupéré la plus grande partie de ses mouvements.

L'extirpation totale de l'omoplate est donc une excellente opération; comment faut-il y procéder? ou plutôt comment procèderons-nous chez notre malade? Car la forme, la direction, l'étendue des incisions extérieures doivent varier selon les conditions particulières qui motivent l'intervention. Je repousse ici, bien entendu, la méthode sous-périostée qui, nettement indiquée dans les affections inflammatoires, devient dangereuse dans ses conséquences éloignées lorsqu'on l'applique à l'ablation des tumeurs osseuses.

Il n'en est pas moins vrai que, si on ne conserve pas le périoste, il faut toujours raser l'os d'aussi près que possible, afin de ne léser que les plus petits vaisseaux et de ménager les attaches aponévrotiques communes des muscles contigus. Les incisions doivent, en outre, être faites de manière à faciliter l'ouverture de la capsule articulaire et la section, en dedans des attaches des ligaments coraco-claviculaires, de l'extrémité externe de la clavicule, qu'à mon avis on a tout intérêt à sacrifier. Outre qu'on évite ainsi, dans la suite, une saillie fort disgracieuse, on facilite et on abrège le manuel opératoire, au simple prix des insertions de quelques fibres deltoïdiennes dont la destruction d'ailleurs ne semble pas influencer notablement le retour des fonctions du bras.



Il est remarquable, en effet, que dans les deux seuls cas, auxquels je faisais allusion tout à l'heure, et où le bras était resté frappé d'impuissance, les attaches de ces faisceaux musculaires avaient été respectées, l'extrémité acromiale de la clavicule avait été conservée.

Je pratiquerai donc une première incision horizontale, qui, partant du sommet de l'acromion, ira se terminer au bord spinal, en suivant exactement l'épine de l'omoplate. Du tiers interne de cette incision, j'en ferai partir une deuxième à peu près verticale qui descendra jusqu'à la partie la plus déclive de la tumeur, c'est-à-dire jusqu'au niveau de l'angle inférieur. Ces incisions pénétreront jusqu'à l'enveloppe celluleuse de la masse morbide, afin de conserver les muscles qui la recouvrent ou qui la côtoient. C'est ainsi que la dissection des lambeaux me permettra d'arriver tout d'abord sur le bord spinal et de sectionner les attaches de l'angulaire en haut et plus bas celles du rhomboïde et du grand dentelé en même temps que le faisceau du grand dorsal qui se porte à l'angle inférieur. En serrant de près le bord de l'os, j'éviterai l'artère scapulaire postérieure qui en est distante de deux ou trois millimètres. Remontant alors à la partie supérieure je sectionnerai ras de l'épine les attaches du deltoïde et du trapèze, je détacherai de sa fosse le muscle sus-épineux en ménageant au niveau de l'échancrure ou plutôt du trou

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

coracoïdien, le nerf et l'artère sus-scapulaires, je découvrirai et j'isolerai l'extrémité acromiale de la clavicule, que je sectionnerai à l'aide d'une scie à chaîne en dedans des ligaments qui l'unissent à l'apophyse coracoïde. L'omoplate et la tumeur saisies à pleines mains seront soulevées et isolées par la dissection de leurs connexions thoraciques jusqu'au niveau du bord axillaire où je couperai de bas en haut l'insertion du grand rond, du petit rond et du sous-scapulaire, arrivant ainsi à petits coups jusqu'au tendon du triceps que je diviserai à son tour. Dans cette dissection du bord axillaire, il faut plus que jamais raser l'os afin de ne pas atteindre la scapulaire inférieure, la plus grosse des trois artères qui entourent l'omoplate.

Il sera facile alors d'attaquer la capsule de l'articulation scapulo-humérale en bas et en arrière d'abord, puis de la détacher du pourtour de la cavité glénoïde, en imprimant à l'omoplate des mouvements variés de torsion. La longue portion du biceps sera coupée à la partie supérieure de la cavité glénoïde et enfin l'apophyse caracoïde sera isolée des muscles qui s'y insèrent. Dans ce dernier temps de l'opération, de même que dans la dissection de la portion antéro-inférieure de la capsule articulaire, il faudra redoubler de précautions afin de ne pas léser le paquet vasculo-nerveux qui s'y trouve accolé.

Un large drainage, un double plan de sutures



profondes et superficielles et un pansement antiseptique compléteront l'opération.

L'opération a été exécutée le 5 mars 1885, comme elle avait été réglée à l'avance; elle a duré vingt-huit minutes; l'hémorrhagie a été insignifiante, grâce à l'emploi des pinces à forcipressures appliquées sur les grosses veines de la tumeur.

Une seule ligature a du être jetée sur l'artère scapulaire inférieure. Pendant l'opération le malade a éprouvé une syncope qui a failli devenir fatale, il en est revenu sous l'influence de la flagellation, de l'électricité et de la déclivité exagérée de la tête. Mais la prostration est très grande, le pouls est filiforme. Dans l'après-midi il semble se relever un instant pour retomber dans la nuit et s'accompagner vers le matin de refroidissement progressif des extrémités et d'une teinte cyanique générale. La mort arrive trente-six heures après l'opération.

L'autopsie n'a pu malheureusement être faite, parce que la famille a réclamé le cadavre, pour l'emporter dans un département voisin; mais on a pu constater que la plaie était en bon état, et les accidents qui ont amené la mort, semblent bien se rapporter à une dépression du système nerveux et à une inertie de la fibre musculaire cardiaque.

La tumeur enlevée pesait 5 kil. 300 grammes. Sa partie la plus saillante était formée par une vaste cavité kystique dont le contenu liquide, jaune un peu visqueux, peut être évalué à 5 ou 600 grammes, à ajouter au poids précédent. Le kyste ayant été ouvert pendant la dissection, cette évaluation n'est qu'approximative; l'analyse chimique n'a pu être faite. La tumeur s'était bien développée sur le bord axillaire de l'omoplate et avait enveloppé les faces antérieures et postérieures de l'os sans les détruire; la fosse sus-épineuse et la cavité glénoïde étaient saines.

La consistance générale de la masse était ferme; elle était séparée par des travées fibreuses en une infinité d'îlots de dimensions variées, et présentant les uns une teinte rosée ou grisâtre, les autres, une couleur nacrée, avec une résistance telle que le tissu se laissait difficilement diviser et criait sous le scalpel. L'examen histologique de la pièce a démontré, en confirmant le diagnostic clinique, qu'il s'agissait bien d'un chondro-sarcome.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

DIX-HUITIÈME LEÇON

## Névrome du nerf tibial postérieur

Observation. Tumeur ancienne développée derrière la malléole interne.

Caractères présentés par cette tumeur : sa forme, son siège, les troubles fonctionnels auxquels elle a donné lieu.

Diagnostic différentiel — Diagnostic de la nature de la tumeur.

Les symptômes recueillis dans l'examen clinique permettent de fixer d'avance le manuel opératoire.

Résultat de l'opération.

Messieurs,

Un malade de la salle 17 a, depuis quelques jours, singulièrement excité votre intérêt; vous l'avez tous examiné dans vos exercices cliniques et je sais que des opinions bien diverses ont été émises à son sujet.

Cet homme, atteint d'une tumeur assez volumineuse, située derrière la malléole interne, a soixante ans ; il est bien portant et jamais, paraît-il, sa santé

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

n'a été troublée depuis son enfance. Sa tumeur aurait paru vers l'âge de vingt ans, et si parfois il nous a répondu, troublé par les divers interrogatoires qu'il avait déjà subis, que ce mal était peut-être d'origine plus ancienne, qu'il l'aurait eu en naissant, je pense ne pas devoir m'arrêter à cette seconde version qui me paraît erronée.

Bientôt, je discuterai le diagnostic, et je conclurai à l'existence d'un névrome. Or, je ne sache pas qu'une tumeur développée sur un nerf, un névrome en un mot, puisse, quand il est congénital, se présenter isolé. Les névromes congénitaux sont toujours multiples.

Quand, pour la première fois, il s'aperçut de la présence d'une tumeur cachée derrière la malléole interne, notre malade nous dit qu'il éprouvait déjà quelques douleurs en ce point, douleurs spontanées, mais provoquées aussi par les froissements et irradiées vers la plante du pied.

Depuis cette époque, c'est-à-dire il y a quarante ans, le mal a pris, sans poussées rapides, peu à peu, le développement que vous lui voyez aujourd'hui. Les douleurs, en devenant plus violentes, se sont aussi modifiées. C'étaient tantôt un engourdissement pénible dans l'extrémité inférieure de la jambe et du pied, des fourmillements et une sensation spéciale qui faisait dire au malade qu'il avait le *pied mort*. C'étaient encore des élancements aigus qui troublaient le



sommeil, un sentiment de brûlure, ou bien des douleurs fulgurantes qui du cou de pied se répandaient jusqu'aux orteils.

Autrefois, la vie était compatible avec les légères souffrances qui avaient révélé la présence du mal ; maintenant elle n'était plus supportable et le patient se décida enfin à venir à Saint-André réclamer les secours de la chirurgie.

Qu'avons-nous vu, Messieurs ? Au-dessus du pied droit, entre la malléole interne et le tendon d'Achille, une tumeur un peu oblongue dans le sens vertical qui mesure 6 centimètres; légèrement aplatie dans son diamètre transversal qui n'a pas plus de 4 centimètres et faisant, entre l'os et le tendon qui la limitent, un relief de deux centimètres environ sous la peau. On peut ainsi la comparer au volume d'une petite mandarine.

Au-dessus d'elle la peau est saine, sans changement de coloration, et si quelques veines paraissent un peu dilatées, il n'y a point ce développement des vaisseaux tel qu'on le voit aux abords des tumeurs malignes. En aucun point la peau ne présente la plus petite adhérence : elle glisse facilement dans tous les sens.

Quand vous cherchez à vous rendre compte des rapports que pourrait avoir le néoplasme avec les parties plus profondes, avec la malléole et le tendon ; vous constatez qu'il existe en avant, une rigole assez

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

profonde, dans laquelle le doigt peut s'engager et qui vous avertit que l'os est absolument libre. De même, en arrière, vous voyez une ligne de démarcation bien nette, une autre dépression parallèle au tendon d'Achille. Faites du reste contracter les muscles de la jambe : le tendon se roidit et la tumeur pressée par lui paraît refoulée plus loin sans qu'il soit possible de découvrir la moindre connexion entre elle et lui. On s'assure ainsi bien facilement que les parties dont il vient d'être question sont libres, et que le néoplasme glisse sur elles. Sans doute sa mobilité se trouve limitée, mais comment en serait-il autrement, dans cette loge ostéo-fibreuse qui ne se prête dans aucun sens aux mouvements d'une masse enclavée, pour ainsi dire, au milieu de parties inextensibles.

Mais, nous avons tous remarqué (et je ne saurais trop insister sur ce fait), que la mobilité dans le sens antéro-postérieur est seule possible, et que de haut en bas on ne peut communiquer le moindre mouvement à la tumeur.

En explorant avec les doigts les caractères physiques, la consistance et les détails de surface, on sent tout d'abord un empâtement diffus qui tient à un peu d'œdème, mais en pressant davantage, on retrouve bien une surface arrondie, dure, élastique, absolument solide, sans indices de fluctuation ou même de ramollissement.

Pas la moindre irrégularité dans cette surface, pas



la plus légère saillie, aucune de ces anfractuosités si fréquentes dans certaines tumeurs !

Mais, voici que cette exploration minutieuse fait en même temps découvrir des battements isochrones à ceux du pouls, dans un long trajet vertical étendu d'une extrémité à l'autre de la masse, et placé assez exactement au milieu de sa surface. Averti par cette sensation bien nette, qu'on éprouve de suite, tout à fait indiscutable, on ne peut manquer de chercher sans retard si la tumeur tout entière n'est pas le siège d'un mouvement d'expansion et d'un souffle spécial. Recherches vaines ! L'on devait s'y attendre puisque la pulpe des doigts en dehors de la ligne indiquée ne retrouvait rien. C'était bien un battement, une pulsation artérielle indiquant par sa situation le trajet de la tibiale postérieure. Il n'est pas jusqu'à la sensation donnée par l'ondée sanguine rappelant le volume de cette artère, jusqu'à la direction suivie par les battements, qui disparaissent au-dessus et au-dessous de la tumeur en s'enfonçant, se perdant dans la loge occupée par la tibiale, qui ne rappellent encore que c'est bien cette artère qu'on retrouve là, que c'est bien elle qui a été soulevée, pour ainsi dire chassée de sa situation normale par la tumeur elle-même.

Je ne crois pas qu'on puisse conserver le moindre doute sur le déplacement subi par l'artère tibiale postérieure qui se retrouve par sa direction, son volume, et même ses rapports avec la gouttière retro-malléo-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

laire. Aussi, nous est-il permis d'en conclure que la tumeur s'est développée très profondément, au-dessous et dans le voisinage de ce vaisseau et qu'en augmentant de volume, elle l'a refoulée vers la peau.

Sans doute, Messieurs, il ne vous a pas échappé que votre exploration déterminait de la douleur : j'ai déjà, au début de cette observation, rappelé que le patient souffrait surtout quand un froissement, un choc heurtait la partie malade.

Mais il me paraît que vous devez encore insister sur certains troubles fonctionnels, en rapport avec l'élément douleur. Ainsi, tout en réveillant avec les doigts une douleur vive, vous avez bien remarqué qu'elle n'était pas partout la même : aux deux extrémités, au-dessus et au-dessous de la tumeur, sont deux points particulièrement sensibles où vous ne pouvez exercer la moindre pression sans provoquer aussitôt une explosion de sensibilité : le malade s'agite et pousse des cris aigus. Dans toute la surface, au contraire, sur certaines parties, la sensibilité est encore exagérée, mais elle l'est suivant des lignes exactement dirigées dans la longueur de la tumeur, alternant avec des zones tout à fait indolentes où vous pouvez presser avec les doigts sans provoquer la plus légère souffrance. Il existe donc des zones sensibles, séparées régulièrement par des espaces absolument insensibles.

Pendant cet examen, interrogez le malade : il vous répond que la douleur provoquée s'étend vers la



plante du pied et jusqu'au gros orteil, et qu'elle s'accompagne d'engourdissements, de fourmillements pénibles.

Voilà maintenant un autre fait des plus intéressants. J'ai pris soin de comprimer assez fortement le nerf tibial postérieur, au-dessus de la tumeur, pendant qu'on explorait celle-ci. Il est arrivé que cette compression a eu pour résultat d'arrêter la douleur provoquée par l'exploration. Preuve nouvelle, qui démontre d'intimes connexions entre le nerf tibial postérieur et la lésion que vous étudiez.

Affirmer ces connexions ne suffit pas ; il faut encore déterminer leur nature. Existe-t-il une union intime ou bien un simple contact, une compression ? J'affirme de suite que la compression seule n'existe pas et que la tumeur est tout à fait unie au tronc nerveux, faisant pour ainsi dire corps avec lui. Et, en effet, Messieurs, s'il y avait seulement compression, il suffirait de déplacer la tumeur pour modifier la douleur, il suffirait d'appuyer sur elle pour augmenter son intensité, de la séparer des parties profondes en l'élevant avec les doigts pour la voir disparaître. Il n'en est rien, j'ai bien cherché à isoler la masse des parties profondes : la pression de mes doigts sur ses côtés a, au plus haut degré, réveillé la sensibilité. Il n'y a donc plus aucun doute dans nos esprits : le nerf tibial postérieur est pris dans la lésion, le diagnostic apparaît déjà avec de grands éléments de certitude.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Que serait cette tumeur, Messieurs, si elle n'appartenait pas à ce nerf? Vous savez déjà que la malléole, le tibia, les gaines synoviales n'ont rien à faire avec elle. N'eussiez-vous que ce caractère : la mobilité, pour vous guider vers la certitude, vous pourriez affirmer que ni les os, ni les gaines ne sont intéressés; si la tumeur avait des rapports avec eux, elle devrait rester immobile. Et d'ailleurs, à quelle tumeur osseuse pourriez-vous vous adresser pour commettre une erreur? Assurément vous ne pourriez penser à autre chose qu'à une tumeur épiphysaire, à une exostose, quand il s'agit d'un mal né depuis quarante ans. Or, ce n'est point le siège des exostoses et aucun des caractères qui leur sont propres ne se retrouve ici.

Vérifions encore les signes recueillis jusqu'à présent : la mobilité de la tumeur sur la malléole et les gaines, les contractions musculaires de tous les muscles voisins n'imprimant aucune modification à cette tumeur, nous prouvent encore qu'elle est indépendante de la malléole et des tendons, surtout du tendon d'Achille dont elle est séparée par une rigole.

C'est donc dans cette région profonde, intermédiaire à la malléole et au tendon d'Achille, mais très éloignée des téguments dont elle est séparée par deux plans aponévrotiques; dans cette petite région vasculo-nerveuse bridée profondément par des tendons et des gaines que le néoplasme a dû prendre naissance. Mais si déjà nous sommes sûrs qu'aucun



tendon, qu'aucune gaine n'a pris part à son développement, nous devons en conclure que l'artère, le nerf ou des veines seuls peuvent avoir été choisis comme terrain d'origine.

L'artère ne saurait être mise en cause, puisque, bien au contraire, elle a été repoussée, et, en définitive, s'est creusé, sur toute la surface de la tumeur, une gouttière verticale qu'on peut suivre dans sa longueur.

Pourrait-on penser qu'il existe une ou plusieurs dilatations veineuses, une ampoule avec des noyaux fibreux ou des phlebolithes? Cette lésion me paraît encore plus improbable. On ne voit, en effet, aucune varice dans le voisinage, il n'y a point d'œdème sur le pied et l'extrémité inférieure de la jambe, et dans l'analyse de cette observation, rien ne nous montre que le malade ait eu, dans ces dernières années, à souffrir de varices qui se seraient spécialement développées sur le membre correspondant.

C'est donc au nerf, et au nerf seul, que nous avons affaire, et ce qui le prouve encore, venant dans nos esprits affermir la conviction depuis longtemps établie par la marche de la maladie et l'examen détaillé que nous en avons tous fait, c'est un ensemble de troubles trophiques caractérisés par une sécheresse de la peau, la prolifération de l'épiderme dans toute la région plantaire et l'amaigrissement de l'extrémité du membre.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Des troubles trophiques, joints à ceux de la sensibilité, c'est-à-dire à la douleur, aux fourmillements, aux anesthésies passagères, sont plus qu'il n'en faut pour affirmer maintenant.

Vous avez donc fait un grand pas vers la certitude, mais elle ne sera complète, Messieurs, que quand nous nous serons demandé si la tumeur est née par multiplication des éléments nerveux eux-mêmes, ou bien par prolifération du tissu conjonctif soit dans le tronc nerveux, soit dans son voisinage.

Cette partie du diagnostic est assurément difficile : on ne peut, sans y réfléchir longuement, se prononcer en faveur d'un névrome vrai ou d'une tumeur quelconque, développée dans le nerf ou sur son trajet. Et cependant, si vous considérez que cette tumeur a acquis un développement relativement considérable tandis que les névromes purs sont petits, peu développés en surface, un premier point s'offre déjà qui vous rapproche de la tumeur annexée au tronc nerveux. Je dois faire exception dans cet ordre d'idée, pour les *névromes par anastomose* décrits par Verneuil, qui formés par une prolifération nerveuse essentielle, constituent des tumeurs considérables. Serions-nous en présence de cette variété? Non, Messieurs, les névromes par anastomose existent surtout au cou. Valentine Mott les avait décrit sous le nom de *pachydermatocèles :* situés dans l'épaisseur de la peau, ils luido nnent un aspect rugueux, voisin de l'éléphantiasis, et l'ensemble des téguments épaissis et hypertrophiés forme des replis, des sinus profonds.



Loin de retrouver un seul de ces caractères, vous voyez devant vous une tumeur limitée, saillante, sous la peau qui n'est pas altérée.

Je repousse bien loin l'idée d'un névrome par anastomose; je repousse également celle du névrome pur toujours multiple, soit qu'il se soit développé sur plusieurs rameaux voisins, soit qu'il ait pris naissance sur un même tronc. Le nerf tibial, que nous avons suivi avec attention ne paraît, pas plus du reste que tous les autres nerfs des autres régions, en contact avec des tumeurs multiples.

Une dernière preuve enfin : les viscères, le cœur, l'appareil digestif, le foie, les reins, si souvent troublés dans ces tumeurs multiples de structure nerveuse, tous ces organes, dis-je, sont absolument sains, ils ne trahissent par aucun trouble fonctionnel les altérations dont ils seraient atteints.

J'avais donc raison, Messieurs, au début de cette leçon, quand j'affirmais devant vous que le malade se trompait en nous disant qu'il portait une tumeur congénitale; elle n'était point aussi ancienne et je peux maintenant résumer la première partie de mon diagnostic, en vous disant : c'est une tumeur étrangère à l'élément nerveux, mais simplement développée dans un nerf. C'est un névrome simple qui, sans faire partie intrinsèque du cordon sur lequel il s'est développé,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

a compromis plus ou moins sa continuité à la manière des tumeurs qui, autour d'elles, détruisent, refoulent ou atrophient les tissus. — Ce sont les caractères physiques, l'évolution, la forme même, le volume, le siège et les troubles fonctionnels qui me permettent de porter sans hésitation cette conclusion.

C'est donc une tumeur, mais quelle est-elle ?

Les variétés en sont nombreuses dans les nerfs : fibrome, sarcome, myxome, cancer. Le myxome a été souvent observé ; le cancer beaucoup plus rarement : on a même prétendu que le cancer primitif n'avait jamais été prouvé. Je crois à une exagération et, en admettant sa rareté, je crois au cancer primitif des nerfs. Pour l'instant, notre observation ne saurait témoigner en faveur de cette opinion. L'évolution lente, la date ancienne et l'absence d'adhérences intimes avec les tissus voisins, nous font un devoir d'exclure d'emblée le cancer.

Je devrais en dire autant du sarcome qui, bien que relativement bénin, n'en prend pas moins de très mauvais caractères, quand il a une fois acquis un certain volume, et qu'il marche ainsi par poussées vers l'ulcération. — Nous n'avons ici rien de semblable : notre tumeur a lentement grossi, refoulant les tissus voisins, mais les respectant tous sans exception.

Depuis six mois, elle est devenue très douloureuse, et peut-être dans ce fait-là, pourriez-vous trouver un



trait de ressemblance avec le sarcome en voie de rapide développement. Mais remarquez, Messieurs, qu'un sarcome qui devient très douloureux prend des proportions considérables, abandonne cette période aux apparences bénignes qui fait un de ses caractères du début, pour revêtir la physionomie d'une tumeur maligne envahissante ; or, malgré les douleurs plus fortes dont souffre depuis quelque temps cet homme, sa tumeur est restée stationnaire : bien plus, sa surface n'a point changé ; elle est toujours uniforme et lisse et, vous le voyez, ne ressemble en rien à un sarcome. Autre dissemblance : le sarcome a toujours, autour de lui, une vascularisation exagérée, et j'ai beaucoup insisté pour vous faire remarquer que les vaisseaux, dans cette observation, restaient étrangers à l'apport nutritif développé par la tumeur.

J'ai tenu à discuter d'abord les questions qui pouvaient en imposer : comme beaucoup moins probables, je vous parlerai enfin des myxomes : tumeurs molles, tremblottantes, mobiles et presque transparentes ; ces caractères-là sont loin de ressembler à ce que vous voyez.

Et maintenant, quand on se rappelle que le malade avait vingt ans quand son mal a paru, que ce mal a cru lentement, qu'il offre des limites précises, qu'il est régulier, sans bosselures, on ne peut, après les discussions qui précèdent, s'empêcher de penser au fibrome.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Je conclus donc : fibrome développé dans le nerf tibial postérieur. Et la prudence que tout chirurgien doit avoir pour règle, même quand il a beaucoup réfléchi et discuté, m'impose l'obligation de faire une réserve en faveur du névrome pur auquel je ne crois pas ici.

En maintenant mon opinion, je dois, pour la compléter, déterminer encore certains détails, tels par exemple que les rapports des faisceaux nerveux avec la tumeur. On sait qu'un néoplasme né dans un nerf peut occuper vis à vis de lui diverses situations : tantôt il est placé au centre, et le nerf dissocié pour ainsi dire et éparpillé forme, sur la tumeur, des mailles allongées comme les côtes d'un melon ; il se reconstitue en cordon unique et bien isolé au-dessus et au-dessous seulement. Ailleurs, le néoplasme est pédiculé, implanté sur le cordon nerveux. Enfin celui-ci peut traverser la tumeur dans une sorte de tunnel creusé à son centre ou au moins dans son épaisseur.

Est-il possible de déterminer à laquelle de ces dispositions nous avons affaire ?

C'est pour répondre à cette dernière question que j'ai avec tant de soin exploré la sensibilité, car les résultats qu'elle donne doivent être très différents, selon que la tumeur occupe telle ou telle situation vis-à-vis du nerf. Est-elle pédiculée ? La douleur sera beaucoup plus limitée, localisée dans un point précis, qui sera celui de l'implantation du néoplasme.



Est-elle au contraire disposée de telle sorte que le nerf la traverse de part en part ? Partout elle sera douloureuse, et l'exploration réveillera des douleurs dans toute sa surface, à moins qu'on ait affaire à un de ces névromes qui, pour des raisons ignorées, ne sont pas sensibles et restent toujours indolents.

Est-elle enfin située au centre du cordon nerveux qui se trouve en quelque sorte éparpillé à sa surface ? Des zones de sensibilité très vives pourront alterner, avec d'autres zones indolentes, représentées par les espaces où la tumeur ne se trouve pas recouverte par des tubes nerveux.

Or, Messieurs, nous avons bien constaté que la sensibilité se trouvait distribuée, comme je viens de vous le dire en dernier lieu. J'estime donc que la tumeur occupe ici le centre du nerf, représentant assez bien la forme d'une bourriche enserrée dans un filet ou dans des chaumes : disposition qui me paraît d'une importance extrême pour le choix d'une intervention chirurgicale.

Les conséquences d'une opération dirigée sur un nerf peuvent, en effet, être des plus graves si la nécessité d'interrompre la continuité du nerf s'impose absolument.

A cet égard, quelles différences entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes ! Pour les premières on pourra espérer, par une dissection attentive, ménager le cordon nerveux, tandis que, s'il s'agit d'une

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

tumeur maligne, il sera tout à fait impossible de l'enlever sans couper le nerf.

Nous sommes ici en présence d'une tumeur bénigne. Les règles tracées sont d'inciser couche par couche, d'isoler la masse morbide et de chercher à la séparer des tubes nerveux sans les intéresser au moins complètement. Cette manœuvre est relativement facile, quand il s'agit d'un néoplasme pédiculé ou creusé à son centre d'un canal où le nerf est placé ; il suffit dans le premier cas de sectionner le pédicule, dans le second, de couper la tumeur et de l'isoler peu à peu du cordon qui la traverse. Si les filets nerveux sont étalés à la surface, on peut encore les séparer de cette même surface. Je sais bien que les difficultés peuvent être considérables pour arriver toujours à un bon résultat, et que bien souvent on sera obligé de faire de sérieux sacrifices. Mais l'essentiel est de ne pas interrompre absolument la continuité du nerf : restera-t-il incomplet, c'est-à-dire diminué d'une partie de ses fibres, on aurait encore le droit d'espérer que l'innervation ne serait pas dans l'avenir compromise, grâce à une cicatrisation régulière. La section complète laisse en général peu de ressources après elle ; cependant, l'affrontement des deux bouts par une suture au catgutt bien faite, pourrait encore sauver une partie de la fonction immédiatement compromise.

J'espère, Messieurs, que si nos prévisions sont justifiées, c'est-à-dire si la tumeur, dans le cas actuel,



n'a d'autres rapports avec le tibial postérieur que ceux déjà signalés, nous pourrons énucléer le fibrome sans couper ou déchirer les tubes nerveux et que, sensibilité et mouvement, n'éprouveront par la suite aucun trouble.

Mais les difficultés que je vous ai signalées m'imposent de grandes réserves, incertain que je suis de pouvoir séparer rapidement ce volumineux fibrome des parties au milieu desquelles il paraît s'être développé.

L'opération a été faite dans les meilleures conditions. Après avoir incisé les parties molles jusqu'à la tumeur, M. le Dr Lanelongue est arrivé sur une tumeur dure, comprise au milieu des fibres du tibial étalées à sa surface. Passant entre deux faisceaux de ces fibres, il a pu, s'aidant du doigt et d'instruments mousses, séparer peu à peu la masse des parties nerveuses refoulées, et le nerf est ainsi resté intact. Après l'opération, il n'y a eu aucun trouble de la sensibilité ni du mouvement et la guérison a été très rapide.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait bien d'un fibrome pur.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

# DIX-NEUVIÈME LEÇON

## Sur un cas d'épithélioma du pied.

Observation. — Vaste ulcération du pied, diagnostic différentiel avec les ulcérations et les autres tumeurs qu'on peut observer dans cette région.

Pronostic et indications thérapeutiques.

Choix d'une opération radicale : Désarticulations sous-astragalienne et tibio-tarsienne. — Amputation sus-malléolaire.

Amputation de jambe : Opération de choix pour le cas actuel. — Quelques considérations sur le manuel opératoire de cette dernière amputation.

MESSIEURS,

Jeudi dernier, j'ai fait devant vous une amputation de jambe au lieu d'élection pour une vaste ulcération du pied, et je veux aujourd'hui vous expliquer les motifs qui m'ont obligé à prendre cette détermination.

Le malade, âgé de quarante-deux ans, avait, il y a vingt ans, été victime d'un accident : une barrique pleine avait roulé sur lui et le pied gauche, rencontré

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

par cette masse considérable, avait été en partie broyé. Une intervention chirurgicale, jugée nécessaire, amena le sacrifice de l'avant-pied, et bien qu'il nous paraisse, actuellement, difficile de juger quelle fut son étendue, il nous semble que la désarticulation de Lisfranc fut alors pratiquée.

Pendant les cinq années qui suivirent, la cicatrisation, qui paraît avoir été régulière, se maintint assez bien.

Cependant, sur la partie antéro-externe du moignon il survenait parfois des phlyctènes, de petites plaies, qui, après s'être refermées, se reproduisaient comme si le tissu qu'elles choisissaient pour siège avait souffert dans sa nutrition.

Il y avait donc une tendance incessante à l'ulcération, et celle-ci devait être, nous le croyons, entretenue par une cicatrice trop large et surtout mal placée sur la partie la plus saillante.

Bientôt, c'est-à-dire cinq ans après le traumatisme et l'opération qui l'avait immédiatement suivie, les ulcérations, qui se succédaient presque sans interruption, furent remplacées par des végétations à bourgeonnement irrégulier, saignant facilement par le contact, mais très peu douloureuses. Aussi, le blessé ne voulut-il pas encore interrompre ses travaux pénibles : il exerce la profession de tonnelier.

Mal lui prit assurément de ne pas songer au repos et aux soins nécessaires : la plaie, limitée d'abord, ne



tarda pas à s'étendre dans tous les sens, et l'extrémité du moignon presque tout entière fut envahie.

Cette extension du mal, que n'accompagnait point la douleur, n'excita pas davantage les craintes du malade : il continua à vivre dans les chais, où il était depuis longtemps engagé comme ouvrier.

Il fallut que la longue durée de l'ulcération, qui gagnait toujours, saignait facilement, et surtout résistait aux divers traitements empiriques acceptés en dernier lieu, vint démontrer au patient la nécessité de soins intelligents, pour qu'il se décidât à entrer à l'hôpital.

Quand nous avons examiné cet homme, nous nous sommes trouvés en présence d'une vaste plaie du pied développée sur la partie antérieure et externe, mais qui paraissait s'être rapidement étendue sur le côté interne jusqu'à une faible distance de la malléole. Autour d'elle, la peau, blanche et luisante, témoignait d'un travail ancien, fort pénible de cicatrisation, fixée qu'elle était sur les parties profondes.

L'étendue de la lésion ne vous a pas seule frappés : il y avait partout des fongosités volumineuses, saignant facilement, séparées par des anfractuosités profondes, irrégulières, recouvertes d'un enduit grisâtre, et la pression sur divers points laissait sourdre des vermisseaux blanchâtres auxquels il convient d'ajouter, en pareil cas, une grande valeur.

L'ulcère n'avait point des bords taillés à pic, mais

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

au contraire indurés, festonnés et renversés, au delà desquels les tissus, de bleuâtres qu'ils étaient, reprenaient peu à peu leur couleur normale ; à son centre, et touchant de près aux bords indurés, on pouvait encore distinguer une masse cornée très résistante, presque immobile, qui nous avertissait du degré auquel la prolifération épithéliale avait été portée sous l'influence d'irritations incessantes.

Plus loin, sur la peau, qui n'était pas encore ulcérée, surtout en arrière, sur les bords du pied et près du talon, le derme était épaissi et hérissé de petits corps papillaires qui lui donnaient l'aspect d'un velours grossier, et enfin, à quelques centimètres en avant de la malléole externe, on voyait une petite tumeur grosse comme une noisette, d'une coloration livide, certainement développée dans la peau qui menaçait de s'ulcérer dans un temps prochain vers son centre.

Votre attention devait se reporter bientôt sur les ganglions inguinaux ; vous avez vu qu'ils étaient très appréciables au toucher, plus gros que du côté opposé, où on les retrouvait facilement encore ; mais j'ajoute qu'ils n'étaient pas douloureux.

Messieurs, en présence de quelle affection nous trouvions-nous ? Cet examen minutieux que je viens de répéter a certainement trahi mes impressions : la forme de l'ulcère, son mode de développement, ses caractères physiques suivis en détail, l'issue de matière crémeuse quand on pressait sur la tumeur ; tous



ces faits vous ont dit que ma pensée s'était sans hésiter portée vers le diagnostic d'épithélioma. J'ai en effet affirmé devant vous qu'il s'agissait bien d'un *épithélioma du pied développé sur une surface cicatricielle irrégulière et irritée.*

Pouvions-nous, en effet, croire qu'il y eût là une simple production cornée de l'épiderme développée et entretenue par l'action du travail et des pressions qui en résultaient? La marche envahissante de la plaie plaidait contre cette opinion, car si vous savez qu'il existe dans des cicatrices ulcérées par la pression des productions cornées quelquefois volumineuses, vous avez pu constater que chez notre malade il y avait bien autre chose qu'une simple ulcération du derme ; le plus rapide examen vous démontrait une étendue insolite de l'ulcère et des végétations sans nombre dont la forme rappelait une affection grave.

Repoussant cette première opinion, vous pouviez encore moins vous arrêter à l'ulcération simple, telle qu'on la voit se perpétuer et s'étendre sur des tissus mal nourris, adhérents au squelette.

Passons rapidement aussi sur le sarcome mélanique dont la coloration spéciale ne peut donner aucun doute, et que nous ne retrouvions ici d'aucune manière. Il faut bien se souvenir, Messieurs, que les tumeurs des extrémités des membres, du pied en particulier, telles que l'enchondrome, le sarcome,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

quand elles se développent, choisissent les os pour leur point de départ. Ici, pouvions-nous un seul instant supposer que le néoplasme avait, dès le début, choisi ce terrain privilégié? Il était évident que la cicatrice seule avait fourni tous les frais, et que c'était bien sur elle et sur ses environs ensuite qur le bourgeonnement s'était fait.

Dans un diagnostic méthodique, nous ne devons cependant pas oublier la syphilis et la scrofule. Mais je me hâte de vous dire que le cas actuel ne ressemblait que de très loin aux ulcères de ces deux diathèses, où l'on ne retrouve pas le fond grisâtre, l'irrégularité des bords.

Ce n'était point, en effet, cet ulcère phagédénique tertiaire décrit par Fournié, dont les bords taillés à pic n'ont rien de commun avec ce pourtour induré, saillant, renversé en dehors, que présente invariablement le cancer épithélial.

La syphilis tertiaire, si elle avait pu être invoquée, n'aurait enfin reçu aucun appui des antécédents du sujet ou de la coexistence d'autres lésions de même nature, car si vous avez, chez cet homme, trouvé des ganglions inguinaux engorgés, il y en avait peu ou pas dans les autres régions, circonstance qui, évidemment, plaide contre le tertiarisme syphilitique.

C'est donc sans arrière-pensée que désormais nous avons admis le diagnostic d'épithélioma né sur une cicatrice défectueuse.



Le cancroïde des cicatrices n'est pas une rareté, Messieurs, vous l'observerez quelquefois. Ceux d'entre vous qui, l'an dernier, suivaient mes leçons cliniques, se souviennent d'un malade qui avait autrefois, dans le jeune âge, été atteint par une vaste brûlure du membre inférieur droit; la cuisse, fléchie à angle droit sur le bassin, était immobilisée par de grandes cicatrices, et la jambe, à son tour fléchie sur la cuisse, était aussi retenue dans cette attitude par une vaste bride, dont toute la surface ulcérée prenait les caractères de l'épithélioma.

Pourquoi les cicatrices irrégulières, peu solides et mal nourries, sont-elles ainsi quelquefois atteintes par l'épithélioma ? Je ne vois pas d'autre raison que l'irritation chronique à laquelle une bride cicatricielle peut être soumise par le fait de sa situation vicieuse. La pression, les chocs altèrent sa surface, la nutrition mal entretenue se prête peu à la réparation ; le suintement continuel qui en résulte ajoute encore à l'irritation, maintient la plaie et facilite son extension en ramollissant les tissus. C'est l'histoire de notre blessé. L'intervention chirurgicale l'a doté d'un mauvais moignon, recouvert d'une peau mince et adhérente, bien plus encore : muni d'une cicatrice irrégulière et située sur la partie la plus saillante, là où devaient porter la pression, tout le poids de la marche et les fatigues du jour. Dans la position à genoux que cet



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

homme devait prendre souvent pour son travail, la chaussure heurtait nécessairement la cicatrice qui se trouvait ainsi sans cesse irritée, meurtrie.

L'épithélioma du pied se présente quelquefois, mais il ne faudrait pas en exagérer la fréquence.

L'an dernier vous m'avez vu opérer un vieillard qui en offrait un bel exemple. Sur la plante du pied droit, il portait un cancroïde développé sur un durillon. Il n'y a là rien qui doive nous surprendre ; le durillon est un terrain privilégié qui, joint à des prédispositions héréditaires, se trouve tout prêt pour fournir ses éléments à la prolifération épithéliale, pour se transformer en tumeur cancroïdale.

On verra donc un durillon, une production verruqueuse devenir le point de départ de cette variété de tumeur.

Ailleurs, ce sont des végétations papillaires ; dans d'autres cas, une infiltration dermique d'emblée.

Serait-ce à ce dernier mode de développement que nous devrions attribuer le début de la tumeur que nous étudions? En tenant compte de la petite saillie que vous avez vue au-devant de la malléole externe, on a le droit de penser que l'élément glandulaire n'est pas resté étranger à la prolifération morbide, et que si l'infiltration s'est, dès le début, produite, elle a peut-être porté de préférence sur les glandes de la peau. Ce n'est là qu'une opinion et je ne tiens pas à la justifier, car il faut se souvenir que, sur le même



sujet, dans le même cas, toutes les formes peuvent se trouver à peu près réunies.

Il nous importe bien plus, Messieurs, quand nous avons reconnu une affection grave, de savoir quel parti nous devons prendre.

Le cancroïde tel qu'il existait doit s'étendre aux parties voisines et bientôt franchir les limites accessibles à l'exploration pour retentir au loin sur le système lymphatique. Aussi me suis-je rapidement décidé à intervenir, bien que j'eusse trouvé des ganglions suspects. Et cependant ces ganglions ne devaient-ils pas m'arrêter? Nous savons très bien, Messieurs, que dans le voisinage d'une plaie irritée, froissée, les ganglions sont souvent atteints d'une inflammation plus ou moins franche et qu'il ne faut pas toujours leur attribuer une signification qu'ils ne sauraient avoir ; d'autre part, ceux que nous avons trouvés au pli de l'aine ne portaient point de caractères inflammatoires nets ; ils n'étaient pas douloureux et se trouvaient trop nombreux pour que l'inflammation seule pût expliquer leur développement.

Si, dans cette alternative des plus délicates, je me suis décidé quand même en faveur de l'intervention, c'est qu'il m'a paru nécessaire d'incliner du côté de l'indication la plus précise : supprimer un mal dont l'issue ne saurait être douteuse. Cet homme n'était-il pas condamné à l'inaction sur un lit qu'il n'aurait jamais pu quitter sans s'exposer à des hémorrhagies?

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La plaie, si large déjà, ne serait-elle pas devenue en peu de temps, par son envahissement progressif, ses écoulements sanguins et purulents, une cause d'épuisement prochain?

Il fallait intervenir, et j'ajoute qu'il fallait intervenir très largement. Il était nécessaire de s'éloigner du pied où vous savez que les tissus, par le fait du long travail de cicatrisation, étaient malades et peu favorables à une nouvelle réparation, où vous avez constaté que déjà la végétation papillaire annonçait pour un temps très rapproché la prolifération épithéliale.

J'ai donc repoussé la désarticulation du pied, et j'ai choisi l'amputation de la jambe.

Pour les raisons précédentes, je n'ai pas cru qu'il était sage de pratiquer l'amputation sus-malléolaire ; d'autres motifs encore m'y engageaient : L'amputation sus-malléolaire est moins grave que la même opération au lieu d'élection ; mais l'antiseptie a beaucoup égalisé les chances de succès et réduit singulièrement les différences autrefois sensibles entre tel ou tel procédé.

Si j'ai repoussé l'amputation sus-malléolaire, c'est surtout pour m'éloigner des tissus suspects, et pour chercher dans l'amputation au lieu d'élection un résultat définitif plus avantageux, plus utile. On a dit que l'amputation sus-malléolaire était l'opération des riches. Cela est très vrai. L'usage du membre ainsi amputé nécessite des appareils prothétiques compliqués, d'un prix d'achat fort élevé, d'un entretien coûteux et difficile ; ils sont souvent très mal tolérés, tant ils sont lourds et incommodes. Si l'homme qui, par sa situation sociale a de nombreux loisirs, et peut s'occuper sans inconvénients, de tous ces détails, a tout avantage à demander au chirurgien un sacrifice aussi limité que possible, l'ouvrier ne le peut pas et doit surtout chercher le résultat qui se trouve le plus en rapport avec la vie pénible du travail.



J'ai donc choisi le lieu d'élection, et c'est au procédé pur de Sédillot que je me suis adressé pour tailler un lambeau externe de dehors en dedans et comprendre dans son épaisseur l'artère tibiale antérieure.

MM. Tillaux et Farabeuf, qui admettent la dissection du lambeau, modifient cependant le procédé en commençant le tracé du lambeau sur la face interne du tibia : ils veulent ainsi ménager à l'opérateur une facilité plus grande pour disséquer le jambier antérieur et séparer l'artère de l'espace tibial antérieur. Je n'ai pas suivi ce précepte et ai commencé le lambeau en dehors de la crête du tibia ; et cependant vous avez remarqué que je n'ai éprouvé aucune difficulté pour commencer et achever ma dissection. Il m'a toujours semblé, en effet, qu'en commençant l'incision sur la face interne du tibia, on plaçait la cicatrice sur la partie la plus saillante du squelette, et je trouve bien préférable d'éviter cet inconvénient en portant le couteau en

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

dehors du tibia. Ce n'est pas aujourd'hui seulement que j'ai agi de la sorte : dans les nombreuses amputations de jambes que j'ai pratiquées au lieu d'élection, je ne me suis jamais éloigné de cette pratique et les résultats ont toujours répondu à mon attente.

## VINGTIÈME LEÇON

### Epithélioma du canal nasal et du sac lacrymal.

Observation d'un malade atteint tout d'abord d'une affection présentant la plupart des signes de la dacryo-cystite.

Aspect spécial de l'ulcération consécutive à ces premiers accidents.

Diagnostic basé sur la marche, les caractères de l'ulcération, les troubles fonctionnels.

Traitement.

MESSIEURS,

Un cas s'offre à nous aujourd'hui, qui, s'il ne présente pas d'intérêt au point de vue opératoire, ne laisse pas de mériter à plusieurs titres toute votre attention. Par lui vous apprendrez quels rapides progrès peut faire ma tumeur maligne de la face, quand elle s'attaque aux cavités de cette région, et quels signes spéciaux vous avertiront qu'une intervention devient inutile à un moment donné.

Notre malade a soixante-douze ans. C'est un vieux

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

dehors du tibia. Ce n'est pas aujourd'hui seulement que j'ai agi de la sorte : dans les nombreuses amputations de jambes que j'ai pratiquées au lieu d'élection, je ne me suis jamais éloigné de cette pratique et les résultats ont toujours répondu à mon attente.

## VINGTIÈME LEÇON

### Epithélioma du canal nasal et du sac lacrymal.

Observation d'un malade atteint tout d'abord d'une affection présentant la plupart des signes de la dacryo-cystite.

Aspect spécial de l'ulcération consécutive à ces premiers accidents.

Diagnostic basé sur la marche, les caractères de l'ulcération, les troubles fonctionnels.

Traitement.

MESSIEURS,

Un cas s'offre à nous aujourd'hui, qui, s'il ne présente pas d'intérêt au point de vue opératoire, ne laisse pas de mériter à plusieurs titres toute votre attention. Par lui vous apprendrez quels rapides progrès peut faire ma tumeur maligne de la face, quand elle s'attaque aux cavités de cette région, et quels signes spéciaux vous avertiront qu'une intervention devient inutile à un moment donné.

Notre malade a soixante-douze ans. C'est un vieux

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

boulanger dont le principal défaut à toujours été d'abuser avec excès du tabac à priser. Son histoire pathologique que vous a lue, il y a un instant, M. Petit interne du service, n'offrirait aucun intérêt, si elle ne nous apprenait cependant que cette homme a depuis de longues années été tourmenté par un coryza chronique et de la blépharite.

Les antécédents de famille sont nuls, la maladie qui l'a conduit vers nous ne remonte pas à plus de dix mois. Elle fut, avons-nous dit, précédée d'un coryza tenace apparu dix ans auparavant; mais c'est, il y a huit à dix mois seulement, que des douleurs assez vives furent ressenties dans la mâchoire supérieure. Pendant les années précédentes, il n'y avait eu rien autre chose que l'écoulement nasal, et de l'épiphora.

C'est grâce à cet épiphora que le malade, qui depuis quelques jours souffrait dans le côté droit de la face, songea à entrer à l'hôpital, dans le service d'ophtalmologie de M. le professeur Badal.

C'était au mois de décembre dernier; il y a par conséquent un mois et demi.

Peu de temps après l'entrée à l'hôpital, aux douleurs faciales et à l'épiphora succédèrent d'autres signes : il se déclara de l'ophthalmie et, en définitive, une inflammation plus vive vers l'angle interne de l'œil droit, dans la région du sac lacrymal.

On fit une large incision et du pus s'écoula en assez grande abondance.



J'insiste pour vous faire remarquer que, jusqu'à cette époque, il n'y avait eu aucune apparence de tumeur. C'était, selon toute probabilité, un simple abcès, peut-être une dacryocystite suppurée, mais le pus était fétide. Ce caractère spécial; cette fédité, fit penser à M. le professeur Badal qu'il pouvait exister autre chose qu'un foyer purement inflammatoire et que, sous un aspect bénin, une lésion plus grave se cachait profondément : il introduisit à travers l'incision qu'il avait pratiquée un stylet et l'instrument s'enfonça bien avant dans les tissus, dans la direction des os.

A partir de ce jour, le mal change de face. Un abcès était ouvert, du pus s'écoulait, l'incision paraissait nette, nulle part traces d'un néoplasme.

Voici que, tout à coup, les bords de l'incision bourgeonnent avec rapidité et que l'état fongueux que vous pouvez maintenant constater chez ce malade s'établit en donnant une suppuration fétide, séreuse, de mauvais aloi, de plus en plus abondante.

Vous êtes à juste titre frappés, Messieurs, par l'existence d'une large ulcération de la région génienne droite, ulcération térébrante, profonde, dont le fond grisâtre, rempli d'un liquide ichoreux très abondant ne vous permet pas d'apprécier les limites.

Les bords sont saillants, couverts de bourgeons rosés et gris, saignant au moindre contact, renversés en dehors, rejetés sur les parties voisines, de telle

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

sorte que l'œil est presque complètement recouvert et paraît compris dans la masse fongueuse. Cependant il n'en est rien. Quand vous abaissez cette masse bourgeonnante de manière à dégager la région oculaire, vous voyez aussitôt qu'elle ne fait point corps avec la paupière et appuie seulement sur elle ; le globe oculaire est sain, et l'ulcération a simplement gagné la partie interne de l'orbite dans la région du sac. Cherchez enfin à reconnaître les limites précises de la tumeur en dedans : vous voyez qu'elle s'avance sur les téguments du nez, mais n'a pas franchi la ligne médiane.

En bas, l'ulcération ne dépasse pas une ligne horizontale qui occuperait la partie moyenne de la joue. En dehors, il est bien difficile de limiter l'infiltration : les tissus rouges, indurés, donnant partout à vos doigts la sensation de parties molles infiltrées, vous avertissent que, s'il existe une tumeur de mauvaise nature, elle a déjà fait de rapides progrès. Aussi loin que vous portiez votre examen dans la direction de la branche montante du maxillaire inférieur, vous retrouvez toujours une certaine induration et vous restez convaincus que, de ce côté, la lésion s'est peu à peu, lentement, mais sûrement propagée.

L'ulcération des téguments n'est pas le fait le plus saillant : le mal a fait profondément des ravages ; laissant loin derrière lui la peau et les tissus qu'elle ecouvre, il s'est avancé sur les os qui se trouvent



ainsi confondus avec les parties molles dans le même travail ulcéreux.

Ces préliminaires suffisent, je le crois, pour qu'il me soit permis d'aborder maintenant le diagnostic et de rechercher si réellement nous avons affaire à une tumeur maligne, et quelle serait la nature de cette tumeur.

Il ne me paraît pas utile de réfléchir longtemps avant d'affirmer que cette ulcération est de mauvaise nature. La rapidité de son développement, le relief de ses bords, son état fongueux, la sanie qui s'en écoule, l'infiltration mal délimitée des parties molles autour d'elle, répondent de suite à ces diverses questions en nous montrant bien qu'il s'agit d'un épithélioma. L'épithélioma seul peut donner ces caractères, et le diagnostic s'impose *à priori*.

Serait-ce la scrofule ou la syphilis qui nous donneraient de tels signes ? Vous ne pouvez l'admettre un seul instant, à moins de vouloir gratuitement compliquer un diagnostic chirurgical. Réservez donc toute votre attention pour déterminer et le point de départ de cette grave lésion et le progrès qu'elle a déjà fait sur les parties voisines ; l'intérêt d'une telle recherche n'est pas à comparer à celui d'un diagnostic différentiel inutile.

Mais permettez-moi de vous arrêter immédiatement sur un détail clinique qui me semble offrir dans cette observation un très haut intérêt. N'avez-vous pas

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

remarqué qu'il n'existe point d'engorgement ganglionnaire? Votre exploration est restée sans résultat quand elle s'est adressée aux régions pré-auriculaires sous-maxillaires. Loin de trouver dans ces derniers points un chapelet de petites glandes dures, c'est à peine si vous avez pu constater la présence d'un ganglion gros comme une noisette. Il n'y a rien sous la région mentonnière, rien dans la région cervicale. N'en soyez pas surpris. C'est un fait constant, fréquent tout au moins, dans les tumeurs des maxillaires.

Pendant la visite qui a précédé cette leçon, je me suis avec vous arrêté au lit d'un de nos malades atteint d'une énorme tumeur du maxillaire inférieur. L'ulcération, qui a détruit tous les téguments inférieurs de la face, dépasse les commissures et tend à envahir de proche en proche la totalité de la face : cette tumeur ulcérée n'a pas amené la moindre infiltration ganglionnaire.

Je me rappelle encore un autre malade de mon service qui avait un petit épithélioma du nez. Aucune opération n'avait été pratiquée et la tumeur avait seulement été soumise à des irritations par les cautérisations incomplètes et les pommades. L'ulcération, bientôt produite, avait gagné le nez, la joue, les deux yeux ; il ne restait plus rien de la face, le front seul existait encore et tout le reste formait un vaste cloaque au milieu duquel on voyait saillants et décharnés les



os des maxillaires. Chez cet homme, Messieurs, il n'y avait pas un seul ganglion tuméfié !

C'est donc un fait curieux, utile à enregistrer, qu'on doit admettre sans trop chercher à l'expliquer.

Revenons au diagnostic du siège, au point de départ de notre tumeur.

Ce ne sont point les téguments de la face, ainsi que cela se présente souvent, qui ont été les premiers malades. Glandes, papilles, peuvent être des sièges de prédilection pour la tumeur épithéliale, mais ici, rien de semblable ne s'est produit.

Ce sont les parties profondes qui ont vu se développer sur elles l'épithélioma. Quel a été, en effet, le premier trouble, le premier signe de la maladie que vous voyez aujourd'hui si étendue, si grave ? C'est l'épiphora. Peu de temps après, des douleurs vives ont paru ; enfin, en dernier lieu, un abcès, un phlegmon, s'est montré dans la partie douloureuse.

Cette succession de trois signes importants ; larmoiement, douleur et abcès me parait témoigner fortement en faveur d'une altération primitive du sac lacrymal ou de la partie supérieure du canal nasal. Certainement, leur muqueuse a été le lieu d'élection choisi par la tumeur.

Rarement vous observez une pareille origine : c'est moins en nous basant sur des faits analogues, qu'en nous appuyant sur le raisonnement, que nous formulons ce diagnostic.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La cause nous échapperait absolument si nous ne savions que cet homme est un priseur invétéré. Pas d'antécédents de famille, ni d'antécédents personnels, car personne d'entre nous ne peut attribuer d'importance à un léger traumatisme de date ancienne dont nous a parlé le patient ; il n'y a rien, si ce n'est une irritation chronique de la muqueuse nasale par l'abus du tabac. Est-il vrai qu'elle seule ait préparé la lésion ? On ne saurait l'affirmer, mais si nous croyons que l'abus du tabac peut avoir quelque influence sur le développement du cancer buccal, il n'est pas illogique de conclure ainsi. Au surplus, peu m'importe que cet épithélioma ait telle ou telle cause ; son point de départ dans le canal nasal présente plus d'intérêt et, en analysant les faits, nous trouvons plusieurs preuves à l'appui de cette opinion.

Aujourd'hui la tumeur a fait une apparition subite sur la joue ; elle s'est épanouie, pour ainsi dire, et les désordres qu'elle entraînera bientôt autour d'elle ne seront plus à compter ; mais, tant qu'elle est restée emprisonnée, elle n'a trahi sa présence par aucun signe: de l'épithora et un peu d'enchifrènement, signes ordinaires d'une altération du calibre du canal nasal, s'étaient seuls montrés. Contenue, bridée par une enveloppe ostéo-fibreuse, elle ne pouvait s'étendre que vers les orifices du canal. Quand elle a atteint un de ces orifices, elle s'est développée avec rapidité. Le malade est sous vos yeux ; voyez les dimensions de cette ulcération : presque toutes les parties molles et la peau sont prises et les os eux-mêmes n'ont pas été respectés.



Et tous ces désordres ont commencé par une petite tumeur au niveau du sac. C'est en effet là, Messieurs, que le néoplasme, trouvant sur les os du canal une barrière résistante, s'est avancé pour envahir le sac, la partie interne de l'orbite, l'os onguis et la branche montante.

La partie inférieure du canal nasal n'a pas, du reste, été épargnée. Un bourgeon de mauvaise nature s'est avancé de ce côté-là et vous vous souvenez très bien qu'avant même l'apparition de la tumeur au dehors, le malade avait eu de l'enchifrènement persistant. Aujourd'hui tout s'explique, quand on fait l'examen du nez : déjà cet homme a eu plusieurs épistaxis, il mouche souvent du sang, la narine du côté droit est en partie obstruée, le passage de l'air détermine un bruit râpeux dans les fosses nasales, et quand on regarde dans celle de droite, on la voit presque fermée par un gros bourgeon saillant, fongueux. Progressivement l'épithélioma a envahi la fosse nasale en descendant du canal nasal, et de là il a gagné d'autres régions. Il a pénétré dans le sinus maxillaire, dont il n'était séparé que par de très minces lamelles osseuses. La partie antérieure de ce sinus est légèrement saillante, mais au fond de la plaie, l'os détruit sur une certaine étendue permet au stylet de s'introduire jusque dans la cavité d'Higmore.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Je vous ai dit et répété que le premier siège du mal était le canal nasal, j'insiste encore pour vous faire remarquer que le sinus maxillaire n'a pas été primitivement envahi. Déjà, par les faits cliniques, je vous ai prouvé cette origine : elle s'affirme davantage, quand on explore le maxillaire supérieur.

Chez un autre malade, atteint d'une tumeur maligne du maxillaire, que je vous montrais ces derniers jours, vous avez vu un gonflement considérable de l'os en haut, en bas, en avant, sur le bord alvéolaire dépourvu de ses dents, toutes chassées peu à peu de leurs alvéoles, et déjà garni de fongosités de mauvais aspect : toute la voûte palatine était surbaissée. Ces tumeurs, en effet, refoulent d'abord, avant de les ulcérer, de les détruire, toutes les parties qui forment les parois du sinus, et la distention de la cavité ne tarde pas à devenir évidente.

Ici, rien d'analogue n'a pu être observé. Le bord orbitaire est sain, la bouche a conservé toutes ses dents dont aucune n'est sérieusement ébranlée, la voûte palatine a gardé sa courbe d'ogive. Si le sinus a été envahi, il ne l'a été que consécutivement et encore dans des proportions très limitées.

En vous disant, Messieurs, que cette lésion répandue sur les os n'a pas encore gagné une grande étendue de leur surface, en insistant pour vous faire constater l'absence d'engorgement ganglionnaire, ai-je l'intention de vous proposer d'intervenir chez ce malade?



Je m'empresse de reconnaître que si la lésion avait des limites plus restreintes encore, et offrait partout des contours d'une délimitation nette, il n'y aurait pas à hésiter, et une mutilation, fût-elle grave, deviendrait légitime.

Mais cette large ulcération de la peau, cet envahissement de la partie interne de l'orbite, du sinus maxillaire, ne vous obligeraient-ils pas à faire de terribles sacrifices : la mâchoire, l'orbite, une partie des fosses nasales se trouveraient emportés dans cette opération. Je sais bien qu'à la rigueur, on pourrait, sans grands dangers et surtout sans grandes difficultés, suivre cette conduite, mais, voyez l'état de la peau sur la joue, voyez cette parésie faciale : la commissure abaissée, les muscles paresseux ou inertes quand vous les faites contracter, tout cet état local qui vous révèle à quel degré l'épithélioma a compromis toutes les parties molles de la région, même les branches du nerf facial. L'infiltration de la peau, des muscles, des branches nerveuses, ne vous laisse plus aucune ressource pour masquer la mutilation, que vous ferez porter sur les os, et même ne vous laisse plus l'espoir de dépasser ses limites.

Mais, avant tout, restez convaincus que si vous ne pouvez préciser les altérations des parties molles, vous ne savez pas, à plus forte raison, ce qui se passe profondément sur les os, les nerfs et les vaisseaux. Le mal peut avoir, grâce aux nombreux pertuis qui



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

laissent passer ces derniers à travers le squelette, gagné des parties très éloignées.

Je me rappelle un malade que j'opérai l'an dernier devant vous. Il était atteint d'un épithélioma du maxillaire limité, selon toute apparence, à l'os lui-même, et rien ne faisait supposer que déjà il eût dépassé les limites constituées par la face, pour aller plus profondément.

Je croyais ainsi, en concluant à la nécessité d'une intervention, avoir à faire une opération facile, bien réglée.

Quelle ne fut pas ma surprise, lorsque je me trouvai en présence d'une infiltration déjà propagée aux parties voisines; c'était une nappe s'étendant de l'os aux parties molles prépharyngiennes, et après avoir réséqué les apophyses ptérygoïdes en partie détruites, je dus m'arrêter sans pouvoir enlever toute la tumeur.

Etablissons donc, en règle générale, Messieurs, que lorsque nous rencontrons une tumeur analogue à celle que vous avez vue, mal délimitée, et surtout accompagnée d'une infiltration des parties molles pouvant faire prévoir une rapide extension du néoplasme, nous devons nous abstenir.

# VINGT-UNIÈME LEÇON

## Sur un cas de contusion du poumon.

Observation d'un blessé admis à la salle 17.

Contusion de la poitrine. — Troubles fonctionnels et signes physiques concomitants.

Conclusion. — Il y a contusion du poumon, sans fracture de côtes.

Mécanisme de la contusion du poumon. — Marche, suites, traitement.

MESSIEURS,

Un intéressant sujet d'étude nous est offert aujourd'hui par un malade de la salle 17, admis, il y a peu de jours à l'hôpital, au moment où il venait de recevoir, sur la région thoracique, un violent traumatisme.

Cet homme, âgé environ de cinquante ans, nous a raconté qu'il conduisait une charrette chargée de cochons quand un véhicule venant en sens inverse heurta le sien. Le choc fut si rapide qu'il fut enlevé de son siège et tomba sur le pavé avec l'un des animaux qui, en se débattant, vint rouler sur sa poitrine.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

laissent passer ces derniers à travers le squelette, gagné des parties très éloignées.

Je me rappelle un malade que j'opérai l'an dernier devant vous. Il était atteint d'un épithélioma du maxillaire limité, selon toute apparence, à l'os lui-même, et rien ne faisait supposer que déjà il eût dépassé les limites constituées par la face, pour aller plus profondément.

Je croyais ainsi, en concluant à la nécessité d'une intervention, avoir à faire une opération facile, bien réglée.

Quelle ne fut pas ma surprise, lorsque je me trouvai en présence d'une infiltration déjà propagée aux parties voisines; c'était une nappe s'étendant de l'os aux parties molles prépharyngiennes, et après avoir réséqué les apophyses ptérygoïdes en partie détruites, je dus m'arrêter sans pouvoir enlever toute la tumeur.

Etablissons donc, en règle générale, Messieurs, que lorsque nous rencontrons une tumeur analogue à celle que vous avez vue, mal délimitée, et surtout accompagnée d'une infiltration des parties molles pouvant faire prévoir une rapide extension du néoplasme, nous devons nous abstenir.

# VINGT-UNIÈME LEÇON

## Sur un cas de contusion du poumon.

Observation d'un blessé admis à la salle 17.

Contusion de la poitrine. — Troubles fonctionnels et signes physiques concomitants.

Conclusion. — Il y a contusion du poumon, sans fracture de côtes.

Mécanisme de la contusion du poumon. — Marche, suites, traitement.

MESSIEURS,

Un intéressant sujet d'étude nous est offert aujourd'hui par un malade de la salle 17, admis, il y a peu de jours à l'hôpital, au moment où il venait de recevoir, sur la région thoracique, un violent traumatisme.

Cet homme, âgé environ de cinquante ans, nous a raconté qu'il conduisait une charrette chargée de cochons quand un véhicule venant en sens inverse heurta le sien. Le choc fut si rapide qu'il fut enlevé de son siège et tomba sur le pavé avec l'un des animaux qui, en se débattant, vint rouler sur sa poitrine.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Pris ainsi entre deux forces opposées, la résistance du sol et le poids énorme qu'il recevait tout à coup, il ressentit une vive douleur, mais ne perdit pas connaissance; on fut obligé de le relever et de le transporter dans une maison voisine pour lui donner quelques soins. La douleur ressentie au moment de la chute persista, s'accompagna d'oppression, et presque immédiatement apparurent des crachats sanglants.

Le blessé se fit aussitôt conduire à l'hôpital Saint-André. Plusieurs d'entre vous l'ont vu peu d'instants après, et ont été frappés par l'abondance de son expectoration sanglante, rutilante et spumeuse.

Lorsqu'un malade se présente à vous après un traumatisme de cette nature, s'il crache du sang, a de l'oppression et éprouve une vive douleur au point contus, la première idée qui vient à votre esprit est que le blessé a une ou plusieurs côtes brisées, et que le poumon a été déchiré dans une étendue plus ou moins grande. C'est, en effet, la première pensée qui m'est venue, et j'en ai aussitôt recherché la confirmation. Or, la douleur était plus vive à droite, mais de ce côté, s'étendant sur une large surface, elle ne présentait pas une localisation bien nette. Ce premier point m'éloignait déjà de la fracture de côte.

En poussant plus loin mes recherches, je ne trouvai ni mobilité ni crépitation sur les arcs osseux que je passai pourtant en revue les uns après les autres,



et nulle part, dans cet examen minutieux, la douleur que je réveillais cependant d'une manière incessante ne put se localiser une seule fois avec ce caractère poignant, fixe, qui est le meilleur signe de la fracture de côte. Aussi devais-je de plus en plus abandonner ma première idée.

Qu'y avait-il donc? Je me préoccupai de rechercher s'il n'existait pas de l'emphysème, soit sur la paroi thoracique, soit à la base du cou. Il est rare, en effet, qu'une fracture de côte, quand elle amène de l'hémoptysie, ne produise pas en même temps de l'emphysème par infiltration de l'air dans le tissu celluleux voisin de la fracture. Je n'en trouvai point, mais j'eus bientôt l'explication certaine des troubles fonctionnels observés :

A la partie moyenne du poumon droit, il y avait en arrière une zone de matité absolue sur une étendue de plusieurs centimètres, avec absence complète du murmure vésiculaire, et souffle tubaire très marqué.

Au-dessus et au-dessous de cette zone, le tissu pulmonaire était perméable, il n'y avait point de matité, mais seulement quelques râles sous-crépitants disséminés.

Que s'était-il passé pour donner ainsi naissance à cette zone de tissu induré qui ne se laissait pas pénétrer par l'air? On ne peut hésiter à répondre qu'il y avait eu contusion avec hémorrhagie, avec infiltration rapide intra-parenchymateuse du sang épanché.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Rappelons-nous, Messieurs, que la contusion du poumon présente trois degrés anatomiques et cliniques bien tranchés.

Au point de vue anatomique, le *premier* réside dans une simple ecchymose; le *deuxième* dans un épanchement de sang déjà bien plus avancé qui s'offre sous l'aspect d'une série de bosses sanguines d'un petit volume, rapprochées les unes des autres, autour desquelles il y a dans le tissu pulmonaire voisin une large infiltration ecchymotique; le *troisième* degré est une vraie attrition, un écrasement du poumon. Le sang répandu par les vaisseaux déchirés se creuse une cavité dans laquelle plongent les extrémités des vaisseaux et des bronches. A ces trois degrés anatomiques correspondent exactement des signes cliniques permettant de juger l'étendue des désordres produits par le traumatisme. C'est ainsi que la contusion légère produira quelquefois une douleur profonde et s'accompagnera d'une certaine diminution du murmure vésiculaire, quelquefois de crachats sanglants, d'une légère hémoptysie. Mais cette contusion peu accentuée pourra passer inaperçue. Ce n'est que lorsqu'il survient des complications telles que la pneumonie, la pleurésie, la gangrène même que le diagnostic peut s'affirmer.

Dans les deuxième et troisième degrés, l'hésitation ne saurait exister. Qu'il arrive en effet brusquement de la matité, du souffle, des râles sous-crépitants



dans des parties plus éloignées; qu'on observe une hémoptysie quelquefois abondante révélant de larges déchirures subies par les ramifications bronchiques, on aura l'ensemble des signes qu'il convient d'attribuer au second degré de la contusion pulmonaire.

Dans le dernier degré, où le parenchyme a été pour ainsi dire écrasé, des signes cavitaires doivent être constatés puisque l'air arrive, par les voies bronchiques ouvertes, dans une lacune du tissu, remplie par le sang qu'ont laissé filtrer en abondance les vaissaux déchirés; le gargouillement, le râle caverneux, le souffle amphorique, le tintement métallique même, joints à l'expectoration sanglante : voilà ce que vous observerez.

Pourrait-on, Messieurs, quand de pareils phénomènes se produisent immédiatement après un traumatisme, penser qu'ils sont dus à d'autres causes qu'au traumatisme lui-même, à l'inflammation par exemple? Et dans le dernier cas que nous avons considéré, serait-il logique, quand on observe du gargouillement, du souffle amphorique, de conclure qu'il existe simplement de l'infiltration sanguine du parenchyme pulmonaire? La réponse est faite : à chaque degré de la contusion correspondent, comme je vous le disais, des signes précis qui conduisent, en général, droit au diagnostic anatomique.

Chez notre malade, nous avons d'emblée retrouvé la voix retentissante, du souffle, de la matité, des

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

râles, et, sans hésiter, j'ai porté le diagnostic d'infiltration sanguine, correspondant au deuxième des degrés que je vous ai rapidement décrits.

Les suites de l'accident qui fait l'objet de notre étude ont été des plus heureuses. Trois jours après l'admission du malade à la salle 17, il n'y avait pas de fièvre, le pouls était calme, la respiration, d'abord un peu anxieuse, avait repris son rythme normal, l'hémoptysie au début très abondante avait beaucoup diminué; elle diminue chaque jour, et tout nous laisse prévoir que, d'ici très peu de temps, les crachats ne contiendront plus de sang.

Ce n'est certes pas ainsi que les choses se passent le plus souvent. Vous n'ignorez pas qu'il survient de redoutables complications inflammatoires; mais avant de vous dire quelle physionomie grave ces complications viennent tout à coup donner à la contusion pulmonaire, je tiens à m'expliquer devant vous sur le mécanisme de la contusion dans le cas actuel où vous savez qu'il n'existe pas de fracture de côte.

On comprend très bien comment une fracture peut déchirer le poumon, mais il est plus difficile d'interpréter la contusion sans fracture.

Serait-il juste, comme on a voulu le faire, de rapprocher ces contusions pulmonaires des contusions cérébrales sans lésions des os du crâne?

Vraiment l'analogie n'existe pas ici : il ne saurait y avoir de comparaison justifiée entre le crâne résistant de toute part, et la cage thoracique souple dans ses parois; entre le cerveau d'une structure si délicate et le poumon élastique et mobile.



M. Gosselin, en 1846, a fait remarquer que tout sujet dont la poitrine vient à être saisie entre deux forces opposées, fait brusquement un mouvement de résistance, un effort suprême, instinctif, qui aboutit à l'occlusion de la glotte et à l'immobilisation du poumon sur la cavité thoracique. L'air emprisonné dans le parenchyme lui donne nécessairement une tension qu'il n'a pas à l'état normal, une fermeté particulière; aussi se trouve-t-il dans des conditions de résistance analogues à celles du foie et de la rate qui, vous le savez, subissent facilement les atteintes des violences portées sur le thorax et l'abdomen. Je crois qu'il ne faut pas invoquer d'autre mécanisme pour expliquer la contusion chez notre blessé!

Pourquoi, chez cet homme, n'y a-t-il pas eu d'emphysème ? Je ne parle pas de l'emphysème primitif des parois thoraciques, mais de l'emphysème consécutif qui débute à la base du cou.

Si, en effet, l'air s'infiltre après la contusion, sous la plèvre viscérale qui n'a pas cédé, il se répand dans le tissu cellulaire sous-pleural et s'avance vers la racine des bronches ; de là, il remonte vers les médiastins et par eux arrive facilement dans les nappes cellulaires du cou.

Quand la plèvre est rompue, ce qui arrive souvent,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

air et sang tombent dans la cavité pleurale à moins qu'il n'y ait des adhérences qui s'opposent à cet épanchement.

Vous concevez, Messieurs, quelle influence l'apparition de cet emphysème profond peut avoir sur le diagnostic. Ici, il ne s'en est point produit, et j'ignore pour quel motif. Cependant nous pouvons admettre que la contusion a été plus profonde que superficielle, que le tissu sous-pleural a été dans une certaine mesure épargné, mais toute supposition n'est en somme que l'expression d'une inconnue qui nous échappe.

A la suite de ces attritions du poumon, il peut, vous ai-je dit, survenir d'autres complications immédiates que l'emphysème : la déchirure de la plèvre entraîne quelquefois l'épanchement d'air et de sang dans sa cavité. Les adhérences peuvent s'opposer à cet épanchement et il ne serait peut-être pas impossible d'attribuer dans certains cas la contusion pulmonaire à ces adhérences elles-mêmes qui fixent solidement le poumon contre la paroi costale. Je n'ai jamais pensé que chez notre malade il existât une rupture de la plèvre, puisque je n'ai pas constaté d'épanchement pleural, et l'absence d'emphysème me fait toujours supposer que la contusion ne s'est pas avancée jusqu'au feuillet viscéral. Je veux vous répéter encore qu'au delà de nos prévisions, si justifiées qu'elles soient par le raisonnement, il y a des



réserves à faire, qu'un diagnostic prudent doit respecter.

Jusqu'à présent, le blessé a échappé aux complications immédiates de ces variétés de traumatisme, mais échappera-t-il aux complications consécutives? Je le crois, Messieurs ; la pleurésie, la pneumonie, ne se sont encore annoncées par aucun signe et rien dans l'état du malade ne fait prévoir leur éclosion. Plus il va, moins il est agité, plus son pouls est calme, plus sa respiration perd le caractère d'anxiété qu'elle avait au début, plus enfin l'hémoptysie diminue.

Je ne crois pas davantage à des menaces de gangrène ; je ne discuterai même pas ce dernier point, tant la convalescence me paraît assurée et prochaine.

Et qu'avons-nous fait pour préparer cette heureuse issue ? Rien. Qu'y avait-il à faire ? Peu de chose ; l'arsenal thérapeuthique, en pareil cas, réside tout entier dans la prudence et l'observation. On doit, d'un œil attentif, suivre la marche des évènements et se tenir prêt à remplir les indications pressantes que donneraient les complications. Aucune indication ne s'impose ici comme une règle fixe qu'on doive indistinctement appliquer à tous les cas.

Existe-t-il du choc après l'accident ? Relever les forces déprimées au moyen de frictions excitantes, de boissons toniques, tel est le premier devoir à remplir.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La douleur est-elle vive ? Les ventouses, le bandage de corps qui fixe la paroi costale et soutient l'effort de la respiration, sont des moyens dont vous constatez tous les jours l'efficacité.

Si enfin l'inflammation survient, si les complications ultérieures apparaissent, les émissions sanguines, les révulsifs vous rendront des services ; mais quelles règles précises tracer d'avance quand il s'agit de calculer et l'intensité des complications, et les forces du malade, et l'ensemble des désordres qu'a laissés la violence du traumatisme ?

Je me suis contenté de prescrire au malade que vous venez d'examiner avec moi, le repos, des boissons astringentes et une potion contenant 10 centigr. d'extrait thébaïque, et cette médication si simple, que je trouvais suffisante pour répondre aux indications immédiates, sera, je l'espère, la seule que nous ayons besoin de maintenir jusqu'au jour où la guérison sera tout à fait assurée.

# VINGT-DEUXIÈME LEÇON

## Sur deux cas d'ulcération de la langue.

Comparaison entre deux malades de la salle 17 atteints tous les deux d'ulcérations de la langue.
Ulcères syphilitiques, ulcères cancereux.
Diagnostic des ulcérations de la langue.
Un mot de pathogénie. — Marche et suite.

Messieurs,

Vous avez tous déjà vu, dans mes salles, un certain nombre de malades atteints d'ulcérations ou de tumeurs de la langue, et vous pouvez aujourd'hui bien saisir les différences qui distinguent entre elles ces lésions. Aussi profiterai-je de la présence de deux nouveaux malades pour revenir sur cet important sujet, et établir, une fois pour toutes, les caractères principaux auxquels doit s'adresser votre attention pour reconnaître la nature de la maladie, et diriger contre elle un traitement efficace.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La douleur est-elle vive ? Les ventouses, le bandage de corps qui fixe la paroi costale et soutient l'effort de la respiration, sont des moyens dont vous constatez tous les jours l'efficacité.

Si enfin l'inflammation survient, si les complications ultérieures apparaissent, les émissions sanguines, les révulsifs vous rendront des services ; mais quelles règles précises tracer d'avance quand il s'agit de calculer et l'intensité des complications, et les forces du malade, et l'ensemble des désordres qu'a laissés la violence du traumatisme ?

Je me suis contenté de prescrire au malade que vous venez d'examiner avec moi, le repos, des boissons astringentes et une potion contenant 10 centigr. d'extrait thébaïque, et cette médication si simple, que je trouvais suffisante pour répondre aux indications immédiates, sera, je l'espère, la seule que nous ayons besoin de maintenir jusqu'au jour où la guérison sera tout à fait assurée.

# VINGT-DEUXIÈME LEÇON

## Sur deux cas d'ulcération de la langue.

Comparaison entre deux malades de la salle 17 atteints tous les deux d'ulcérations de la langue.
Ulcères syphilitiques, ulcères cancereux.
Diagnostic des ulcérations de la langue.
Un mot de pathogénie. — Marche et suite.

Messieurs,

Vous avez tous déjà vu, dans mes salles, un certain nombre de malades atteints d'ulcérations ou de tumeurs de la langue, et vous pouvez aujourd'hui bien saisir les différences qui distinguent entre elles ces lésions. Aussi profiterai-je de la présence de deux nouveaux malades pour revenir sur cet important sujet, et établir, une fois pour toutes, les caractères principaux auxquels doit s'adresser votre attention pour reconnaître la nature de la maladie, et diriger contre elle un traitement efficace.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Nos deux malades sont à la salle 17 (salle des hommes). Le premier est âgé de cinquante-huit ans; sa santé est bonne. Il a fait autrefois son service militaire, a vécu plus tard de son travail, mais n'a jamais eu de maladie sérieuse. Il nous apprend toutefois que, dans la première partie de sa vie, de douze à vingt-deux ans, il a usé avec excès du tabac, mais qu'à partir de vingt-deux ans il a presque complètement cessé de fumer, de telle sorte qu'il nous est aujourd'hui bien difficile d'admettre que l'usage du tabac peut avoir exercé une influence sur l'affection qui l'a conduit vers nous. En effet, depuis l'âge de vingt-deux ans il n'a jamais eu d'ulcérations sur la langue, pas davantage de douleurs et nous devons, avec la plus scrupuleuse attention, fouiller ses antécédents personnels pour découvrir les traces d'une autre altération.

Du côté de ses ascendants, rien qui mérite de nous arrêter : mais voici qu'à l'âge de trente ans, il aurait eu une légère urèthrite, une de ces urèthrites à forme bâtarde caractérisée seulement par un écoulement séro-purulent de courte durée qui ne dépassa pas quinze à seize jours. S'il m'est difficile de voir dans cet accident les signes d'une blennorrhagie véritable, j'aurais peut-être quelques raisons pour croire qu'à cette époque le malade a pu être atteint d'un chancre urèthral. Cette question s'impose à notre pensée mais dénuée de certitude, et je dois simplement en tenir compte sans rien affirmer. Pourquoi cet homme



n'a-t-il jamais eu, à la suite de cette légère blennorrhagie, d'ulcérations du côté de la peau, de la gorge, du tissu cellulaire?

Malgré ces doutes basés sur l'absence des manifestations ordinaires de la syphilis, nous devons reconnaître un fait qui ne manque pas d'intérêt. — Il y a deux ans et demi, alors que la santé était parfaite, à la suite d'un refroidissement, ce malade ressentit un assez violent mal de gorge. Le médecin qu'il consulta aussitôt, lui prescrivit des gargarismes. Contrairement à son attente, cette indisposition légère ne s'amenda pas, ou plutôt elle présenta durant un temps fort long des alternatives de récidive et d'amélioration qui, vous en conviendrez, Messieurs, ne sont pas le caractère d'une angine simple. Une angine qui n'a rien de spécifique suit un cours régulier de quelques jours et disparaît sans laisser de traces, tandis que la spécificité entraîne toujours ou presque toujours avec elle ces retours d'ulcérations qui ne cèdent que lorsque la diathèse s'épuise.

Or, à partir de ce moment, l'histoire de cet homme est des plus intéressantes. Peu de temps en effet après ces derniers accidents gutturaux, il sentit se développer sur la partie latérale droite de sa langue une tuméfaction qui gênait de plus en plus les mouvements de l'organe quand bientôt, sur le côté gauche, en un point symétrique, une autre induration se formait analogue à la première.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Cette deuxième tuméfaction fut bientôt suivie d'une troisième sur la pointe de la langue et peu à peu des gerçures profondes envahirent la partie dorsale, et tandis que les unes guérissaient après une durée variable. les autres persistaient en donnant à l'organe tout entier une forme raboteuse, inégale.

Voici, Messieurs, les renseignements que j'ai recueillis avec vous, en interrogeant le malade. Reportons nous de suite à l'examen clinique.

Vous pouvez constater que la langue présente un aspect singulier. A sa surface, vers la pointe, il existe une ulcération superficielle arrondie, à fond rosé, bourgeonnant bien mais ne saignant pas. Cette ulcération a une base élastique, indurée mais non ligneuse, qui paraît s'enfoncer dans le tissu lingual où elle conserve des limites assez nettes. Par la pression sur cette ulcération vous ne déterminez aucune douleur spéciale et j'ajoute que, en dehors des examens divers que nous avons faits les uns et les autres, la douleur ne s'est jamais montrée spontanément.

Un peu plus loin, en arrière de la pointe ulcérée, vous voyez une longue fissure de quatre centimètres qui serpente sur la face dorsale et est, de toutes parts, limitée par des bords saillants légèrement indurés.

Ça et là, non seulement à la face dorsale près de cette grande fissure, mais aussi sur les bords, il existe de petites ragades, des fissures moins accusées, mais



qui n'en présentent pas moins l'aspect de fissures indurées sur leurs bords.

Entre l'ulcération de la pointe et la première fissure dont je vous ai tout d'abord parlé, on reconnaît, sans hésitations, un tissu de cicatrice transversal dans sa direction générale et qui occupe une notable étendue. Ce tissu cicatriciel, loin de se trouver limité aux parties tout à fait superficielles de la langue, s'avance assez profondement; il est dur et semble avoir diminué l'épaisseur de l'organe, comme le fait très bien apprécier le tact lorsque vous saisissez la langue à pleins doigts.

Mais l'exploration directe, Messieurs, vous a fait découvrir d'autres détails. Les doigts, en effet, rencontrent aussitôt sur le côté gauche un noyau induré, gros comme une noisette, qui ne fait pressentir aucune altération de la muqueuse à ce niveau. Du côté opposé, à droite, même état. Là aussi s'est développée une de ces indurations profondes, un de ces noyaux libres entre les deux couches muqueuses. Ce dernier n'excède pas le volume d'un petit pois.

Après cela, nous ne rencontrons plus rien. La tête a conservé tous ses cheveux, il n'existe pas d'ulcérations des téguments externes, partout le tissu cellulaire est libre, le squelette est intact, les viscères sont exempts d'ulcérations. La langue seule est malade, c'est sur elle que semble avoir agi la diathèse, si vraiment elle existe.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Quelle est donc cette affection singulière de la langue pour laquelle, dans un examen minutieux, nous trouvons si peu de renseignements utiles?... Avant toute discussion, j'ai hâte de vous dire que certainement nous n'avons pas sous les yeux une affection maligne, une tumeur de mauvaise nature si différente dans sa marche rapide et les signes qui lui sont propres de l'altération présentée par notre malade.

Aussi tiens-je de suite à vous faire saisir les caractères spéciaux des tumeurs malignes, en revenant sur l'examen d'un autre malade qui ne ressemble point à celui dont je viens de vous retracer l'histoire, et qui, moins heureux que lui, présente dans son développement complet, classique, la tumeur maligne de la langue.

Moins heureux et aussi moins sage que le premier malade qui, vous le savez, a cessé de fumer à l'âge de vingt-deux ans, il a, lui, la passion du tabac et en a, jusqu'à ces derniers temps, usé avec excès.

C'est, il y a quatorze mois, que débutèrent les premiers accidents. Il sentit se former sur la partie droite de la langue une ulcération douloureusé. Non seulement le moindre attouchement, le moindre contact des parcelles alimentaires exageraient les douleurs, mais celles-ci se présentaient spontanément sous forme d'élancements pénibles irradiés dans les parties voisines.

Malheureusement le mal dès ses débuts fut soumis à des irritations incessantes : on cautérisa à diverses



reprises la plaie qui loin, dès lors, de rester stationnaire, s'étendit davantage.

Aujourd'hui, dans sa moitié postérieure droite, la langue présente une légère ulcération superficielle, grisâtre, recouverte de très petits et rares bourgeons charnus, saignant facilement. Il n'y a pas encore eu à sa surface d'écoulement sanguin bien sérieux, mais le suintement apparaît au moindre contact, il est à chaque instant provoqué et le malade vit sous la menace d'hémorrhagies sérieuses qui pourraient survenir et compromettre sa vie.

Cette ulcération offre une large base indurée, une sorte de nappe qui envahit toute l'épaisseur du tissu lingual; induration qui n'est pas élastique, mais au contraire est dure, ligneuse. Remarquez, en outre, qu'elle n'est pas limitée : quand vos doigts cherchent à la reconnaître, ils ne peuvent en préciser l'exacte étendue; partout elle s'étend en se confondant insensiblement avec les tissus sains; le repli gingivo-lingual est libre; mais sur toute la face dorsale, spécialement en arrière, vous ne pouvez savoir où finit cette infiltration.

Il est facile de comprendre comment un organe mobile, constitué par des tissus qui n'ont avec les parties voisines que des relations d'insertion unies à du tissu celluleux assez lâche, doit singulièrement souffrir dans ses fonctions, lorsqu'il est frappé d'ulcérations et d'une infiltration aussi étendue. Aussi la

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

langue est-elle immobile et comme collée au plancher de la bouche. Ce fait, Messieurs, vous ne le retrouverez que dans le cancer; il ne se produit jamais dans les autres maladies de la langue.

Ajoutez encore que la région sous-maxillaire est pleine de ganglions tuméfiés, indurés, qui forment là une véritable masse où l'on distingue avec peine, en divers points, des intumescences isolées, rappelant que, de proche en proche, la chaîne ganglionnaire est infectée par le néoplasme. Vous vous rendez parfaitement compte de ces altérations à distance, lorsque vous introduisez dans la bouche les doigts indicateurs, pendant que les pouces cherchent à explorer la région sus-hyoïdienne.

Vous le voyez, les différences qui distinguent nos deux malades sont faciles à retrouver. Et si maintenant vous établissez un parallèle entre les altérations générales et les troubles fonctionnels qu'ils vous présentent, que de distinctions nouvelles et frappantes !

Le premier est frais et gras; le second amaigri, pâle, décoloré, déjà jaune, frappé par un commencement de cachexie qui ne manquera pas de faire des progrès rapides.

L'un parle encore avec facilité et s'exprime comme s'il n'avait aucune lésion de la langue et de ses muscles; l'autre prononce avec difficulté tous les mots et ne se fait pas comprendre tant il éprouve de peine à articuler.



Ce dernier souffre cruellement de douleurs incessantes qui s'étendent jusqu'à l'oreille; le premier ne souffre pas, si ce n'est à quelques rares moments où des parcelles alimentaires un peu dures viennent heurter ses ulcérations. Aussi peut-il s'alimenter, tandis que l'autre malade est presque condamné à une inanition forcée, résultant des douleurs qu'il éprouve et de l'immobilité de sa langue qui ne se prête à aucun des mouvements nécessaires de la mastication.

Au point de vue local comme au point de vue général, si le parallélisme peut être établi entre les deux patients, il ne sert qu'à faire ressortir des caractères opposés. C'est qu'en effet, Messieurs, l'un a un épithélioma total, interstitiel qui détruit, envahit tout, les muscles, les vaisseaux dont il suit les détours; il se trouve ainsi voué à une mort prochaine, que préparent l'alimentation insuffisante, la privation de sommeil, la perte incessante de salive, et que rendra peut être fort rapide une hémorrhagie, si auparavant ne surviennent pas des œdèmes du côté du larynx, une obstruction de cet organe par le néoplasme dont la marche envahissante ne connaît pas de limite et s'attaque à toutes les régions voisines.

Si chez cet homme le diagnostic s'impose de suite, il n'est pas aussi clair, aussi limpide chez l'autre malade.

Assurément, vous n'avez pas ici affaire à un épithé-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

lioma. La cicatrice observée près de la pointe témoigne contre cette opinion, en affirmant qu'une ulcération a guéri et que, par conséquent, on doit croire qu'il n'y a rien eu là de malin, qu'il ne s'est pas agi d'une tumeur à marche envahissante, fatale, inévitable.

Penserez-vous au tubercule ? Ce malade a dépassé la limite de la vie où le tubercule lingual apparaît. Et, du reste, les caractères de ses ulcérations ne rappellent aucun des traits ordinaires de la tuberculose qui se développe de préférence en avant du V lingual, ou est disséminée vers les autres parties, mais toujours avec cette coloration jaunâtre par points isolés si bien décrite par le professeur Trélat.

Je passe, sans insister, sur l'ulcère simple. Il n'y a point ici de dent anfractueuse, capable de produire par érosions incessantes une ulcération sur la langue ; et vraiment l'idée à laquelle je me vois contraint d'obéir, me conduit par exclusion au diagnostic de *langue syphilitique*.

Cependant, Messieurs, que de choses nous manquent pour affirmer sans hésitations ! Nous n'avons pas eu de renseignements sur l'accident initial ; nous avons dû nous rejeter sur cet écoulement dénué de caractères sérieux pour admettre la possibilité d'un chancre uréthral.

Après cela, plus rien : le terrain fuit sous nos pas. Tout au plus devons-nous prêter une attention sérieuse à la persistance des maux de gorge qui marquèrent le début de la maladie, il y a bientôt deux ans.



Admettant ce diagnostic de langue syphilitique, nous serions donc en présence d'accidents tertiaires. Noyaux indurés et ulcérations profondes, tout cela rappelle bien le *sac bourré de noisettes* dont a parlé Ricord ; les fissures étendues, à bords résistants, nous sont données par Klark, comme des caractères certains de la syphilis linguale.

Je ne veux plus douter, bien qu'il soit rare de constater sur un sujet soumis à la diathèse, un accident tertiaire isolé. Le tissu cellulaire, le périoste, les os, le système nerveux central présentent plus ou moins des lésions variées qui deviennent sensibles non seulement à une exploration superficielle, mais encore par les troubles fonctionnels qu'elles déterminent quelquefois.

Dans le cas qui nous occupe, nous sommes obligés de juger sur place, la langue étant seule envahie.

Une dernière ressource est à ma disposition pour contrôler le diagnostic que j'ai porté devant vous : le traitement. Si réellement nous avons à traiter un sujet syphilitique, il guérira.

Déjà j'ai prescrit le sublimé et l'iodure de potassium à doses progressives. Ce traitement héroïque, aidé par des collutoires et quelques cautérisations légères sur les ulcérations et les fissures devra, dans un temps assez court, améliorer la situation, et peu à peu nous

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

verrons cette langue irrégulière et volumineuse, reprendre sa forme et ses dimensions premières.

Je termine, Messieurs, en vous disant qu'à l'égard de la guérison que j'espère, je dois faire une réserve qui s'adresse à l'ulcération de l'extrémité de la langue.

Je tiens à vous citer un fait qui vous fera comprendre toute ma pensée :

J'ai eu l'occasion d'observer un sujet qui présentait une langue syphilitique ne laissant à aucun point de vue le diagnostic incertain.

Vers la pointe, était une ulcération reposant sur une base indurée, élastique comme celle dont je vous ai parlé et que vous avez vue. J'appliquai le traitement spécifique et tout rentra dans l'ordre : seule l'ulcération persista. La base indurée qui s'étendait autour d'elle, prit peu à peu une consistance plus ferme et bientôt il me fut impossible de ne pas reconnaître là les caractères d'un épithélioma développé sur une ulcération dont la syphilis avait, au début, provoqué la formation.

Je ne vois pas pourquoi, Messieurs, il répugnerait d'admettre qu'une ulcération syphilitique peut devenir le point de départ d'une tumeur épithéliale. L'érosion de la muqueuse constitue, en effet, un terrain spécial où les irritations de toute nature peuvent agir pour déterminer la prolifération épithéliale, comme cela se passe quand, chez un sujet prédisposé, nous voyons



un agent mécanique amener peu à peu la formation d'un bourgeon de mauvaise nature qui bientôt infiltre les éléments placés autour de lui.

Je fais donc une réserve basée sur l'expérience de faits que j'ai vus, de faits qui s'expliquent très bien ; et si chez notre malade le traitement spécifique, après avoir obtenu tout ce qu'il pouvait obtenir, reste sans effet sur l'ulcération limitée de la pointe de la langue, nous nous adresserons sans hésiter au traitement chirurgical qui sera la dernière ressource.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

# VINGT-TROISIÈME LEÇON

## Sur le traitement du cancer de la langue.

**Autre observation de tumeur de la langue.**
**Diagnostic en rapport avec l'intervention.**
**Choix du procédé. — Détails de médecine opératoire.**
**Méthode sus-hyoïdienne.**

MESSIEURS,

Il y a peu de jours, j'ai longuement étudié avec vous l'histoire de deux malades qui présentaient, l'un un cancer de la langue, l'autre des gommes syphilitiques ; et je me suis surtout occupé du diagnostic différentiel de ces affections. Je ne veux pas aujourd'hui revenir sur ce sujet, bien qu'un nouveau malade se présente à notre observation avec un épithélioma très étendu de la langue et du plancher de la bouche. Nous l'étudierons au point de vue du traitement; mais il me paraît nécessaire, pour poser nettement les indications opératoires et vous tracer la voie que vous devez suivre

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

en présence de ces cas difficiles, de reprendre brièvement les antécédents et l'examen de ce malade.

Cet homme, âgé de cinquante ans, n'a point de diathèses, et nous savons que ses ascendants ont toujours eu une santé parfaite. Il nous a raconté qu'il était grand fumeur et se servait d'une pipe à tuyau court. N'ajoutons pas une importance absolue à ce dernier détail : le brûle-gueule est bien fait pour irriter les parties avec lesquelles il est en contact ; la fumée arrivant toujours trop chaude sur les lèvres et dans la bouche peut produire sur elles des lésions diverses; mais il ne me paraît pas possible de lui attribuer une influence directe sur le développement d'un néoplasme qui a rapidement envahi le plancher buccal et l'épaisseur de la langue.

Il y a six mois seulement, au milieu d'une excellente santé qui n'avait jamais été troublée, le mal débuta sur le côté droit du frein de la langue par une petite ulcération; le malade avait, par refroidissement, pris une amygdalite, et comme il était allé consulter un médecin, celui-ci trouva, en l'examinant, cette ulcération déjà assez large et profonde, ce qui nous permet de penser qu'elle remontait à une époque éloignée.

Depuis, l'ulcération a fait des progrès rapides ; elle a gagné en surface et en profondeur, elle a déterminé des douleurs vives dans la langue et les parties voisines, et des ganglions nombreux se sont montrés au-dessous du maxillaire.



Cette marche envahissante est due sans doute à la nature de la tumeur, au terrain sur lequel elle s'est développée ; mais aussi, croyez-le bien, au traitement qui a, dès le début, été dirigé contre elle.

On a fait, en effet, des cautérisations dans le but de modifier les surfaces, de châtier les bourgeons charnus: des cautérisations légères, je le veux, mais si légères qu'elles aient été, elles ont suffi pour activer la marche de la tumeur. Ne l'oubliez jamais, il ne faut, en aucune circonstance, porter des excitants sur une tumeur maligne, surtout quand il s'agit de la langue; si vous agissez, il faut être sûr de dépasser d'emblée les limites du mal que vous voulez détruire. Les caustiques que vous emploierez, dans l'espoir de le modifier, ne feront, la plupart du temps, que lui donner des ailes.

Les cautérisations seules, dans le cas qui nous occupe ne doivent pas être incriminées, une part assez large revient encore au traitement médical qui fut simultanément employé. Vous savez, en effet, qu'on soumit le patient aux préparations mercurielles et à l'iodure de potassium. Or, autant ces médicaments sont efficaces contre la syphilis; autant ils deviennent inopportuns et nuisibles quand il existe un épithélioma.

Je sais bien qu'il y a des cas douteux où la pru-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

dence prescrit de les employer, mais il est de toute nécessité, dès qu'ils restent impuissants et surtout quand l'évidence s'établit en faveur du cancer, de les repousser absolument.

Ici le résultat ne s'est pas fait attendre. Sous l'influence de ces interventions malheureuses et aussi à cause du siège spécial affecté par la tumeur, elle s'est tout à coup propagée, a gagné l'épaisseur des tissus.

Quand on examine le malade, on voit de suite quelques dents en mauvais état, mais peu nous importe : l'ulcération, qui ne se présente que lorsqu'on fait largement ouvrir la bouche et relever la pointe de la langue, a des caractères tels, une situation si profonde, qu'elle ne peut être attribuée à une irritation vulgaire et reconnue pour un accident sans importance. Elle est en effet irrégulière, recouverte de gros bourgeons grisâtres et limitée par des bords indurés; du frein de la langue elle s'étend en arrière en suivant le plancher buccal jusqu'au voisinage de l'arrière cavité.

Vous ne tardez pas ensuite à découvrir que toute l'épaisseur de la langue, dans sa partie droite, est dure, de la pointe vers la base, et que cette induration ligneuse a déjà franchi la ligne médiane pour gagner le côté gauche. Ce n'est pas un noyau perdu dans le tissu de l'organe, c'est une infiltration totale qui se trouve absolument reliée à l'ulcération du plancher autour de laquelle vous sentez avec vos doigts des tissus résistants.



Et quel caractère précieux vous présente encore pour le diagnostic cette ulcération ! elle est caverneuse, creusée profondément; j'insiste à dessein sur ce fait, car il vous permettra toujours d'affirmer, même au début, l'existence d'un épithélioma et d'un épithélioma à marche rapide. Ne perdez pas en effet de vue que le cancer de la langue présente deux modes de développement : il est papillaire ou infiltré, et dès que l'infiltration s'est produite, si l'ulcération s'établit, elle affecte cette forme caverneuse, témoin irrécusable d'une marche envahissante et destructive.

Cherchez maintenant à circonscrire l'ulcération : elle ne s'est pas avancée jusqu'au tissu gengival et la muqueuse saine qui la sépare du maxillaire inférieur mesure une épaisseur d'environ deux à trois centimètres.

La langue, quand on ne voit pas les bourgeons charnus de mauvaise nature développés sur sa face inférieure, c'est-à-dire quand elle est au repos, n'offre à première vue aucune irrégularité, aucune modification de forme. Il faut la palper avec soin pour découvrir l'induration qui l'occupe jusqu'au V lingual en arrière. Mais si, après l'avoir explorée, on veut la faire mouvoir, on s'aperçoit qu'elle est immobilisée, comme fixée sur le plancher de la bouche. Le malade n'articule qu'avec difficulté. Cette perte de la locomo-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

tion est un signe de la plus haute importance que vous devez ranger à côté de l'ulcération caverneuse que je vous signalais il y a un instant. Le syphilitique peut encore, même à un degré avancé, mouvoir sa langue, et la locomotion ne se trouve compromise que dans quelques cas très rares où l'organe tout entier a été infiltré par des tumeurs syphilitiques. Aussi ne doit-on pas hésiter à affirmer le cancer épithélial, quand cette perte du mouvement s'établit et surtout se trouve accompagnée de zones dures et d'une délimitation douteuse.

En présence de tels caractères, Messieurs : ulcération anfractueuse, dureté des tissus, altération prononcée de la fonction, le doute n'est plus permis, surtout quand vous observez encore de nombreux ganglions dans la région sous-maxillaire.

Portez vos doigts sous la machoire, dans la région sus-hyoïdienne, surtout à droite du côté correspondant aux lésions principales du plancher buccal et de la langue. Là, de gros ganglions se présentent, durs, bosselés, multiples et peu douloureux. Autour d'eux les parties molles sont encore saines, les muscles et le tissu cellulaire n'ont pas été envahis, mais ils n'ont pas de caractères inflammatoires et nous voyons en eux une nouvelle expression de la nature maligne des lésions précédemment décrites. Plus loin, vers l'angle de la mâchoire, on voit encore un autre ganglion justement placé en avant des vaisseaux carotidiens,



mais au-dessous de lui, sur le trajet du muscle sterno-mastoïdien on ne retrouve plus rien ; les ganglions du cou sont restés indemnes.

Sur la ligne médiane, au-dessous du menton, je n'ai pas davantage trouvé de tumeurs ganglionnaires. A gauche enfin, il y a peu de chose, mais les doigts rencontrent encore une ou deux petites glandes roulant sous la peau et l'on prévoit déjà que là aussi ne tarderont pas à se manifester les progrès du néoplasme qui déjà a si fortement retenti sur le système lymphatique de la région sus-hyoïdienne droite.

Je vous ai dit, en commençant cette leçon, que l'évolution rapide s'expliquait en partie par le siège du mal. C'est qu'en effet, le plancher de la bouche est riche en vaisseaux lymphathiques et que les tumeurs malignes trouvent là un terrain tout prêt pour prêter à leur marche une voie facile : les vaisseaux reçoivent les éléments et les transportent au loin vers les ganglions. La clinique confirme ces données anatomiques en nous montrant, dans leur ordre de gravité croissante, les cancers de la muqueuse, de l'épaisseur de l'organe et du plancher de la bouche.

Nous sommes désormais fixés sur la nature de la tumeur et nous connaissons ses limites partout accessibles, bien qu'elles soient très reculées et fassent prévoir la nécessité d'un large sacrifice. Faut-il intervenir, Messieurs? Je le crois. L'état local, l'état général et la menace des accidents qui plus tard survien-



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

dront sans aucun doute, nous fait un devoir de proposer l'opération.

*L'état local* est grave, vous le savez, les ganglions sont envahis, mais ils ne le sont pas tous; en dehors de la zone sus-hyoïdienne, on n'en retrouve pas un seul. Il faut agir tandis que nous serions tenus de nous abstenir si les régions carotidiennes offraient, elles aussi, des tumeurs, et il faut agir en dépassant aussi largement que possible les tissus malades. Ici, plus que partout ailleurs, cette règle est de rigueur.

Quant à *l'état général,* il est bon; nous ne devons ajouter aucune importance à l'amaigrissement qui s'est dernièrement produit, car il est plutôt l'expression du défaut de nutrition et peut-être aussi de l'état d'inquiétude où se trouve plongé depuis un certain temps notre patient; mais il n'y a point de cachexie.

Et qu'arriverait-il, si nous renoncions à l'intervention? Oh, Messieurs, de tels malades sont destinés à d'atroces souffrances. L'innervation riche de cette région prépare des douleurs incessantes sur le point directement affecté, qui s'irradient bientôt dans la face, la tête toute entière, dans les oreilles, dans le cou, le pharynx et l'œsophage; et la vie est insupportable. Sans compter que cette forme de cancer épithélial qui procède par infiltration rapide et creuse rapidement et toujours plus avant, menace l'intégrité des vaisseaux : l'hémorrhagie est là, imminente, et vous voyez quelle est la situation misérable d'un



malade toujours poursuivi par la souffrance qu'on est obligé de tourmenter encore par les soins pénibles de l'hémostase.

Ce n'est pas tout, de la plaie fongueuse une sanie fétide s'écoule sans cesse, encombrant la bouche d'où elle arrive au pharynx : entraînée par la déglutition, elle infecte l'économie et provoque des troubles digestifs sérieux.

Il n'en faut pas davantage, vous en conviendrez, pour légitimer une opération qui laisse toujours après elle des chances de survie.

De quelle manière attaquerai-je la tumeur? Je vous demande, Messieurs, la permission de retracer en peu de mots les opérations proposées pour les tumeurs de la langue. — Quand un cancer occupe la pointe de l'organe ou une partie très voisine, par une incision limitée en forme de V, qu'elle soit faite avec un bistouri, le thermo ou le galvano-cautère, même l'écraseur, vous arrivez facilement à enlever largement la tumeur; mais ces tumeurs-là ont rapidement gagné une étendue de tissus suffisante pour rendre la voie buccale impossible ou bien difficile. Des ganglions ne tardent pas à se montrer et leur présence nécessiterait, dans tous les cas, une opération complémentaire qui déjà compromet sérieusement le plancher de la bouche. En agissant par la voie buccale vous vous exposerez souvent à n'enlever qu'une partie du mal et par conséquent vous ferez une opération inutile et même nuisible.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Songez ensuite au mode de reproduction du cancer qui va, pour peu que ses limites ne soient pas largement dépassées, récidiver sur la muqueuse du plancher et dans les nombreux lymphatiques qui rampent à sa surface, enfin, dans les ganglions eux-mêmes.

Sont-ils donc nombreux les cancers que vous attaquerez par une incision peu étendue à travers la bouche entr'ouverte? Non, la méthode buccale reste limitée dans ses applications et il convient de rechercher une autre voie plus large, plus pratique : c'est à la région sus-hyoïdienne que vous demanderez de vous la donner. Par elle, en effet, vous enlèverez autant de muqueuse qu'il sera nécessaire, vous serez sûr de détruire autant que possible la zone lymphatique qui a servi d'intermédiaire entre la tumeur et les ganglions, vous enlèverez les ganglions infectés et les glandes salivaires trop rapprochées des ganglions malades et déjà compromises.

Quand vous reportez votre pensée sur le malade que je veux opérer, vous voyez, Messieurs, qu'il est dans des conditons requises pour être soumis à cette opération. La tumeur est large et profonde, mais non sans limites, la muqueuse de la bouche se trouve atteinte, et sous la mâchoire nos doigts rencontrent des glandes déjà volumineuses. Aussi, choisirai-je ce dernier procédé bien certain qu'aucun autre, pas même la section du maxillaire inférieur, ne donnerait autant d'avantages.



Voyez, en effet, par le détail des divers temps du manuel opératoire, combien la marche est sûre et de quelle façon les obstacles se trouvent évités. Par une large incision transversale en fer à cheval, on ouvre la région hyoïdienne, et, après avoir traversé des tissus peu épais, on tombe de suite sur les glandes salivaires et les ganglions lymphatiques. Là, on rencontre fatalement la faciale dont la ligature, si elle doit être faite, n'offre ni difficulté, ni dangers. En même temps, on se trouve en présence des deux régions occupées par l'artère linguale, et il est important de jeter sur elle, une ligature qui sera, contre l'hémorrhagie, un obstacle définitif. Mais, puisque je vous parle de la ligature de l'artère linguale, je tiens à vous faire observer, Messieurs, qu'il est préférable de la faire dans le point où elle n'est pas encore tout à fait horizontale, c'est-à-dire en dehors du triangle du muscle digastrique, alors qu'elle n'a pas encore fourni l'artère dorsale de la langue. C'est au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde qu'il faut placer le fil; les points de repère sont précis: la grande corne, le nerf hypoglosse qu'on écarte en même temps des gros troncs veineux correspondant aux artères linguale et faciale; enfin les fibres du muscle hyoglosse qu'on incise et au-dessous desquelles se trouve le tronc artériel.

Après ces ligatures, l'opération a franchi les plus grands obstacles : vous vous attachez à bien énucléer

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

les ganglions que vous trouvez encore, les glandes sous-maxillaires et sub-linguales, et vous êtes près de la muqueuse du plancher buccal, vous l'ouvrez : saisissant alors la langue avec des pinces de Museux, vous l'attirez au dehors, soit en avant, soit par côté, si vous avez jugé inutile d'ouvrir toute la région sus-hyoïdienne. Une chaîne d'écraseur jetée sans peine sur le point précis où doit porter la section achève rapidement l'opération, car vous n'avez plus à redouter d'hémorrhagie, puisque les artères sont liées.

Telle est, dans toute sa simplicité, la méthode de choix à qui je dmanderai l'espérance de retarder le plus possible une récidivc et de prolonger la vie. Je sais que mon malade succombera un jour à cette terrible affection, et je veux me placer vis-à-vis de l'avenir dans les conditions qui réalisent pour lui un bienfait que je crois assuré.

Mais, me demanderez-vous, Messieurs, cette méthode sus-hyoïdienne n'a-t-elle pas aussi des inconvénients ? Elle en a certainement comme toutes les mutilations importantes, seulement je les crois beaucoup moins sérieux qu'on serait tenté de le croire. L'ankyloglosse est à peu près certain, à supposer qu'on respecte une certaine portion de l'organe : je le crois aussi sûr avec les autres procédés.

La dissection va très près des gros vaisseaux du cou, sans doute ; mais c'est au chirurgien d'être prudent et habile. Il faut agir avec circonspection, procéder avec lenteur : toute opération grave entraîne des difficultés qui ne sauraient arrêter la main.



Poursuivons encore et voyons si, après ces premiers reproches, il n'y en a pas d'autres encore à objecter. Viennent, en effet, les accidents consécutifs. Trois principaux méritent notre attention.

Un malade, auquel vous enlevez la langue en ouvrant largement le plancher buccal, se trouve dans de mauvaises conditions pour déglutir ; la douleur vive qu'il ressent, l'impossibilité de faire mouvoir les muscles sectionnés, ne lui permettent pas d'avaler les aliments : il est menacé d'inanition. — La sonde œsophagienne répond à cette grave observation. Par elle, on nourrit facilement l'opéré.

Mais vcici que le tronçon de langue laissé par l'amputation ne se trouve plus maintenu en avant par ses attaches naturelles et que le patient sera menacé d'asphyxie par la rétraction du moignon venant appuyer sur les voies respiratoires. — Par une précaution bien simple, vous éviterez cet accident. Un fil, que vous passerez de part en part à travers le moignon, viendra se fixer aux dents ou à toute autre partie attenant à la mâchoire et désormais l'asphyxie ne sera plus à craindre.

Enfin, une large plaie placée dans la bouche, sur le passage de l'air inspiré, en contact avec les liquides de la digestion, facilement souillée par les aliments introduits à travers la bouche, est soumise à tous les

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

accidents de la septicémie et l'air inspiré lui-même, entraînant des germes putrides, pourra produire une sorte de septicémie des voies respiratoires, tandis que l'estomac recevra lui aussi une suppuration infecte qui ne tardera pas à amener de graves désordres du côté de la nutrition générale. — Mais il est de toute nécessité de rendre la plaie aseptique, et pour cela de la drainer largement. Le drainage facilite l'écoulement des liquides par la région sous-hyoïdienne ; il prévient les accidents bien mieux que ne le feraient des injections buccales. — Quelques chirurgiens, pour obvier à tous ces inconvénients, ont proposé de faire la trachéotomie préventive, afin de détourner l'air et de l'éloigner autant que possible des cavités buccales et pharyngiennes pour qu'il rentre à l'état de pureté dans les voies respiratoires. Ils ont encore proposé de placer à demeure une sonde œsophagienne pour pouvoir bourrer la bouche de substances antiseptiques. La pneumonie septique si grave, si meurtrière, était ainsi visée par eux. C'est qu'en effet on a fait connaître de nombreux cas de mort par les complications respiratoires. M. le Dr Loumeau a récemment publié sur ce point un intéressant mémoire appuyé sur des observations recueillies dans cet hôpital. Non seulement l'air se charge de principes septiques, mais à cause du trouble apporté dans le mécanisme de la déglutation, les liquides altérés s'écoulent en arrière et pénètrent dans le larynx.



On comprend toute l'importance d'une trachéotomie préventive.

Malgré toutes les raisons invoquées et sans repousser comme inutile cette opération complémentaire, pensons qu'il n'est pas indispensable d'y recourir. Je ne la pratiquerai donc pas. J'aurai soin de suturer autant que possible la muqueuse du côté de la bouche, je ferai un drainage complet et efficace aux deux angles extrêmes de la plaie dans les parties les plus inférieures et je m'efforcerai de maintenir dans la bouche des pièces de pansement antiseptique.

Fréquemment, je ferai faire, par les tubes à drainage, des lavages antiseptiques et j'ai l'espoir, Messieurs, qu'avec un soin minutieux de chaque jour, de tous les instants, nous arriverons à conduire notre opéré à travers les complications redoutées, vers une guérison prochaine.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

# VINGT-QUATRIÈME LEÇON

## Sur un cas d'angiome de la langue.

Volumineux angiome de la langue chez une jeune femme.
La tumeur est restée longtemps stationnaire. — Influence du traumatisme sur son accroissement rapide.
Diagnostic du siège et de la nature de la lésion.
Utilité d'un traitement rapide. — Discussion sur le choix de la méthode à employer.
Ablation avec l'écraseur de Chassaignac.
Note sur le résultat de l'opération.

Messieurs,

Je veux aujourd'hui poursuivre l'étude des tumeurs de la langue dont je vous ai, dans les leçons précédentes, présenté des exemples nombreux. La malade que nous allons examiner est entrée récemment dans mon service pour un angiome volumineux développé lentement, mais sur le point de subir des modifications graves.

Après l'examen que j'ai déjà fait à la salle 8, j'ai tenu à ce que le sujet de cette précieuse observation

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

fût placé sous vos yeux et nous reverrons les divers points qui méritent d'attirer votre attention.

Cette jeune femme a vingt-sept ans; elle se présente à nous sans antécédents morbides; mère de plusieurs enfants très bien portants, elle a toujours eu une santé irréprochable.

Sur toute la moitié gauche de la langue, elle a une tumeur irrégulière, bleuâtre, molle, dont le mode de développement est entouré d'obscurité, mais qui, d'après les renseignements les plus précis que nous ayons pu recueillir, serait congénitale.

Peu nous importe la manière plus ou moins lente dont la tumeur se serait développée : nous savons que, restée très longtemps stationnaire, elle a, dans ces derniers jours, acquis rapidement le volume qu'on lui voit aujourd'hui. Autour d'elle existait un sillon qui s'est effacé par le fait de cet accroissement rapide. Elle a dépassé la ligne médiane et les deux tiers de la langue sont envahis; çà et là, sur la surface, des petits points d'une couleur plus vive, probablement liés à de nouvelles dilatations vasculaires, semblent indiquer cette tendance envahissante.

La tumeur s'étend en arrière jusqu'à un centimètre du V lingual, mais là elle est moins saillante qu'en avant où elle se développe d'une telle façon que les tissus sains semblent une faible partie annexée à son côté droit.

Elle occupe donc tout le côté gauche, depuis la base



jusqu'à la pointe, de la face dorsale jusqu'à la face inférieure. Cependant, si elle ne dépasse pas la ligne médiane en bas, c'est à dire, si elle ne s'avance pas sur le plancher de la bouche, elle occupe en revanche des limites moins étroites dans les autres parties : en haut, elle a déjà franchi la ligne médiane et une grande partie de la pointe a été englobée dans les dilatations vesculaires qui forment, à n'en pas douter, la trame de son tissu.

Regardez encore cette tumeur avec plus d'attention. Toute son étendue vous offre une masse irrégulière, avec des saillies et des dépressions multiples, les unes petites, les autres plus grandes, dont la coloration bleue ne varie pas.

La consistance générale est molle, et sur divers points, principalement au niveau des lobules les plus gros, on perçoit de la fluctuation : divers signes qui ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection.

Par le palper, on découvre encore d'autres détails de structure intime : ce sont des noyaux résistants disséminés dans l'épaisseur : l'un d'entre eux, placé tout à fait en avant, a la dureté de la pierre; tous les autres sont loin d'avoir acquis ce degré avancé d'organisation.

Outre ces détails précieux pour le diagnostic, un autre signe d'une importance capitale se retrouve ici manifeste : je veux parler de la réductibilité. — Quand je presse entre mes doigts cette tumeur, vous voyez

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

qu'elle diminue d'abord, puis s'affaisse, se réduisant en grande partie. Si je l'abandonne, elle revient avec lenteur à ses dimensions normales, reprenant peu à peu sa coloration livide.

Quand la malade fait un effort, un mouvement d'expiration prolongé, le volume grandit encore, la couleur devient plus foncée et la tension augmente. Tout cela se passe sans que vous puissiez découvrir le moindre battement, le plus léger souffle, le plus petit murmure dans ce tissu musculaire où le sang semble circuler dans de vastes anfractuosités.

Complétez cet examen, Messieurs, par l'exploration des régions voisines : vous n'y trouverez rien. La face interne des joues, le plancher de la bouche, les lèvres, les gencives, la voûte palatine et les piliers, ne présentent pas la plus petite tache : ils sont sains dans toute leur étendue.

Enfin la santé générale de cette femme est excellente. La tumeur n'a encore apporté aucun trouble dans les fonctions locales, et les accidents récents dont je devrai bientôt vous entretenir ne se sont pas répétés. Ajoutez que la douleur est nulle et vous comprendrez comment la malade n'a jamais songé à venir demander contre un mal aussi dangereux les secours de la chirurgie.

Mais, il y a trois semaines, pendant un repas, elle ressentit tout-à-coup une douleur vive, bientôt suivie d'un écoulement de sang. Une croûte de pain, un



fragment d'os peut-être, avait déchiré la surface des tissus malades. L'hémorrhagie fut abondante : de onze heures du matin à six heures du soir, maîtrisée à peine, elle se réproduisait à chaque instant. Le tamponnement, joint à de larges applications de perchlorure de fer, put seul l'arrêter enfin.

Je ne saurais trop, Messieurs, vous prier de retenir ce fait important; à lui seul, il nous trace la conduite obligée que nous allons suivre.

Tels sont les caractères physiques; quelle est maintenant la nature de cette tumeur ? L'analyse que j'ai faite me permet d'affirmer qu'il s'agit d'une tumeur liquide. Les tumeurs liquides de la langue ne sont pas nombreuses, et pour rejeter bien loin, dès le début de ce diagnostic différentiel, un néoplasme qui pourrait en imposer pour une collection liquide, laissez-moi vous dire qu'il n'existe point ici de lipome lingual. La couleur jaunâtre, la fluctuation fausse qui lui appartiennent s'éloignent singulièrement des caractères que nous avons constatés.

Vis-à-vis des tumeurs liquides, tels que les kystes séreux, les seuls qui méritent de nous arrêter un instant, le doute ne me paraît pas possible. Les kystes, en effet, ne présentent pas cette diffusion ni ce volume. Ils occupent de préférence la base de la langue. Jamais ils ne sont réductibles. Je ne parlerai pas de la coloration qu'ils présentent en général, car, arrivés comme les autres tumeurs à un certain degré de

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

développement, lorsqu'ils soulèvent la muqueuse, la distendent et l'irritent tout à la fois, ils peuvent à la rigueur offrir une couleur foncée, grâce aux dilatations vasculaires qui se sont peu à peu formées. J'aime mieux m'en tenir absolument au défaut de réductibilité qui distingue d'une manière très nette les tumeurs liquides ou solides de celles que vous avez sous les yeux.

La couleur foncée, veineuse, jointe à cette réductibilité que vous avez tous constatée, constitue un double caractère qui affirme d'abord la nature liquide et la structure vasculaire ensuite.

Si nous sommes en présence d'une tumeur vasculaire, pourquoi ne retrouvons-nous ni battements, ni souffle ? Les tumeurs vasculaires, celles de la langue en particulier, sont de deux ordres : artérielles ou érectiles. Artérielles, elles seront circonscrites ou diffuses, mais toujours elles présenteront les signes de cette variété de lésion : les battements isochrones à ceux du cœur, l'expansion jointe au souffle, le thrill, etc., qui n'existent pas ici. Mais, me direz-vous : certains néoplasmes de mauvaise nature, devenus très vasculaires, peuvent être réductibles et par conséquent présenter certaines difficultés de diagnostic ? Je le veux bien, mais souvenez-vous que ces tumeurs malignes vasculaires sont rares à la langue et que lorsqu'elles se développent, leur réductibilité est toujours accompagnée d'un bruit de souffle plus ou moins



accusé, de telle sorte que bien des raisons nous éloignent dans le cas actuel et des tumeurs artérielles et des tumeurs malignes qui leur ressemblent. Ne savons-nous pas encore que ces néoplasmes malins marchent avec une extrême rapidité et donnent lieu à des troubles fonctionnels considérables? Loin de là, nous savons que la lésion présentée par notre malade est de date fort ancienne, très probablement congénitale.

Tout nous ramène, vous le voyez, Messieurs, au diagnostic de tumeur érectile, et la couleur livide nous engage à ajouter l'épithète : veineuse.

Ces tumeurs érectiles sont, en effet, les unes rouges, les autres violacées, et il semble qu'on pourrait facilement affirmer qu'il en existe deux sortes : les unes à prédominance de vaisseaux artériels, les autres de structure veineuse. — La distinction clinique se trouve, peut-être, en désaccord avec l'histologie, parce que ces tumeurs sont caractérisées par le développement des capillaires pris en masse et qu'il serait désormais fort difficile de retrouver la part qui revient aux deux ordres de vaisseaux. Si ces tumeurs donnent lieu à des hémorrhagies, c'est du sang rouge qui s'écoule, quelle que soit l'apparence artérielle ou veineuse ; c'est du sang qui présente, en définitive, des caractères mixtes ne révélant pas le sang rutilant des artères, ni le sang noir des veines. Interrogez cette femme, elle vous dira que l'hémorrhagie de ces der-



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

niers jours donnait du sang rouge comme celui qui s'écoule du nez dans l'épistaxis.

Le développement de ces tumeurs amène la dilatation et la multiplication des vaisseaux capillaires, sur lesquels des sortes de dilatations et d'ampoules ne tardent pas à se former pour aboutir à de véritables lacs sanguins. Il en résulte que les parois de ces vaisseaux dilatés, de ces espaces sanguins, peuvent, sur divers points, s'amincir et se rompre. Le tissu devient alors aréolaire, et représente un peu la structure des corps caverneux. Mais les conditions nouvelles de circulation auxquelles se trouve soumis le sang dans ce même tissu, peuvent avoir des conséquences qui modifieront bientôt l'aspect et la consistance de la tumeur; il se fera des coagulations étendues, pouvant amener la guérison spontanée; plus fréquemment, des dépôts fibrineux isolés, véritables nodules qui, dans la suite, passant par toutes les transformations de la fibrine épanchée dans les tissus, deviendront des phlébolithes dont la dureté, si l'infiltration calcaire les atteint, sera analogue à celle de la pierre. Nous en avons un exemple chez notre malade.

Enfin, Messieurs, les cavités creusées dans le tissu érectile, les lacs sanguins peuvent, à un moment donné, s'isoler et former des kystes hématiques qui, à leur tour, par la résorption de la partie colorée du sang, deviennent des kystes séreux.

Je n'insiste pas sur ces détails d'anatomie patho-



logique qui m'éloigneraient de la clinique pour me conduire bien loin vers la pathologie générale, je veux seulement vous faire comprendre toute ma pensée sur la nature de ces tumeurs qui, à mesure qu'elles vieillissent, offrent les transformations et les complications réunies chez la malade que vous avez étudiée.

En effet, l'hémorrhagie elle-même qui, dans ces derniers jours, a menacé la vie de cette femme, s'explique très bien par l'amincissement des parois vasculaires. Cette tumeur, restée stationnaire pendant longtemps, s'est accrue tout à coup, l'hémorrhagie s'est produite, donnant au pronostic le caractère le plus fâcheux. Ce développement subit ne peut tarder à produire de nouvelles hémorrhagies, et dans tous les cas, nous sommes menacés de voir la tumeur envahir les régions qu'elle a, jusqu'à ce jour, épargnées : les joues, la bouche, toute l'épaisseur de la langue me paraissent sérieusemsnt menacées. Les exemples de cette marche envahissante ne sont que trop fréquents.

Il ne s'agit donc plus d'une tumeur érectile en face de laquelle on peut rester inactif. L'hémorrhagie qui s'est produite témoignait à elle seule d'une gravité spéciale ; l'extension de la tumeur menaçant de rendre bientôt inutile toute intervention, nous imposait l'obligation d'agir, car la vie de notre malade est en danger. Il faut à tout prix la débarrasser de cette tumeur.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Quel moyen emploierons-nous, Messieurs? Le grand nombre de procédés indique l'inefficacité de la plupart d'entre eux. Ils peuvent cependant être rangés sous trois chefs : 1° l'extirpation radicale, procédé le plus sûr quand il est applicable; 2° diminuer l'apport du sang par la ligature des artères : mais encore faut-il que les artères de la région participent, dans une mesure sérieuse, à l'accroissement de la lésion, ce qui est loin d'exister dans le cas qui nous est soumis; 3° provoquer une inflammation pour amener une cicatrice profonde qui en se rétractant pourra étouffer le tissu pathologique et par conséquent les vaisseaux qui participent si largement à sa structure. Pour cela, nous avons les injections de perchlorure, la vaccination, l'acupuncture, l'électropuncture. Mais ces moyens-là, efficaces pour les angiomes peu étendus et surtout pour les simples taches, deviennent tout à fait inutiles pour ceux qui sont plus considérables.

Pouvons-nous songer à ces divers moyens aujourd'hui ? Je ne le crois pas : la tumeur sur laquelle il faut agir sans délai se compose de vastes lacs sanguins; les muscles, le tissu conjonctif qui, joints à eux, constituent sa trame, sont atrophiés en partie. A quel élément vous adresserez-vous donc pour faire les frais de cette réparation, de ce travail de cicatrice profond dont je vous parlais tout à l'heure ? Quel que soit le procédé capable de provoquer l'inflammation, je ne suis pas d'avis de m'y adresser; je le repousse surtout



s'il est basé sur les injections coagulantes. En général, les résultats de ces injections sont mauvais ou médiocres. Ils le seraient à coup sûr chez notre malade, dont les veines ranines dilatées outre mesure constituent un véritable danger : les caillots flottants dans les cavités, peu adhérents aux vaisseaux pourraient se détacher et former des embolies mortelles.

J'ai donc repoussé les divers moyens qui agissent sur les vaisseaux, à distance de la tumeur, et sur le sang contenu dans ces vaisseaux. Que me reste-t-il ? Le premier procédé : l'extirpation radicale. C'est elle que je choisis, mais je crois qu'il faut la faire largement : l'exérèse doit ici porter sur les parties éloignées de la tumeur. Après Petit on a, avec raison, répété que dans les parties voisines de l'angiome les vaisseaux sont intacts. Pour vérifier la justesse de cette assertion, il faut prudemment agir en examinant avec soin son malade : il me semble, après un examen consciencieux, que cette vérité s'affirme dans le cas particulier.

Je me servirai de l'écraseur. Après avoir placé les deux chaînes à une distance convenable, je couperai lentement les tissus pour éviter l'hémorrhagie. Agissant ainsi, j'aurai la certitude, Messieurs, d'écarter les divers accidents possibles dans une pareille opération, et surtout celle d'obéir à une indication nettement tracée par les menaces d'un danger prochain auquel

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

n'échapperait pas cette malade si nous n'agissions pas sans retard.

Note. — L'opération pratiquée à été suivie d'un plein succès. Après avoir anesthesié la malade, M. le Pr Lanelongue saisit la langue avec de fortes pinces à forcipressure et l'attire en dehors de la bouche. Après avoir bien vérifié les limites de la tumeur, il passe en arrière un fil double qui servira bientôt à conduire deux chaines d'écraseurs.

La section avec l'écraseur est lentement conduite; elle emporte la moitié de la langue et il ne s'écoule pas de sang.

Les jours suivants, la cicatrisation est régulière et la malade après quinze jours sort complètement guérie, sans troubles appréciables de la fonction.

Nous croyons devoir donner *in extenso*, à cause de son importance, une note du Dr Suzanne sur l'examen histologique qu'il a fait de la tumeur enlevée.

**Angiome caverneux de la Langue : Examen microscopique.**

*par le* Dr G. Suzanne.

Après le durcissement de la tumeur par la gomme et l'alcool, nous en avons pratiqué des coupes minces, qui ont été colorées par l'éosine ou le picro-carminate d'ammoniaque, et leur examen microscopique a révélé la constitution suivante :

La tumeur est formée, dans toute son étendue, par de larges mailles de forme et de volume très variables, qui communiquent toutes les unes avec les autres et qui sont remplies entièrement par des globules sanguins, au milieu desquels on remarque des caillots fébrineux amorphes ou légèrement granuleux en nombre peu considérable. Ces mailles sont séparées et limitées complètement par des cloisons d'épaisseur très inégale qui sont constituées par des fibres du tissu conjonctif réunies en faisceaux, entre lesquels on trouve de nombreuses fibres musculaires striées se présentant par des sections longitudinales et transversales. Vers sa périphérie, la tumeur n'est pas nettement circonscrite, et on voit, dans cette région, que les fibres musculaires deviennent beaucoup plus abondantes. Mais, au lieu d'être placées les unes à côté des autres comme à l'état normal, on constate qu'elles sont dissociées en petits faisceaux, entre lesquels existent de longs intervalles irréguliers qui sont remplis par des globules sanguins.

Dans ces intervalles, le sang se trouve en contact immédiat avec les fibres musculaires et malgré un examen très attentif, on ne trouve interposées entre ces éléments ni tunique endothéliole, ni fibres conjonctives.

Cette particularité paraît d'abord tout-à-fait anormale; mais si l'on se rappelle que, dans les derniers jours qui ont précédé l'opération, la tumeur s'est développée avec une très grande rapidité, on aura tout de suite l'explication de cette singulière disposition.



En effet, sous l'influence des manipulations nombreuses, auxquelles la tumeur avait été soumise pendant les examens multiples subis par la malade, il est probable qu'à la périphérie de la tumeur, des mailles auront été rompues par suite de ces malaxations, et que leur sang, faisant irruption dans les tissus voisins, aura écarté, dissocié les fibres musculaires et produit ainsi de véritables mailles de formation nouvelle.

Ce mode d'accroissement des angiomes n'avait pas encore été signalé; or, sur nos préparations, il apparait d'une manière trop évidente pour qu'on puisse le révoquer en doute; aussi il vient nous expliquer très clairement le développement soudain et rapide que prennent dans certaines circonstances quelques tumeurs angiomateuses.

Quant au tissu de la langue, il se trouve très notablement altéré. La muqueuse existe dans tous les points à la surface de la tumeur, mais souvent ses cellules superficielles sont devenues cornées et ressemblent tout-à-fait à celles de la couche cornée de l'épiderme; les cellules profondes sont aplaties, fortement serrées les unes contre les autres et parallèles à la surface de la tumeur. Cependant, dans quelques régions très limitées et peu nombreuses, on la retrouve à peu près intacte.

Le derme de la muqueuse est le siège de modifications très accusées. Il est hypertrophié dans toute son étendue et constitué par des faisceaux fibreux très denses, entre-croisés dans tous les sens. Dans la zone superficielle ou papillaire, les papilles ont totalement disparu, ou si elles existent, elles sont réduites à un état tout-à-fait rudimentaire; elles sont alors petites, déformées, globuleuses, de forme et de volume très irréguliers. Dans sa partie profonde, le derme contient un grand nombre de vaisseaux dilatés, gorgés de sang et dépourvus de parois propres; ils ont une structure fibroïde.

Ce fait a une grande importance; il vient en effet nous prouver que la tumeur a pris naissance, non dans les nombreux vaisseaux de la zone papillaire ou dermique, dont les lésions ne sont pas très avancées, mais dans les capillaires profonds de la langue, c'est-à-dire dans les capillaires qui forment le réseau intra-musculaire, car c'est dans la région occupée par ces derniers que la lésion présente son maximum d'intensité.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

# VINGT-CINQUIÈME LEÇON

## Sur un cas de kystes congénitaux du cou.

Observation d'un malade de la salle 17. — Deux tumeurs situées sur les parties latérales du cou.

Tumeurs congénitales en général. — Kystes simples et kystes composés.

Il n'existe aucune différence entre les kystes composés et les kystes dermoïdes.

Diagnostic par exclusion des tumeurs observées chez le malade : Kystes congénitaux composés ou dermoïdes.

Indications thérapeutiques qui appartiennent à ces genres de lésions.

MESSIEURS,

A la salle 17, un malade est entré ces jours derniers pour une blessure sans importance qu'il portait au pied droit. Après lui avoir donné les soins que réclamait son état, nous avons remarqué qu'il avait sur la région cervicale des tumeurs fluctuantes et notre attention s'est concentrée sur elles.

C'est un homme de cinquante-un ans, vigoureux, qui n'a jamais eu de maladie sérieuse. Les tumeurs

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

qu'il présente de chaque côté du cou remontent, paraît-il, à son enfance, et son frère aîné atteint lui aussi d'une lésion semblable, aurait, à l'âge de quinze ans, succombé à son accroissement subit.

Il affirme que ses plus lointains souvenirs lui rappellent, sur les côtés du cou, la présence de tumeurs ayant tout d'abord le volume d'une noisette, mais qui se seraient par la suite accrues progressivement jusqu'à l'âge de quinze ans. Depuis, elles sont, nous dit-il, restées stationnaires.

Pendant cette période d'évolution continue, il se produisit un peu de raucité de la voix, mais le larynx, la trachée, l'œsophage, les nerfs pneumogastriques ne parurent supporter aucune compression.

Je vous ai dit qu'il y avait deux tumeurs : l'une à droite, l'autre à gauche. La plus volumineuse, celle du côté droit, représente un ovoïde vertical soulevant régulièrement la peau qui ne présente aucune modification de structure et glisse facilement sur les parties profondes. Elle s'étend de l'angle du maxillaire à la clavicule, mais on reconnaît très bien qu'en haut et en bas un sillon assez profond la sépare de ces deux saillies osseuses.

Les limites antérieures répondent au cartilage thyroïde et à la fourchette sternale. En arrière, elle est recouverte par le bord postérieur du sterno-mastoïdien qu'elle dépasse un peu : elle se trouve ainsi recouverte par ce muscle qui s'étale à sa surface.



Profondément, elle pénètre dans la masse musculaire du cou et se dirige vers le squelette, mais avec aucune de ces parties elle ne contracte la moindre adhérence. Elle est mobile dans tous les sens : en la saisissant avec les doigts, on peut lui imprimer des mouvements dans toutes les directions, et on sent qu'elle glisse à la façon d'un noyau de cerise qui fuit et s'échappe dès qu'on le presse avec force.

Cette laxité nous prouve déjà que la tumeur est enveloppée d'une membrane spéciale qui assure son indépendance en la séparant des tissus voisins. En effet, elle n'est point fixée au larynx, elle n'a aucun rapport avec le corps thyroïde; elle reste par des sillons séparée de ces deux organes et les mouvements d'ascension du larynx n'ont pas d'action sur elle.

La consistance est variable suivant les points observés ; on trouve, dans cette masse ovoïde, trois départements distincts. Le tiers inférieur est fluctuant. La partie supérieure irrégulière, mamelonnée, hérissée de deux ou trois saillies dures fixées par un pédicule solide, a la résistance du bois et d'énergiques pressions n'y réveillent aucune douleur. La zone intermédiaire aux deux précédentes n'est point fluctuante, mais elle est molle sans toutefois présenter de réductibilité.

Quand on examine une tumeur de cette région, il est important de rechercher quelles connexions

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

elle peut avoir avec les vaisseaux et les organes glandulaires. L'exploration la plus attentive n'a pu me faire découvrir aucun caractère suspect. Point de battements, pas de réductibilité, la respiration ne modifie point le volume et la forme du néoplasme, l'effort est sans influence sur lui, et les grosses glandes du voisinage, la glande sous-maxillaire en particulier, en sont absolument séparées.

Que se passe-t-il du côté gauche?

Assurément les deux tumeurs que je vous ai signalées sont indépendantes l'une de l'autre. Si, à première vue, quand on fait tendre le cou, on croit que les deux masses sont reliées ensemble, on ne tarde pas à les voir bien séparées et il devient de toute évidence que les organes médians du cou sont absolument libres entre elles deux.

La tumeur du côté gauche est moins volumineuse, ne s'étend pas aussi bas, remonte moins haut et semble aussi pénétrer moins profondément. Elle est aussi légèrement convexe et représente une moitié d'orange. Elle s'arrête à deux travers de doigt de la clavicule, n'arrive pas jusqu'à l'angle de la mâchoire. Exactement située au milieu de la région cervicale, elle est encore placée sous le sterno-mastoïdien dont elle ne dépasse pas le bord postérieur.

Sa consistance n'est pas non plus uniforme. On doit la diviser en deux parties : l'une supérieure, dure, présentant deux ou trois bosselures ; l'autre inférieure,



de résistance inégale mais molle, réductible et tout à fait fluctuante sur son point le plus saillant.

Sous une compression soutenue, la tumeur s'efface, pendant l'effort elle devient tendue et un lacis veineux considérable recouvre sa surface. La jugulaire externe prend alors le volume de l'index, les veines se dessinent sous la peau et leurs branches les plus éloignées se prolongent jusque sur la clavicule et le sommet de la poitrine. Mais là s'arrêtent en apparence les lésions vasculaires : vous ne retrouvez ni battements, ni expansion, ni souffle.

Comme la tumeur du côté droit, celle-ci est mobile sous les téguments, dans la cavité celluleuse qui la limite et la sépare des parties molles au milieu desquelles elle pénètre. Peut-être est-elle un peu moins mobile en bas. J'ajoute de suite qu'en ce dernier point vous ne trouvez cependant aucune bride, aucune adhérence qui la relie aux os voisins, à la clavicule.

Dans les différentes manœuvres que j'ai faites pour explorer en tous sens, même lorsque j'ai comprimé fortement, je n'ai jamais provoqué le moindre trouble fonctionnel : douleurs locales, gêne de la respiration et de la déglutition, troubles circulatoires de la face, modifications de la pupille, rougeur de la conjonctive, sueurs abondantes, rien de tout cela ne s'est produit pour nous dire que les organes voisins ou le système nerveux se trouvaient compromis ou gênés par la compression.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

A plus forte raison, les parties éloignées se sont-elles trouvées indemnes de troubles consécutifs : l'intelligence est intacte et vive, le sujet dort à son heure et n'est point assoupi durant les veilles, son œil a son expression normale et n'est point déplacé par un degré même léger d'exophtalmie.

Nous devons, Messieurs, après ce long examen, nous demander quelles sont ces tumeurs, comment elles se sont développées, quel avenir leur est réservé, et si nous devons agir sur elles.

Il serait bien facile, quand on jette sur ce cas complexe une rapide vue d'ensemble, de s'égarer si déjà on n'avait pas de précieux renseignements dans les aveux du malade. L'origine congénitale est une révélation qui permet d'emblée de rejeter bien des lésions diverses. Le diagnostic se trouve pour ainsi dire fait; mais il me semble utile de ne pas nous en tenir à notre première impression, si juste qu'elle soit, et de discuter pour dissiper tous les doutes.

Une tumeur congénitale peut être formée par tous les tissus de l'embryon, du fœtus. Les variétés sont nombreuses : tumeurs graisseuses, kystiques, vasculaires, glandulaires, tumeurs hypertrophiques du corps thyroïde.

Ces dernières, sous la désignation générale de goitres, comprennent des hypertrophies en masse ou plus spécialement des kystes. Mais leurs caractères, quand elles sont congénitales, est d'avoir un siège et



des connexions propres. Elles adhèrent aux cartilages et sont situées sur la ligne médiane. Ces deux faits s'expliquent par l'anatomie pathologique qui nous montre comment c'est presque toujours l'asthme du corps thyroïde qui s'hypertrophie. Or, vous savez que chez notre malade la ligne médiane du cou est intacte et que les deux tumeurs restent immobiles pendant la déglutition.

Le lipome congénital est très rare, mais il existe. Retrouvez-vous ici ses caractères? Il est mou : nos tumeurs sont dures et cloisonnées par des tractus fort résistants. Il est tellement mou qu'il parait fluctuant; nos tumeurs sont bien molles sur certains points, mais la dureté, la résistance dominent. Enfin, si vous refoulez un lipome vers la peau, ses lobules paraissent et se dessinent et vous retrouvez aussitôt le meilleur signe que puisse invoquer un diagnostic exact.

J'ai hâte d'arriver aux tumeurs vasculaires et aux kystes congénitaux auxquels je joindrai les tumeurs congénitales mixtes.

On a décrit des kystes composés congénitaux, tumeurs dans lesquelles on trouve de la matière sébacée, des poils, des os, limitées par des membranes assez épaisses assurant une entière liberté. Aussi, me basant sur les adhérences relatives présentées par la tumeur du côté gauche, adhérences qui semblent mettre en doute l'existence d'une poche spéciale, bien

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

isolée des parties voisines, constatant, en outre, qu'il existe là un certain degré de réductibilité, j'admettrais volontiers qu'il s'agit d'une tumeur mixte.

Tumeur vasculaire par dilatation des vaisseaux ou angiome?

Si nous ne tenions compte que d'un point limité du néoplasme gauche où il y a des dilatations veineuses plus accentuées et de la réductibilité manifeste, où l'effort augmente la tension des tissus, nous affirmerions qu'il s'agit d'un angiome caverneux, de structure veineuse; mais tout le reste de la tumeur est dur et certainement la vascularité n'est pas uniformément répandue. Au surplus, nous pouvons être surs qu'il n'existe pas de tumeur éréctile artérielle, puisqu'il n'y a ni battements, ni souffle. Je crois qu'il n'existe point de tumeur vasculaire proprement dite, mais simplement un développement exagéré des vaisseaux. N'y a-t-il pas dans le point solide, résistant, autre chose que des vaisseaux?

La tumeur du côté droit est molle, en général, mais légèrement fluctuante sur une partie limitée. S'agirait-il d'un kyste composé?

Les kystes congénitaux de la région cervicale sont divisés en séreux et composés. Ces derniers doivent être rattachés aux kystes dermoïdes, car on a eu tort d'établir une distinction entre les deux variétés. Dans les kystes composés, en effet, on trouve de la matière graisseuse ou melicerique, des poils, du cartilage.



Existe-t-il une différence entre des cavités kystiques contenant ces parties-là et les tumeurs dermoïdes dans lesquelles on retrouve les éléments de la peau? J'établis donc, en principe, qu'une distinction quelconque ne saurait être faite entre les kystes composés et les kystes dermoïdes.

On ne pourrait, dans l'observation que nous étudions aujourd'hui, voir des kystes séreux. Que de théories émises au sujet de ces kystes simples! On a cherché leur origine dans le tissu conjonctif à cause du volume considérable qu'ils atteignent quelquefois. On a voulu qu'ils fussent nés dans des bourses séreuses, dans la bourse séreuse thyro-hyoïdienne. On a accusé les glandes sublinguales et sous-maxillaires, la glande de Luscka; on a dit qu'il s'agissait souvent de dilatations vasculaires peu à peu séparées, isolées du vaisseau sur lequel elles étaient nées, et transformées plus tard en vrais kystes. Mais convenez, Messieurs, que si on rencontre un kyste en grande partie composé d'éléments solides, il faut s'éloigner des tumeurs ainsi formées.

Voyez plutôt la situation symétrique de ces tumeurs sur les parties latérales du cou, de chaque côté de la trachée, sous les muscles sterno-mostoïdiens; pensez à leur origine congénitale. Tout cela ne vous démontre-t-il pas qu'il s'agit de kystes branchiaux? Ils remontent assurément à la soudure des arcs et ne sont que des inclusions de la peau qui a proliféré en don-



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

nant naissance à du liquide, à de la substance graisseuse, peut-être à des poils, à des produits voisins du cartilage et de l'os, différents tissus toujours retrouvés dans les kystes dermoïdes.

Je dois cependant faire une réserve sur la nature exacte de la tumeur du côté gauche qui, en raison de ses caractères vasculaires, de sa réductibilité, me paraît, jusqu'à preuves plus certaines, compliquée de la présence d'une tumeur érectile veineuse.

Si nous cherchons maintenant les éléments du pronostic et du traitement, Messieurs, nous les trouvons dans les réponses du malade. Il nous a dit que ses tumeurs s'étaient développées régulièrement jusqu'à l'âge de quinze ans et qu'elles s'étaient arrêtées alors, suivant ainsi très régulièrement la croissance.

Ces bases du pronostic et du traitement, nous les trouvons encore dans les renseignements généraux que nous a fournis l'examen local, surtout l'examen des organes voisins de la tumeur. Vous avez avec moi constaté qu'il n'y a aucun phénomène de compression, et que la lésion bien limitée par son enveloppe spéciale est pour ainsi dire isolée au milieu des parties molles et solides du cou qu'elle ne gêne ni dans leur développement, ni dans leurs fonctions.

Il n'en est pas toujours ainsi. Ces tumeurs congénitales d'origine branchiale peuvent exercer des compressions fâcheuses, amener l'asphyxie, comme cela se voit assez souvent chez les jeunes enfants. Rappelez-vous le frère de notre malade : il est mort étouffé.



Concluez avec moi, Messieurs, que la conduite à tenir sera toujours tracée par les troubles fonctionnels.

Voici une tumeur qui n'amène autour d'elle aucun trouble, aucune gêne, qui ne grossit pas ; pourquoi y toucheriez-vous quand vous savez qu'elle a des rapports de voisinages éminemment périlleux avec des gros vaisseaux, avec des nerfs importants ? Non, vous ne pouvez pas, au prix de tels dangers, faire de l'esthétique.

Ah ! si cette même tumeur s'accroissait d'une manière inquiétante, si elle altérait les organes voisins et leurs fonctions, vous seriez alors autorisés à intervenir ; mais rappelez-vous que votre action devrait être différente en présence d'une tumeur en partie solide et d'un kyste.

Un kyste simple bénéficiera de la ponction, de l'évacuation simple de son contenu, d'applications répétées de teinture d'iode, de l'injection de quelques gouttes de chlorure de zinc. N'obtint-on qu'un demi-succès, on a toujours, par ces opérations palliatives, conjuré le danger qui venait de la compression.

Mais pour des kystes composés, que ferez-vous ? Evidemment, vous ne pourrez reculer devant l'extirpation, la seule opération qui vous permette d'obtenir du soulagement, d'éviter un péril menaçant. Mais

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

vous abordez de grandes difficultés en vous adressant à une masse entourée d'organes importants que votre bistouri, que tous vos instruments peuvent couper ou déchirer. Attendez-vous à rencontrer de grands obstacles, et si vous en triomphez, Messieurs, pensez encore que votre tâche n'est pas terminée, mais que, bien au contraire, vous avez encore à vous défendre, dans ces régions, contre les accidents redoutables (les suppurations, la septicémie, les fusées purulentes dans les médiastins) qui peuvent compliquer la réparation d'une plaie irrégulière et profonde.

Ici, rien ne vous oblige à intervenir : le passé comme le présent ne sauraient trop vous encourager à respecter une lésion qui n'a d'autre inconvénient que de troubler l'harmonie du visage.

# VINGT-SIXIÈME LEÇON

## Contusion du rein.

Observation : Grave traumatisme de la région lombaire, du thorax et de l'abdomen. — Hémoptysie. — Hématurie.

Diagnostic précis des divers degrés de contusion ou de déchirure du rein.

Conséquences graves des contusions du rein.

Pronostic : Grave en général. — Se trouve très atténué dans le cas actuel malgré les lésions des organes respiratoires.

Traitement : Ce qu'il faut ne pas faire surtout.

MESSIEURS,

Je veux, aujourd'hui, vous entretenir d'un malade de la salle 17, entré mercredi dernier à l'hôpital. Il mérite de fixer toute votre attention, car il a été victime d'un violent traumatisme qui intéresse plusieurs organes profonds et peut, dans la suite, amener de funestes conséquences. Vous considérerez avec moi toute la gravité du pronostic qui s'attache à ces lésions viscérales.

Cet homme, âgé de trente-cinq ans, charretier, était assis dans son tombereau quand, dans une secousse,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

vous abordez de grandes difficultés en vous adressant à une masse entourée d'organes importants que votre bistouri, que tous vos instruments peuvent couper ou déchirer. Attendez-vous à rencontrer de grands obstacles, et si vous en triomphez, Messieurs, pensez encore que votre tâche n'est pas terminée, mais que, bien au contraire, vous avez encore à vous défendre, dans ces régions, contre les accidents redoutables (les suppurations, la septicémie, les fusées purulentes dans les médiastins) qui peuvent compliquer la réparation d'une plaie irrégulière et profonde.

Ici, rien ne vous oblige à intervenir : le passé comme le présent ne sauraient trop vous encourager à respecter une lésion qui n'a d'autre inconvénient que de troubler l'harmonie du visage.

# VINGT-SIXIÈME LEÇON

## Contusion du rein.

Observation : Grave traumatisme de la région lombaire, du thorax et de l'abdomen. — Hémoptysie. — Hématurie.

Diagnostic précis des divers degrés de contusion ou de déchirure du rein.

Conséquences graves des contusions du rein.

Pronostic : Grave en général. — Se trouve très atténué dans le cas actuel malgré les lésions des organes respiratoires.

Traitement : Ce qu'il faut ne pas faire surtout.

MESSIEURS,

Je veux, aujourd'hui, vous entretenir d'un malade de la salle 17, entré mercredi dernier à l'hôpital. Il mérite de fixer toute votre attention, car il a été victime d'un violent traumatisme qui intéresse plusieurs organes profonds et peut, dans la suite, amener de funestes conséquences. Vous considérerez avec moi toute la gravité du pronostic qui s'attache à ces lésions viscérales.

Cet homme, âgé de trente-cinq ans, charretier, était assis dans son tombereau quand, dans une secousse,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

il tomba sous les roues. Il n'eut pas le temps de s'échapper en s'aidant des pieds et des mains, et l'une des roues passa obliquement sur ses reins et la partie inférieure de la poitrine. Il perdit aussitôt connaissance, fut transporté dans une pharmacie où on lui prodigua les premiers soins, et bientôt entra à l'hôpital où je pus l'examiner quelques instants après.

Il avait alors repris connaissance et pouvait répondre aux questions que je lui adressai. J'appris ainsi qu'il ressentait, depuis sa chute, une douleur très violente dans la partie contuse, mais qu'au niveau des lombes elle avait son maximum d'intensité; qu'il avait, avant d'arriver dans nos salles, eu plusieurs vomissements bilieux, vomissements qui, du reste, se reproduisirent pendant mon examen.

Tout accusait chez ce blessé un traumatisme grave : il était pâle, immobile, ses yeux étaient enfoncés, le nez effilé, la voix sans force, le pouls petit, lent, concentré, la peau froide.

Je ne posai point de questions au blessé, dont le système nerveux déprimé m'imposait des réserves, et agis aussitôt pour faire un examen de circonstance que je compléterais plus tard.

La partie inférieure du thorax, les lombes et l'abdomen tout entier me parurent offrir un ensemble de lésions importantes.

Le ventre était ballonné et légèrement douloureux, sans que la main, par des pressions ménagées, put y



découvrir un centre de douleurs spéciales, et il me sembla dès lors qu'un examen plus approfondi de ce côté-là ne me ferait pas constater de profonds désordres.

Il n'en était pas de même à la région dorso-lombaire. Les lombes étaient occupés par une tuméfaction considérable surtout à droite, et partout la douleur était extrême quand on pressait avec les doigts. Un peu plus haut, sur les dernières côtes, le gonflement, bien que moins accusé, s'était aussi produit très douloureux, et je pus, à gauche, sentir sous ma main, une crépitation franche correspondant à la dixième côte brisée par la violence. A droite, on retrouvait bien une douleur aiguë, mais elle ne suffisait pas pour me faire affirmer déjà qu'un autre fracture existait en ce point, et il me sembla que cette douleur pouvait appartenir à une simple contusion des parties molles.

Je m'en tins à ces premières constatations, ne voulant pas davantage déprimer les forces de ce malade, espérant du reste que le lendemain la réaction se serait produite et me permettrait d'insister davantage pour compléter mon diagnostic.

Ce second examen, s'il ne m'a pas démontré l'existence de lésions plus nombreuses que celles que j'avais déjà supposées, a été de suite très important pour m'aider à préciser ce que je n'avais fait qu'entrevoir. Le malade avait uriné du sang presque immédiatement après sa chute. Voilà, Messieurs, un fait sur

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

lequel vous devez toujours interroger vos blessés, car l'hématurie vous prévient que le rein ou les voies urinaires, d'une façon générale, ont été atteints et que vous avez à veiller à des accidents immédiats ou consécutifs, quelquefois d'une haute gravité.

Le pissement de sang, après s'être produit assez abondant, diminua le premier et le second jour et a cessé aujourd'hui, le quatrième jour. L'éprouvette placée sur cette table contient les urines du blessé ; elles sont jaunes, épaisses, forment un dépôt assez abondant et il serait bien difficile d'affirmer qu'elles contiennent du sang ; cependant l'examen histologique qui en a été fait nous a appris qu'on y retrouvait encore des globules.

Or, Messieurs, croyez-vous qu'une hématurie qui s'est produite de suite, quand la région lombaire a reçu une telle violence que les parties molles sont restées avec un gonflement considérable et une douleur des plus vives, puisse indiquer autre chose qu'une lésion sérieuse des reins? Assurément non, et nous devons admettre en principe que le rein est blessé et que l'atmosphère cellulaire qui l'entoure participe de sa lésion.

L'hématurie précoce, comme celle qui s'est produite chez notre malade, est toujours un signe mettant sur la voie d'une altération du rein, que cette altération soit une déchirure ou une simple contusion. L'hématurie tardive au contraire, qui survient, deux, trois,



quatre jours après un traumatisme, n'a pas la même signification : loin d'indiquer une altération brusque, violente, elle est plutôt en rapport avec un état inflammatoire soit de l'atmosphère celluleuse qui s'est propagée à l'organe qu'elle entoure, ou de cet organe lui-même.

N'oubliez pas que la première miction a été sanglante et qu'ici, par conséquent, l'hématurie se présente avec des caractères très nets qui ne sauraient souffrir la moindre discussion.

Mais voici que les preuves s'offrent à vous de plus en plus nombreuses pour affirmer le diagnostic déjà certain. Un autre phénomène de valeur a été en même temps que le pissement du sang constaté par le malade : il éprouve des douleurs violentes, parties de la région lombaire, irradiées sur les flancs, propagées jusqu'au bas-ventre et descendues jusqu'au testicule. Ce sont des douleurs néphrétiques telles qu'on les éprouve dans le lithiase renale, et telles qu'elles doivent être quand des caillots formés dans le rein et les voies d'excrétion descendant à travers les uretères jusqu'à la vessie. Retenez que ces douleurs se sont produites et vous saurez, à n'en plus douter, que le rein est déchiré ou contus ; qu'il ne saurait en être autrement quand vous avez la certitude qu'une hémorrhagie s'est produite dans le rein immédiatement après la violence qui a meurtri la région qu'il occupe.

Mais il faut déterminer maintenant dans quelles

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

proportions cet organe a subi le traumatisme, si son tissu a été largement divisé comme cela se voit quelquefois, ou simplement contusionné, ce qui serait plus désirable pour l'avenir du blessé.

La déchirure du rein n'aurait jamais pu être reconnue au moment même de l'accident. C'est plus tard seulement, quand on constate que l'hématurie est considérable et qu'en même temps la secrétion est diminuée, qu'on est autorisée à affirmer qu'il existe une vaste déchirure.

Ce genre d'attrition du rein produit généralement des plaies transversales qui du hile vont à son bord externe en pénétrant plus ou moins loin dans le parenchyme et peuvent ainsi le diviser en deux parties à peu près égales. Les vaisseaux importants sont ouverts et le sang qui s'écoule en abondance, s'il s'épanche en partie dans le tissu voisin, trouve une voie bien plus facile dans l'uretère et la vessie; mais la glande ne fonctionne plus et le rein du côté opposé seul continue à fournir une certaine quantité d'urine qui vient dans la vessie se mélanger au sang qui ne cesse d'y pénétrer.

Si par ces signes vous pouvez reconnaître une large déchirure, il vous serait beaucoup plus difficile de distinguer une déchirure partielle qui peut toujours être confondue avec une contusion simple. Vous ne devez pas aller au-delà d'une probabilité. Les deux lésions ont des signes communs, incapables qu'elles sont de



produire un écoulement de sang très abondant et de diminuer d'une façon très notable la secrétion des urines.

Ainsi, l'existence d'un écoulement de sang de médiocre intensité qui s'est immédiatement produit, joint à une quantité à peu près normale d'urine (l'autre signe que vous avez constaté ces derniers jours), me permet de penser que nous avons affaire ici à une simple entamure du parenchyme renal ou à une contusion.

Cependant une entamure, une déchirure légère ne se produit guère dans une traumatisme aussi violent que celui dont notre malade a été victime. Ces violentes attritions, pour peu qu'elles agissent sur le rein pour partager son tissu, achèvent ce qu'elles ont commencé et divisent l'organe, ou bien elles le frappent sans l'ouvrir et la contusion seule a lieu. J'ai donc des motifs pour croire plutôt à la contusion et je m'appuie pour affirmer mon opinion sur le sang dont l'écoulement a progressivement cessé à partir de la première miction et sur la quantité d'urines qui ne me paraît pas avoir été diminuée. Je les ai fait avec soin recueillir, et dans l'espace de douze à quinze heures, nous avons obtenu un litre, ce qui ne saurait être un chiffre inférieur dans les conditions où se trouve le blessé.

Depuis quatre jours, le sang a presque complètement disparu peu à peu et il a fallu que M. Lacharrière,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

mon chef de clinique, vint m'affirmer qu'il avait ce matin trouvé des globules, pour que je sache que ces urines contiennent encore du sang.

En jetant les yeux sur l'éprouvette qui les contient, vous pourrez peut-être vous demander si le dépôt abondant qui s'est produit n'est pas du pus et si, par ce fait, le pronostic n'est pas d'une haute gravité. Assurément, Messieurs, quand nous avons la certitude acquise par un examen minutieux que ni l'urèthre ni la vessie de cet homme n'ont la moindre lésion, si nous étions certains que ce dépôt fut formé par du pus, nous ne pourrions conserver le moindre doute sur une issue fatale dont il serait bientôt victime, car ce pus ne viendrait que du rein ; mais nous avons prévu votre objection et nous avons analysé ce dépôt uniquement formé de phosphates.

Certes, l'avenir d'une contusion du rein, fut-elle légère, ne laisse pas de donner des inquiétudes et nous avons toujours le devoir de faire, à cet égard, de grandes réserves, parce que le traumatisme est toujours susceptible d'amener dans un organe aussi délicat des altérations trophiques, des dégénérescences qui compromettent la fonction. On a vu trop souvent des néphrites interstitielles se développer par la suite et la thèse de Bloch contient de nombreuses observations qui témoignent de la fréquence de ces accidents même après des contusions qui paraissaient légères.



Il faut donc, pour juger l'avenir, concentrer son attention sur la recherche des moindres circonstances, des plus petits incidents ; je me suis informé si l'examen histologique n'avait pas découvert de tubes hyalins dans les urines. On m'a signalé leur présence, mais elle a été tellement éphémère que je ne crois pas devoir en tirer des preuves pour formuler un pronostic fâcheux. C'est assez que nous gardions le souvenir d'une altération traumatique toujours capable d'amener ces néphrites avec tout leur cortège d'accidents urémiques, pour que nous nous tenions dans une sage réserve ; j'ajoute, Messieurs, que cette réserve est actuellement plus que jamais nécessaire, quand nous constatons les désordres produits du côté de l'atmosphère celluleuse du rein.

En effet, vous avez vu que, quelques jours après l'accident, il existait encore dans la région lombaire une vaste voussure remplissant tout l'espace compris entre les dernières côtes et la crête iliaque, plus considérable à gauche, et empiétant beaucoup sur les parties latérales. Vous avez constaté qu'elle était accompagnée d'une rénitence profonde que j'oserai dire être de la fluctuation.

Cette voussure, cet empâtement profond ne se sont pas accrus depuis le traumatisme, mais à quoi sont-ils dus? L'ecchymose qui s'est rapidement produite suivant de près le gonflement, la rénitence qui occupe toute l'étendue de la région tuméfiée, tout

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

cela ne peut indiquer autre chose qu'un épanchement de sang, surtout quand nous voyons qu'il n'existe aucune réaction locale, pas le moindre symptôme général fébrile pouvant nous faire supposer qu'il se développe un phlegmon dans le tissu périnéphrétique. Il s'agit bien d'un épanchement de sang, d'une vaste bosse sanguine autour du rein.

Or, que va devenir ce sang épanché? Grave question qui pourrait trouver une réponse dans les plus sérieuses complications.

La résorption peut avoir lieu, car rien, ni dans l'état général, ni dans les antécédents du malade ne nous avertit que l'inflammation trouvera un terrain tout préparé pour son évolution. Mais cette foi dans l'avenir n'est qu'une probabilité et non une certitude. L'inflammation peut éclater avec violence et déterminer un grave phlegmon périnéphrétique. La présence de cette collection sanguine entâche singulièrement notre pronostic. Le phlegmon périnéphrétique devient beaucoup plus grave après un traumatisme, car le sang ne reste pas circonscrit dans une loge parfaitement délimitée, il s'infiltre partout où un espace reste ouvert devant lui, suivant les vaisseaux et pénétrant jusque dans les tissus aponévrotiques. Partout où il se sera infiltré l'inflammation le suivra et produira des ravages.

Si les lois qui régissent des accidents de la nature de celui que nous venons d'étudier nous inspirent de



grandes réserves, nous devons encore chez ce malade, tenir le plus grand compte des autres lésions dont il se trouve atteint.

Vous savez combien il est téméraire, quand on se trouve en présence d'un grand blessé, de ne pas suivre pas à pas tous les organes, de négliger de les interroger les uns après les autres. Quelle erreur ce serait de croire, quand les parois abdominales sont intactes et sans traces de violences, que les viscères qu'elles recouvrent sont restés indemnes! La sangle abdominale formée de la peau et de muscles plats se laisse distendre, déprimer, et les organes placés au-dessous peuvent être réduits en bouillie quand rien en apparence ne le fait supposer à première vue. N'oublions donc jamais d'examiner les viscères, le foie surtout qui se laisse facilement déchirer. A vrai dire, quand ce volumineux organe est blessé, rompu, il ne reste pas silencieux, le sang qu'il verse en quantité dans le péritoine produit tous les accidents d'une hémorrhagie interne, la bile échappée de la vésicule rompue ne tarde pas à déterminer une péritonite mortelle, mais tenez aussi compte, Messieurs, des cas plus favorables où l'hémorrhagie sera limitée et où l'épanchement biliaire pourra rester inaperçu comme l'a encore dernièrement démontré une belle observation de M. Princeteau. Suivez toujours la méthode que vous m'avez vu employer auprès de cet homme et qui m'a permis de vous dire

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

que ni le foie, ni la vessie, ni la rate, ni l'intestin ne se trouvent lésés.

Malheureusement, il n'en est pas de même du côté du thorax. La même roue a passé lourdement sur les lombes et sur les dernières côtes. Elle a laissé un attrition considérable des parties molles, elle a brisé la dixième côte du côté gauche comme le témoigne la crépitation dont je vous ai déjà parlé. A droite, il n'y a pas de crépitation mais cette douleur fixe, très vive, que vous avez constatée, me paraît très suffisante pour établir que la dixième côte sur laquelle elle est placée a également été brisée. Il existe donc une double fracture.

Pénétrez vos devoirs de cliniciens sérieux, vous verrez qu'une fracture de côte vous impose encore l'obligation de vérifier l'état du poumon et de la plèvre. L'an dernier ne vous ai-je pas fait examiner un malade qui, dans une simple contusion du thorax, avait eu le poumon écrasé ? Que pensez-vous maintenant d'une fracture produite par un corps aussi lourd qu'une roue de charrette ?

Vous n'ignorez pas que ce blessé a presque aussitôt après sa chute craché une certaine quantité de sang, que cette hémoptysie a peu à peu cessé comme l'hématurie et qu'aujourd'hui il ne reste qu'une expectoration muqueuse, un peu teintée de sang et assez analogue à celle du décours de la pneumonie : divers caractères qui m'aident à penser que, si la déchirure



du poumon est certaine, il est probable qu'elle est restée limitée, peu étendue; plus large, elle aurait amené de l'emphysème ou du pneumo-thorax tout au moins.

Mais si le poumon n'a que très relativement souffert, la plèvre paraît, dans de plus vastes proportions, avoir subi les effets du traumatisme. Sa base est le siège d'une matité marquée. La percussion découvre en haut un son clair, qui diminue beaucoup au milieu et disparaît tout à fait en bas, aussi bien à droite qu'à gauche.

A droite, la respiration est un peu puérile; en haut, elle diminue d'intensité vers le milieu du poumon et se trouve déjà remplacée par du souffle bronchique; en bas, c'est le silence absolu.

Le souffle de la partie moyenne est accompagné d'un peu d'œgophonie et toute la zone qui correspond à la région qu'il occupe n'a plus de vibrations thoraciques.

A gauche, outre les mêmes signes stéthoscopiques, on découvre des râles muqueux au sommet, et vous vous souvenez que c'est de ce côté là que la crépitation a été retrouvée, preuve évidente que la déchirure du poumon s'est produite là et non pas à droite : les râles sont le reliquat du sang épanché et le résultat de l'inflammation laissée par la déchirure.

Si le côté gauche et le côté droit présentent, surtout à la percussion, les mêmes signes, il existe donc un double épanchement. Recherchons quelle est sa nature.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Depuis le premier instant, nous avons suivi le malade et, de l'examen attentif dont il a été l'objet chaque jour, il résulte que ces deux épanchements ne sont survenus qu'assez tard, vers le troisième jour. Inutile de discuter longuement : il n'y a point de sang dans ces deux plèvres, mais un épanchement vulgaire de sérosité pleurale produit par la violence extérieure.

D'où serait venu le sang de l'hémothorax, quand nous savons d'une façon certaine que la déchirure du poumon a été légère, qu'aucun vaisseau, qu'aucune artère intercostale n'ont été divisés. Du reste, l'hémothorax est souvent accompagné d'une certaine quantité d'air, il y a de l'hémo-pneumo-thorax, tandis que chez ce blessé cet épanchement est purement liquide.

Je crois, Messieurs, que vous ne conserverez plus de doutes sur la manière dont il faut apprécier l'avenir prochain ou même éloigné du blessé dont je viens de vous retracer l'histoire. Quand vous considérez que, malgré d'aussi graves lésions, il a le pouls à 76 ou 80, plein, large, un facies déjà reposé où de vives couleurs ont remplacé la pâleur syncopale des premiers instants, quand vous ne retrouvez aucun gêne de la respiration, pas la moindre fièvre, vous devez avoir l'espérance que peut-être la nature poursuit son œuvre heureusement commencée, et que le blessé guérira.

Quels moyens employer pour arriver à ce résultat?



Vous avez peu de chose à faire. On a déjà, pendant les premiers jours, donné de l'alcool et de l'acétate d'ammoniaque pour ramener et entretenir la vitalité. Il faut persister dans cette voie autant qu'on le jugera convenable.

La douleur réclame aussi votre action. On a, par des ventouses scarifiées, diminué son intensité. Si elle revenait ou ne diminuait plus, il faudrait peut-être recourir aux calmants, tels que les injections hypodermiques. Mais je ne saurais trop vous engager à user avec modération de l'opium en pareil cas. N'en donnons peu ou pas du tout à un sujet qui a besoin de cracher. Si vous supprimez l'expectoration, les mucosités s'accumuleront dans les bronches et il suffoquera : votre médication lui aura été funeste.

Surveillez chaque jour l'état de la poitrine et vous verrez que ce double épanchement pleural, sous l'influence du repos et d'un régime tonique diminuera probablement. S'il résiste, usez des révulsifs, mais pensez encore que l'usage du vésicatoire vous est presque interdit puisque le rein se trouve dans des conditions telles qu'il serait coupable de l'exposer à l'action des cantharides. Préférez la teinture d'iode.

Enfin, pour prévoir la plus fâcheuse issue, conservez dans la thoracentèse une ressource suprême contre la dyspnée qui résulterait d'une augmentation toujours croissante de l'épanchement.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

# VINGT-SEPTIÈME LEÇON

## Sur un cas d'uréthrotomie externe.

Observation d'un malade admis à Saint-André après une série d'accidents consécutifs à plusieurs blennorrhagies.

Rétention d'urine, abcès urineux, infiltration d'urine, trajets fistuleux, accès du fièvre.

Rétrécissements perméables et infranchissables.

Indications fournies par les accidents antérieurs, l'exploration de l'urèthre, l'état général du sujet.

Uréthrotomie externe. — Règles générales de son manuel opératoire. — Note sur les résultats de l'opération pratiquée.

MESSIEURS,

Nous devons d'examiner, à la salle 17, un homme atteint depuis longtemps d'une affection des voies urinaires qui a été la cause directe d'accidents très sérieux et nous oblige aujourd'hui à prendre une grave détermination.

Le sujet a quarante-huit ans. Son histoire pathologique remonte à l'âge de vingt ou vingt-deux ans : il eut alors une première blennorrhagie qui dura plusieurs mois, ne fut point soignée et laissa longtemps

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

après elle un écoulement. Elle était à peine terminée, ou avait cessé depuis peu de temps, quand une nouvelle uréthrite survint.

Je ne sais quelles furent la durée et les suites de ce deuxième accident. Le malade insiste davantage sur une troisième blennorrhagie qu'il contracta il y a seize ans ; elle dura plus de deux ans.

J'appelle sur ce point toute votre attention, car la blennorrhagie est la cause ordinaire des altérations chroniques de l'urèthre, autour duquel se déposent des produits inflammatoires plastiques, des épanchements de sang qui s'organisent peu à peu, se rétractent comme tous les tissus fibreux pathologiques, et laissent après eux des rétrécissements plus ou moins serrés qui diminuent le calibre du canal et s'opposent, à un degré variable, à l'écoulement de l'urine, et peuvent ainsi devenir la cause première de cette série d'accidents si fréquents et si graves chez les vieux rétrécis.

Il y a quelques années, notre malade éprouva, comme cela devait arriver, quelques difficultés dans la miction : le jet d'urine était moins gros, peu régulier, et le périnée devenait le siège d'une sensation désagréable de pesanteur.

Bientôt le jet d'urine diminua encore de volume et de longueur, et les dernières gouttes ne pouvaient être expulsées, mais s'écoulaient en bavant après la miction.



Ce sont bien là, Messieurs, les signes classiques du rétrécissement uréthral confirmé : tout malade qui vient vous consulter pour un cas analogue ne manque guère d'attirer votre attention sur cette impossibilité qu'il éprouve de lancer vivement le jet d'urine et d'en expulser rapidement les dernières gouttes.

Mais le malade que nous étudions n'était pas de ceux qui se préoccupent de leur santé ; il ne fit aucune attention à ce premier avertissement d'une fonction importante qui s'altère chaque jour davantage. Il continua de vaquer à ses travaux et ne perdit pas l'occasion de faire des excès de boisson, comme les autres ouvriers qui travaillaient avec lui. Ceci était de trop ; à la suite d'un de ces excès, la miction devint tout à coup impossible.

Je suis bien aise de suivre pas à pas cette observation : chacune des étapes parcourues par cet homme vous retrace l'histoire des rétrécissements compliqués. Que de fois, quand vous arriverez auprès de malades atteints de rétention d'urine, vous apprendrez par eux-mêmes qu'ils ont fait un excès de table, ou se sont livrés au coït quelques instants avant !

Notre malade, malgré son insouciance habituelle, fut alors obligé de rentrer à l'hôpital pour se faire sonder. L'urine une fois évacuée, il revint chez lui et recommença l'existence ordinaire, sans hygiène et sans soins. Ceci se passait il y a environ sept ans.

Deux ans plus tard, nouvelle rétention d'urine qui

l'amena encore à l'hôpital. Après avoir été sondé et avoir pris un ou deux bains, il rentra chez lui et ne se soigna pas davantage.

C'est ainsi que le canal continua à se rétrécir jusqu'au jour où, il y a trois ans, une petite tumeur dure, peu volumineuse d'abord, se montra au périnée et acquit bientôt la grosseur d'une noix. En même temps, la miction devenait plus difficile, les pesanteurs du périnée plus fréquentes et plus pénibles. C'est qu'en effet, les lésions uréthrales prenant chaque jour une extension plns grande, préparaient un accident grave : l'infiltration d'urine.

Il y a dix-huit mois, le sujet ne pissait plus qu'avec une peine extrême ; la tumeur périnéale, un certain jour de souffrances exceptionnelles, augmenta tout à coup, et la tuméfaction du périnée s'étendit rapidement aux parties voisines: l'infiltration urineuse venait de se produire.

Le malade entra d'urgence à l'hôpital dans mon service; je dus faire de larges débridements pour arrêter un vaste phlegmon urineux qui devait nécessairement aboutir au sphacèle, et les jours qui suivirent tout rentra dans l'ordre. Aujourd'hui, la réparation est presque complète.

Que s'est-il passé, Messieurs, chez cet homme soumis depuis longtemps aux accidents d'une miction difficile? Ce qui se passe chez tous les rétrécis qui ne se soignent pas.



Quand un rétrécissement serré existe, en arrière de la coarctation l'urine séjourne en quantité variable, la muqueuse s'altère, l'inflammation, légère d'abord, augmente bientôt. Par le canal, s'écoule incessamment du muco-pus sous forme de gouttelettes tant qu'un traitement rationnel n'intervient pas pour dilater le rétrécissement. La muqueuse irritée par le séjour de l'urine se ramollit ensuite, s'ulcère, et laisse à un moment donné filtrer dans le tissu cellulaire voisin une goutte d'urine. Le liquide irritant amène autour de lui une inflammation plastique à marche lente, qui de temps à autre produit des poussées inflammatoires plus vives et *l'abcès urineux* est constitué.

Les choses se passèrent ainsi chez notre malade. Il avait depuis plusieurs mois un abcès urineux; la muqueuse probablement très malade céda tout à coup sons la pression de la contraction vésicale et l'infiltration d'urine brusque, rapide, envahissante se produisit.

J'ai, vous le savez, énergiquement traité cette grave complication par de larges ouvertures au bistouri; arrivé sur l'urèthre qui se trouvait mortifié, j'ai prolongé mon incision jusqu'à lui. Quand, par la suite, le terrain a été bien déblayé, je me suis assuré du bout postérieur du canal et me suis, par des sondes à demeure, efforcé de le réparer. Le traitement a duré deux mois après lesquels le blessé, se trouvant assez bien, a voulu nous quitter. Nous avions, du reste, eu

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

soin de dilater lentement le canal et les numéros 20 ou 21 de la filière de Charrière passaient facilement.

Si satisfaisant que parut ce résultat, je conseillai au malade de passer régulièrement des bougies, car, vous ne l'oubliez pas, Messieurs, le tissu cicatriciel de l'urèthre ne perd jamais ses droits ; il revient sur lui-même rapidement si l'on n'a pas soin de le tenir en respect par l'usage méthodique des bougies dilatatrices.

Le malade ne suivit pas mes conseils, ou il les suivit pendant quelques mois seulement et encore d'une façon très incomplète ; aussi, est-il peu à peu redevenu très souffrant. Le périnée qui n'était pas absolument cicatrisé et laissait toujours filtrer quelques gouttes d'urine, en a progressivement laissé passer une plus grande quantité, et aujourd'hui la situation semble vouloir se compliquer chaque jour davantage. Il survient en effet depuis un mois et demi des accidents généraux, des frissons, de la fièvre avec sueurs tous les cinq ou six jours. Il n'y a pas de vomissements.

Or, ces accidents fébriles, de quoi sont-ils l'expression?

Ils peuvent avoir des sources multiples. L'inflammation de la vessie, de l'urèthre peut d'abord les expliquer ; mais je ne crois pas qu'elle ait ici une influence sérieuse : la cystite est légère et l'urèthre nous paraît absolument hors de cause.

Existerait-il une poussée inflammatoire vers les



reins ? Cela n'est que trop fréquent dans les cas de rétrécissements très anciens, mais outre que la cystite, qui précède ordinairement la néphrite, ne nous paraît pas suffisamment établie, nous devons tenir le plus grand compte de l'exploration des reins, si précieuse en pareil cas. Cette exploration ne nous donne rien : la palpation, la percussion de la région rénale ne réveillent aucune douleur et ne font pas trouver la moindre tuméfaction. Du reste, Messieurs, lorsque la complication rénale donne lieu à des accidents fébriles répétés, il est rare que la santé générale ne soit pas altérée ; il y a de la pâleur, de l'inappétence, de la sécheresse de la langue, de la diarrhée souvent. Rien de tout cela ne s'est présenté chez notre malade.

Quelle sera donc la cause des accidents observés ? Eh bien ! il me paraît que ces frissons doivent être rattachés à l'existence du trajet fistuleux qui, dans le cas actuel, se trouve comparable à tous les trajets de même nature, susceptible comme eux de retenir les liquides qu'il doit laisser passer et par conséquent d'amener la fièvre après la rétention. Et si, considérant l'état général de ce malade, après avoir vu qu'il est encore assez vigoureux, qu'il n'a pas de troubles digestifs, nous voulons nous ranger à l'opinion la plus probable, nous n'hésiterons pas à admettre que la fièvre est ici la conséquence de la rétention de l'urine et du pus dans le trajet fistuleux.

Examinons maintenant la lésion uréthrale elle-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

même. Sur le périnée, en arrière du scrotum, il y a une fistule par laquelle du pus et de l'urine s'écoulent à peu près constamment. Pendant la miction, l'urine sort bien par le canal en notable quantité, mais il arrive assez souvent que la fistule en laisse passer davantage ; toujours est-il que le rétrécissement est, à l'heure actuelle, absolument perméable et que, d'autre part, la fistule semble avoir perdu toute tendance à se fermer, puisque le liquide qui la traverse augmente plutôt qu'il ne diminue.

L'exploration de ce trajet ne m'a permis de porter aucune conclusion sur sa vraie direction et son étendue : le stylet introduit s'arrête bientôt et nous ne savons ainsi qu'une chose, c'est que la direction est fort irrégulière, sinueuse.

La fistule a d'autres caractères encore : elle repose sur une base dure qui la relie au canal de l'urèthre. Cette induration, en effet, qui a le volume d'une belle noix, s'avance profondément jusqu'au contact de l'urèthre et semble faire corps avec lui, de telle sorte que partout le périnée est dur, infiltré de produits plastiques.

Dans quel état se trouve le canal ?

Plusieurs fois devant vous, Messieurs, j'ai voulu l'explorer avec des bougies et des sondes : les instruments que j'ai employés se sont invariablement arrêtés à 11 centimètres, c'est-à-dire vers la région bulbo-membraneuse.

Comme l'expérience clinique le réclame, j'ai, bien



entendu, varié les instruments explorateurs : bougies très fines, droites, tortillées en hélice, courbées en crochet, baleines. Rien n'est passé au travers du rétrécissement qui donnait une sensation de dureté comparable à celle des tissus du périnée.

De ce que je viens de vous dire, il ressort donc que nous sommes en présence d'un rétrécissement perméable, c'est-à-dire d'un rétrécissement qui laisse encore s'accomplir en partie la miction, mais aussi d'un rétrécissement infranchissable.

Non, je ne suis pas de l'avis des chirurgiens qui pensent qu'il n'existe pas de coarctations uréthrales infranchissables ; il y en a d'autres que moi qui partagent la même opinion et admettent parfaitement ces cas, où la main la plus exercée ne saurait franchir l'obstacle.

Voilà donc le fait tel qu'il se présente à nous : rétrécissement infranchissable coïncidant avec une fistule et une induration profonde du périnée. Il n'y a rien aux reins et peu de chose à la vessie.

Je dis qu'il existe peu d'inflammation vésicale, car il est certain que l'urine foncée, louche, laissant déposer du mucus, que vous avez vue dans une éprouvette, appartient à la cystite ; et, en effet, le malade éprouve fréquemment des épreintes douloureuses du col. Mais, Messieurs, quand la cystite existe chez des sujets atteints de rétrécissement, on peut craindre de voir l'inflammation s'étendre plus loin, aux uretères, aux reins?

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

J'ajoute donc que, s'il n'y a pas encore de cystite accusée, de pyélite et de pyélo-néphrite, notre malade est menacé par ces accidents dans un avenir que nous ne pouvons préciser mais qui peut être très rapproché! La situation peut devenir fort grave, et la vie se trouver compromise. Aussi devons-nous agir le plus vite possible et rétablir les voies urinaires dans leur état normal.

Quel moyen prendrons-nous pour arriver à ce résultat nécessaire?

Messieurs, si je considère en thèse générale que la dilatation progressive constitue la méthode de choix, faut-il que cette dilatation soit possible. Ici nous ne pouvons pas introduire d'instruments. Je sais bien qu'en insistant davantage, viendrait peut-être un heureux instant où une fine bougie traverserait le rétrécissement; mais pendant cette longue attente, que deviendra la vessie, que deviendront les reins? Et si, le rétrécissement franchi, nous poursuivons la dilatation, sommes-nous sûrs de dilater d'une façon utile, efficace? Je ne le crois pas; il est prudent, il est nécessaire de ne pas le croire.

La même objection doit être faite à l'uréthrotomie interne. Pour guider l'uréthrotome, la bougie conductrice est indispensable, et si cette opération est applicable aux cas qui permettent l'introduction d'une bougie mais ne tolèrent pas la dilatation, ici elle ne pourrait jamais vaincre l'induration du périnée et



amener la guérison de la fistule. En effet, l'uréthrotomie interne incise le canal, mais elle ne peut atteindre la fistule et si dans certains cas on voit à la suite de l'opération certaines fistules se tarir, se fermer, cela arrive quand autour de l'urèthre les tissus sont libres, souples, exempts d'indurations étendues comme celle dont nous avons sous les yeux un exemple si saisissant, compliquée qu'elle est par une fistule sinueuse, large, indurée sur ses bords.

Nous arrivons par voie d'élimination à une intervention plus sérieuse, plus compliquée dans son manuel opératoire : l'uréthrotomie externe. C'est elle qui s'impose actuellement comme la seule ressource vraiment utile que nous puissions opposer aux complications qui nous menacent.

Il faut inciser sur la ligne médiane, traverser les tissus indurés en ouvrant la fistule, arriver sur l'urèthre, et là, couper les parties dures du rétrécissement, rechercher le bout postérieur du canal et rétablir la voie au moyen d'une sonde à demeure.

Cette opération, Messieurs, modifiera la vitalité des tissus malades, les placera dans de bonnes conditions de réparation, et j'ai la ferme conviction qu'elle guérira cet homme qui, sans elle succomberait infailliblement.

L'uréthrotomie externe a été pratiquée, sans conducteur, le 10 octobre 1883. Après avoir introduit dans l'urèthre un cathéter, et l'avoir fait pénétrer jusqu'au rétrécissement, on l'a fait fixer solidement par la main d'un aide. Une incision médiane, étendue du point correspondant à l'extrémité du

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

cathéter qu'on sentait à travers la peau, jusqu'au voisinage de l'anus, a successivement divisé la peau et tous les tissus indurés jusqu'au niveau de l'urèthre.

Par une seconde incision, un peu oblique, on a ouvert la fistule mais sans qu'il fût possible d'arriver par elle à l'urèthre.

En effet, après avoir ponctionné l'urèthre sur le cathéter et avoir fait maintenir écartées ses deux parois, au moyen d'un fil de soie passé dans leur épaisseur avec une aiguille, on n'a pas pu suivre le canal dans sa partie rétrécie ; son tissu se perdait dans la plaie.

L'opérateur s'est alors contenté de serrer de près, en incisant doucement, couche par couche, la ligne médiane, jusqu'au moment où il supposa que le rétrécissement avait été coupé.

La recherche du bout postérieur du canal devait être difficile. Ce n'est qu'après une série de tâtonnements que ce bout postérieur a pu être découvert par l'extrémité d'une sonde mousse qu'on appuyait légèrement sur les parties incisées.

Une sonde à bout coupé, de moyen calibre, est alors introduite dans la vessie et son extrémité antérieure est ensuite passée dans la partie antérieure du canal avec un fil conduit sur l'extrémité d'une autre sonde qu'on avait fait pénétrer par le méat.

Lotions antiseptiques, pansement indoformé. Durée de l'opération : 20 minutes.

Aujourd'hui (15 janvier 1886), le malade, qui n'a présenté aucun accident consécutif à l'opération, est presque complètement guéri et la dilation, maintenue par un cathétérisme régulier, est largement suffisante pour assurer le résultat obtenu par l'uréthrotomie.

# VINGT-HUITIÈME LEÇON

## Hydrocèle enkystée de l'épididyme.

Observation du malade qui fait l'objet de cette leçon. — L'examen méthodique conduit au diagnostic de kyste du testicule, de kyste de l'épididyme.
Caractères présentés par ces kystes et qui les distinguent de l'hydrocèle de la tunique vaginale.
Théories émises sur leur formation. — Aspect spécial présenté par le liquide qu'ils contiennent.
Indications auxquelles ils donnent lieu.
Traitement.

Messieurs,

Nous avons ce matin examiné un malade de la salle 17, à qui j'ai dû, séance tenante, pratiquer une petite opération. J'étudierai les signes présentés par la maladie qui l'a conduit vers nous et ce qui, dans son anatomie pathologique, nous intéresse au point de vue clinique. Si simple que soit un cas d'hydrocèle enkystée de l'épididyme, vous devez lui donner toute votre attention.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

cathéter qu'on sentait à travers la peau, jusqu'au voisinage de l'anus, a successivement divisé la peau et tous les tissus indurés jusqu'au niveau de l'urèthre.

Par une seconde incision, un peu oblique, on a ouvert la fistule mais sans qu'il fût possible d'arriver par elle à l'urèthre.

En effet, après avoir ponctionné l'urèthre sur le cathéter et avoir fait maintenir écartées ses deux parois, au moyen d'un fil de soie passé dans leur épaisseur avec une aiguille, on n'a pas pu suivre le canal dans sa partie rétrécie ; son tissu se perdait dans la plaie.

L'opérateur s'est alors contenté de serrer de près, en incisant doucement, couche par couche, la ligne médiane, jusqu'au moment où il supposa que le rétrécissement avait été coupé.

La recherche du bout postérieur du canal devait être difficile. Ce n'est qu'après une série de tâtonnements que ce bout postérieur a pu être découvert par l'extrémité d'une sonde mousse qu'on appuyait légèrement sur les parties incisées.

Une sonde à bout coupé, de moyen calibre, est alors introduite dans la vessie et son extrémité antérieure est ensuite passée dans la partie antérieure du canal avec un fil conduit sur l'extrémité d'une autre sonde qu'on avait fait pénétrer par le méat.

Lotions antiseptiques, pansement indoformé. Durée de l'opération : 20 minutes.

Aujourd'hui (15 janvier 1886), le malade, qui n'a présenté aucun accident consécutif à l'opération, est presque complètement guéri et la dilation, maintenue par un cathétérisme régulier, est largement suffisante pour assurer le résultat obtenu par l'uréthrotomie.

# VINGT-HUITIÈME LEÇON

## Hydrocèle enkystée de l'épididyme.

Observation du malade qui fait l'objet de cette leçon. — L'examen méthodique conduit au diagnostic de kyste du testicule, de kyste de l'épididyme.
Caractères présentés par ces kystes et qui les distinguent de l'hydrocèle de la tunique vaginale.
Théories émises sur leur formation. — Aspect spécial présenté par le liquide qu'ils contiennent.
Indications auxquelles ils donnent lieu.
Traitement.

Messieurs,

Nous avons ce matin examiné un malade de la salle 17, à qui j'ai dû, séance tenante, pratiquer une petite opération. J'étudierai les signes présentés par la maladie qui l'a conduit vers nous et ce qui, dans son anatomie pathologique, nous intéresse au point de vue clinique. Si simple que soit un cas d'hydrocèle enkystée de l'épididyme, vous devez lui donner toute votre attention.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Le malade, qui exerce la profession de chaudronnier, a quarante-sept ans; son histoire pathologique est peu importante : elle ne nous apprend rien sur ses antécédents éloignés. Nous savons seulement qu'il eut autrefois des accidents uréthraux précoces, puisque, à l'âge de quinze ans, il contracta une blennorrhagie, et eut même un chancre qui fut accompagné d'un bubon suppuré, et ne laissa après lui aucune trace de syphilis.

Les années suivantes se passèrent sans rien présenter d'anormal; mais il y a quatre ans, à la suite d'un violent effort, cet homme ressentit tout à coup une douleur aiguë dans la partie droite, douleur qui s'accompagna, peu d'heures après, de gonflement. Ces symptômes inflammatoires, rapidement apparus, persistèrent ensuite pendant plusieurs jours, et le malade dut garder le lit. Il était atteint d'orchite, et je crois que ni le diagnostic de la lésion, ni celui de la cause qui l'avait amenée ne peuvent être l'objet du moindre doute. Cette inflammation du testicule devait être liée à un vieux reste de l'uréthrite ancienne ou d'un accident plus récent de même nature, car il y eut en même temps de fréquentes envies d'uriner et de l'hématurie.

Grâce au repos maintenu pendant assez longtemps, la période aiguë passa; mais le gonflement n'avait pas complètement disparu : le testicule restait volumineux. Loin de s'inquiéter, le malade, qui ne souffrait plus, se considéra comme guéri et il reprit ses occupations.



Dernièrement, une indisposition légère le conduisit dans une salle de médecine de cet hôpital, et, comme il se plaignait alors, aux médecins qui lui donnaient des soins, d'éprouver une certaine gêne et quelquefois des douleurs dans la partie restée volumineuse, on le conduisit dans mon service, où il fut admis.

Quels étaient les signes présentés alors par cette affection ancienne, restée si longtemps silencieuse et n'ayant jamais amené qu'un peu de malaise et de vagues douleurs dans ces derniers temps? C'était d'abord un volume anormal de la partie gauche, un gonflement qui avait son centre à égale distance du cordon et de l'extrémité inférieure de la région scrotale... Il n'y avait ensuite aucun changement de coloration des tissus, et de prime abord la tumeur paraissait arrondie. Cependant, quand on l'examinait de plus près, on remarquait que lisse à sa surface, sphérique dans son ensemble, elle était allongée et comme constituée de deux parties juxtaposées; l'une supérieure, plus volumineuse; l'autre inférieure, plus petite, qui lui donnaient l'aspect cordiforme, ce qui, vous le verrez bientôt, est un caractère spécial attirant à lui seul l'attention sur une variété très spéciale des tumeurs liquides du testicule. Profondément, au-dessous des téguments restés libres, sans dilatations veineuses, sans altérations d'aucune sorte,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

on pouvait encore retrouver une tumeur tout à fait libre dont les mouvements de glissement n'étaient entravés par aucune adhérence.

Dirigeant alors vos doigts plus profondément, pour leur faire apprécier les caractères intimes de la tuméfaction, vous trouviez de suite une fluctuation très sensible en haut, tandis qu'inférieurement, lui succédait une partie molle, évidemment formée par un organe solide. A la fluctuation correspondait une transparence absolue.

Ces divers caractères, Messieurs, suffiraient pour imposer le diagnostic de tumeur liquide, de kyste ou d'hydrocèle ; la transparence seule affirmait qu'une collection liquide, séreuse, en occupait la plus grande partie, mais certains traits spéciaux tels par exemple que la forme de la tumeur, nous rappelaient aussi que nous devions rechercher encore le siège précis de cet épanchement, de ce kyste.

Pour arriver à ce résultat, il a fallu préciser les rapports du testicule avec la collection.

Rappelez-vous bien que si la partie la plus saillante était sphérique, très volumineuse, il y avait au-dessous d'elle, tout à fait en bas et un peu en avant un relief oblong, plus irrégulier dans sa surface et surplombant pour ainsi dire la tumeur principale.

Cette petite saillie vous a aussitôt rappelé la configuration du testicule. Un autre signe vous l'indiquait encore : quand vous avez pressé sur la petite



tumeur, une douleur vive s'est produite avec tous les caractères de la douleur éprouvée dans les froissements, dans les contusions du testicule, et pour vérifier l'exactitude de ce dernier signe il a suffi de presser sur le testicule sain pour entendre dire au malade que la douleur était la même.

Ces premières constatations faites, Messieurs, vous avez cherché à mobiliser ces deux tumeurs l'une sur l'autre et vous avez vu qu'elles étaient fixées, étroitement unies. La conclusion s'imposait alors : le kyste dépendait du testicule. Mais où s'était-il développé?

Certes, la glande elle-même avait sa configuration normale, on la retrouvait arrondie, lisse, régulière sous les téguments ; par sa partie supero-postérieure seule, elle tenait au kyste. C'est qu'en effet, dans ce dernier point, on ne pouvait plus la délimiter : les éléments qui forment au-dessus d'elle un revêtement régulier, l'épididyme, se trouvaient effacés, dissociés et reprenaient seulement beaucoup plus haut leur disposition normale pour constituer le cordon.

Dès lors vous aviez les preuves nécessaires pour établir votre diagnostic et vous saviez qu'il s'agissait d'une tumeur liquide, née au centre même de l'épididyme et, du moment que le testicule restait libre et pouvait être facilement contourné avec les doigts, la pensée ne venait plus qu'il s'agissait d'une hydrocèle de la tunique vaginale.

Quelle est, en effet, la configuration de l'hydro-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

cèle de la tunique vaginale? Elle est ordinairement piriforme, très régulière; son volume est souvent beaucoup plus considérable que celui du kyste que vous aviez sous les yeux. Chez elle, le testicule reste profondément caché, de toutes parts baigné dans la collection liquide.

Quelles différences la séparent de notre cas? Ici, forme sphérique du kyste, testicule saillant et placé tout à fait en bas; deux tumeurs, l'une liquide et l'autre solide, séparées nettement par un sillon, mais intimement unies.

Il n'était pas nécessaire d'insister davantage. Votre diagnostic était : hydrocèle du testicule, hydrocèle ou kyste du testicule et non pas du cordon.

Je vous rappelle, en effet, pour mémoire, que le cordon peut être, lui aussi, le sujet de collections liquides. Mais entre ces dernières et celle que nous étudions, il y a des différences bien nettes.

La tumeur que je viens d'opérer était fixée au testicule et au-dessus d'elle le cordon se dégageait avec sa longueur, son volume et sa forme ordinaires. Cela n'arrive jamais dans l'hydrocèle du cordon qui est toujours située bien plus haut, qui n'est pas aussi volumineuse et permet en général de retrouver avec ses détails anatomiques l'épididyme en arrière et au-dessus du testicule.

Vous arrivez donc, Messieurs, à cette conclusion forcée : hydrocèle ou kyste du testicule, mais pourquoi cette désignation mauvaise? Il est bien plus juste de dire : kyste de l'épididyme, puisque c'est là que la tumeur est née, restant étrangère d'une part à la tunique vaginale et de l'autre au cordon.



Après la ponction, il y a quelques instants, vous avez tous vu que le testicule était parfaitement sain, normal, qu'au-dessus de lui, les doigts sentaient une poche peu épaisse, flasque, revenue sur elle-même, formant une masse pâteuse assez distincte de l'épidédyme qu'on pouvait encore retrouver, mais bien adhérente en avant avec sa tête. Là, tout était confondu, et on pouvait affirmer que les divers éléments de l'épididyme faisaient dans ce point corps avec le kyste qui les avait dissociés.

Cet examen, après l'intervention, vous retraçait un des caractères spéciaux de l'anatomie pathologique de cette affection. C'est en effet vers la tête de l'épidédyme que les kystes se développent de préférence. M. le professeur Gosselin a signalé deux variétés de ces tumeurs liquides. Ce sont d'abord de petits kystes peu volumineux, gros comme un pois, se développant à la surface de l'épididyme, vers sa tête ordinairement, rarement sur le corps, remplis d'un liquide clair, transparent, d'une existence quelquefois éphémère, car ils peuvent s'ouvrir pour se ratatiner ensuite et ne laisser après eux qu'une cicatrice ou plus rarement une saillie qui végète et prolifère pour constituer une petite masse polypeuse.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Plus intéressants que ceux-là sont les grands kystes, les hydrocèles et kystes des testicules qui tiennent à un phénomène morbide très particulier. Ils se développent entre le testicule et l'épididyme vers sa tête, en la soulevant et en éparpillant plus ou moins les éléments qui la constituent. Ils peuvent avoir un volume très variable. Plusieurs d'entre vous se souviennent en avoir vu un bel exemple l'an dernier dans mon service : il était gros comme une belle orange; mais ordinairement, ils ne franchissent guère les dimensions d'une noix, d'une mandarine.

Si le siège spécial de ces kystes est remarquable, leur contenu offre encore d'intéressants détails :

Tantôt le liquide est citrin, chargé d'albumine, comme celui de la tunique vaginale; tantôt il est limpide, clair comme celui des hydatides; tantôt, enfin, et c'est là le cas le plus intéressant, il présente une teinte opaline; il est lactescent, blanchâtre, rappelant un peu l'eau de savon.

Celui que je viens d'enlever par une ponction est légèrement ambré, citrin, jaunâtre; il ressemble par conséquent beaucoup à celui de l'hydrocèle vulgaire. On recherchera s'il contient de l'albumine. En somme, il ne présente pas le maximum d'intérêt que nous attendions après avoir formulé notre diagnostic. Généralement, Messieurs, quand ces kystes atteignent le volume assez considérable que vous avez vu chez



ce malade, il est rare que le liquide contenu ne soit pas opalin.

Cette couleur opaline est due à la présence du sperme, aux spermatozoïdes mélangés au liquide.

Il est intéressant de se demander d'où viennent les spermatozoïdes, comment ils sont contenus dans le liquides de ces kystes, car leur présence ne peut jamais être mise en doute : on les voit au microscope, on les voit même se mouvoir comme ils le font dans une préparation de sperme normal. Je ne veux pas discuter longuement les opinions diverses qui ont été émises sur cette intéressante question d'anatomie pathologique; une énumération rapide seule convient ici.

Paget admettait une sécrétion hétérotopique, les parois du kyste pouvant, en raison du voisinage du testicule, acquérir certaines propriétés spéciales qui leur auraient permis de sécréter les éléments constitutifs du sperme, opinion déjà vieille, qui n'est plus admise aujourd'hui.

Liston a vu dans ces tumeurs le simple résultat d'une distension des canaux efférents. Mais, s'il en était ainsi, verrait-on la paroi de ces kystes revêtue d'une simple couche peu régulière d'épithélium plat?

Deux autres opinions méritent une plus grande attention.

La première appartient au professeur Gosselin, qui parait, depuis un certain temps, y tenir moins que

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

par le passé. Elle considère les kystes à contenu spermatique comme résultant d'une première lésion qui serait la rupture d'un canal éférent; cette rupture amènerait donc l'invasion du sperme dans le tissu cellulaire, où il produirait une certaine irritation. A son tour, cette irritation provoquerait la condensation du tissu, et, plus tard, par un travail lent, la formation d'une cavité kystique. Le sperme agirait ainsi comme un corps étranger.

Outre, Messieurs, que cette théorie ne se trouve plus en accord avec les idées maintenant reçues sur la formation des kystes, je crois qu'elle ne suffit pas pour expliquer le développement des hydrocèles enkystées volumineuses. Et cependant il semble que quelques tumeurs kystiques ont été consécutives à des efforts, à des traumatismes, qu'en un mot la rupture a joué un rôle important dans leur développement!

Chez notre malade, au début, vous le savez, il y a eu parmi les circonstances qui ont paru présider au développement de son kyste un effort, suivi de douleur et de gonflement, mais il est, je crois, de bonne logique de penser qu'il s'agit alors vraiment d'une orchite, que le mécanisme dont je vous ai parlé ne fut pour rien dans ces premiers accidents inflammatoires et qu'il est enfin nécessaire de faire intervenir une autre cause.

Aujourd'hui, chirurgiens et anatomo-pathologistes admettent que ces kystes de l'épididyme prennent



naissance dans les vestiges du corps de Wolff qui, à cause de leur voisinage des canaux efférents du testicule, donnent facilement l'explication des particularités retrouvées dans l'anatomie pathologique.

A cause, en effet, de ce voisinage des canaux du testicule, un kyste, quand il se développe, peut user, perforer la paroi des conduits du sperme et ce liquide s'épanche dans la cavité kystique, pour se mélanger à son contenu en proportions variables. Ces interprétations reposent sur les recherches de Curling et de Quekett qui ont vu du mercure injecté dans le canal déférent, tomber dans la cavité des kystes.

Il ne me paraît pas probable que chez notre malade cela se soit produit, mais je n'affirme rien encore, comptant sur l'analyse qui sera faite pour dissiper tous nos doutes. Pour l'instant, je ne considère que les apparences du liquide recueilli dans cette éprouvette. Il est clair sans doute, mais déjà un dépôt un peu louche nous dit que peut-être nous pourrions avec l'aide du microscope retrouver quelques éléments du sperme. S'ils n'existent pas, cela prouverait simplement que, malgré l'origine certaine du kyste, la perforation des canaux spermatiques ne s'est pas produite.

Etant donnés cette origine, cette longue durée de l'évolution, ces signes peu accusés, cette indolence habituelle d'une tumeur peu volumineuse, quel est son degré de gravité et que devez-vous faire quand un cas analogue vous est soumis?

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

A supposer, en effet, que cette affection soit peu grave, qu'elle compte parmi celles qu'un sujet peut impunément porter durant de longues années, il faut songer à prendre une décision à cause du volume progressif que la tumeur peut acquérir, à cause de la pression qu'elle va de plus en plus exercer sur le testicule, de la gêne et même de la douleur assez vive qui pourront bientôt en résulter.

Un point de comparaison vous fera bien saisir cette indication, en établissant les différences qui distinguent encore ces kystes de l'hydrocèle vaginale. Le sujet atteint d'hydrocèle commune s'arrange assez bien contre la douleur, il maintient la tumeur avec un suspensoir bien fait et tout tiraillement sur les éléments du cordon se trouvent supprimé, la souffrance disparaît. Mais dans le cas actuel, le malade est désarmé. Le kyste occupe le centre des éléments qu'il faudrait écarter d'une pression douloureuse, il presse toujours sur le même point comme vos doigts quand ils s'appliquent à rechercher un détail anatomique dans l'exploration clinique; la douleur pourra devenir bientôt très vive et continue. De plus, cette même pression, en exerçant son action incessante sur la tête de l'épididyme, sera capable d'amener l'oblitération des conduits spermatiques et par conséquent, la perturbation, la cessation même d'une fonction importante et plus tard enfin, l'atrophie du testicule.



Donc, Messieurs, quand vous vous trouverez en présence d'hydrocèles enkystées du testicule, de kystes de l'épididyme, alors même que ces tumeurs seraient peu volumineuses, qu'elles ne seraient pas accompagnées de phénomènes douloureux bien accusés, ne les considérez pas comme innocentes et proposez-vous de les combattre par un traitement énergique.

Ferez-vous une ponction simple? Elle serait insuffisante; vous devez modifier la paroi kystique et la modifier assez pour qu'il se développe une inflammation adhésive.

L'injection classique de teinture d'iode est encore la meilleure pratique, celle dont les résultats comptent parmi les meilleurs.

Sans doute vous pourrez recourir à d'autres procédés imaginés pour le traitement de l'hydrocèle vaginale, mais aucun d'eux ne vaut la ponction suivie de l'injection iodée. C'est à elle que vous devrez vous adresser. Je n'ai rien de spécial à vous dire : cette petite opération classique vous est suffisamment connue. Tout se passe ici comme dans le cas d'hydrocèle simple. Après l'injection survient une inflammation nécessaire dont vous modérerez l'intensité si besoin est, mais dont l'évolution vers la guérison sera toujours assurée. Elle s'est en effet depuis peu de temps produite que déjà elle diminue peu à peu et disparaît. Elle se montre le lendemain

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

de l'injection, la peau rougit, du gonflement se produit avec de la douleur. Tous ces signes de l'inflammation bientôt s'effacent et il reste pendant quelque temps un peu d'induration, mais celle-ci disparue la guérison s'affirme : il n'existe plus rien de l'ancienne lésion.

## VINGT-NEUVIÈME LEÇON

### Sur un cas d'hématocèle de la tunique vaginale

**Observation d'un sujet atteint subitement d'un épanchement considérable de sang dans la tunique vaginale et le tissu sous-cutané du scrotum.**
**Existait-il antérieurement une lésion du testicule ou de la tunique vaginale?**
**Physiologie pathologique de l'hématocèle. — Diagnostic différentiel.**
**Indications fournies par un cas de cette nature. L'incision est nécessaire.**

MESSIEURS,

Au numéro 22 de la salle 17, nous avons, il y a quelques instants, examiné un homme de cinquante ans qui présente une tuméfaction considérable de la partie gauche du scrotum. C'est de lui que je veux aujourd'hui vous entretenir.

Il exerce, vous le savez, la profession pénible de portefaix, il a toujours eu jusqu'à ces derniers jours

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

de l'injection, la peau rougit, du gonflement se produit avec de la douleur. Tous ces signes de l'inflammation bientôt s'effacent et il reste pendant quelque temps un peu d'induration, mais celle-ci disparue la guérison s'affirme : il n'existe plus rien de l'ancienne lésion.

## VINGT-NEUVIÈME LEÇON

### Sur un cas d'hématocèle de la tunique vaginale

**Observation d'un sujet atteint subitement d'un épanchement considérable de sang dans la tunique vaginale et le tissu sous-cutané du scrotum.**
**Existait-il antérieurement une lésion du testicule ou de la tunique vaginale?**
**Physiologie pathologique de l'hématocèle. — Diagnostic différentiel.**
**Indications fournies par un cas de cette nature. L'incision est nécessaire.**

MESSIEURS,

Au numéro 22 de la salle 17, nous avons, il y a quelques instants, examiné un homme de cinquante ans qui présente une tuméfaction considérable de la partie gauche du scrotum. C'est de lui que je veux aujourd'hui vous entretenir.

Il exerce, vous le savez, la profession pénible de portefaix, il a toujours eu jusqu'à ces derniers jours

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

une excellente santé et il insiste pour nous affirmer que jamais il n'a présenté le moindre accident du côté des organes génito-urinaires. Nous avons dans notre interrogatoire aidé ses souvenirs, mais il n'a pas hésité, nous disant encore qu'il ne s'était pas aperçu que la région malade eut autrefois un volume plus accentué que celle du côté opposé.

Je n'hésite pas à croire qu'il y a dans ces commémoratifs un point très douteux et que les renseignements donnés par cet homme peuvent se trouver incomplets. Il n'a pas eu de blennorrhagie, pas davantage d'orchite, et la maladie actuelle serait survenue brusquement sans avoir été préparée par une lésion ancienne! Est-ce là, Messieurs, la marche d'une affection que nous devons considérer comme une complication d'un état depuis longtemps acquis? Je ne le pense pas, et je vous prie de partager la même opinion.

Poursuivons l'histoire de notre malade. Il prétend qu'il y a un mois, après une journée de fatigue, il s'était couché comme d'habitude en bonne santé, sans la moindre inquiétude, mais que le lendemain, à son réveil, il s'aperçut tout à coup que le côté gauche du scrotum avait acquis un volume énorme comparable à celui d'une tête de fœtus.

Il ne ressentait aucune douleur, n'avait point été réveillé pendant la nuit et cependant au développement excessif de la partie s'ajoutait une ecchymose



étendue sur tout le scrotum, remontant sur la verge et dépassant de chaque côté la région scrotale pour envahir aussi les tissus voisins.

L'indolence absolue de cette tumeur si rapidement apparue, nous explique comment cet homme ne songea pas à rester au repos et continua au contraire son travail habituel; mais cette opiniâtreté devait bientôt céder devant la lassitude et la gêne occasionnées par une difformité gênante, et quinze jours plus tard, il venait à l'hôpital.

Rappelez-vous les détails offerts par la tumeur. Elle avait alors une légère teinte ecchymotique, la peau encore assez souple ne glissait cependant qu'imparfaitement sur le tissu conjonctif. Volume considérable comparable à celui de la tête d'un fœtus de sept à huit mois. L'ensemble avait la forme d'un gros ovoïde à grosse extrémité inférieure et à petite extrémité dirigée vers l'orifice externe du canal inguinal. A part la couleur que je vous ai signalée, les téguments n'avaient rien de spécial; ils ne présentaient même pas de veines dilatées et leurs adhérences profondes étaient en somme fort légères sur cette masse d'une consistance molle très nettement fluctuante en avant. En effet, sur la partie antérieure il n'existait aucun point induré, on ne retrouvait pas de résistance si profondément qu'on déprimât les tissus. En arrière, au contraire, et sur les côtés, où l'aspect est encore lisse et parfaitement régulier, les doigts retrouvaient aussitôt une



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

coque épaisse, résistante, se laissant cependant déprimer quand on appuyait avec force et au-dessous de laquelle on pouvait encore sentir de la fluctuation.

A ces signes, se joignait une absence complète de transparence.

Le testicule nous paraissait, d'une façon certaine, placé en haut et en arrière, accusant sa situation par une vive douleur que faisaient naître les doigts quand ils pressaient vivement sur ce point, et par un léger relief, par une saillie un peu moins dure que les tissus voisins.

Cherchant alors à déterminer les connexions qui pouvaient exister entre la glande et la tumeur tout entière, nous constations qu'elles étaient fixées l'une à l'autre, et qu'il n'était point possible de les séparer, de les isoler.

Avec ces caractères précis, la tumeur n'avait point autour d'elle déterminé de lésions : le cordon avait son volume normal; le pli de l'aîne, la fosse iliaque, la région lombaire ne contenaient pas de ganglions. Enfin la douleur, qui n'avait point paru dès le début des accidents, ne s'était pas établie, et le sujet ne souffrait ni pendant l'exploration, ni pendant le repos.

A quel genre d'affection avions-nous affaire, Messieurs? La fluctuation retrouvée sur toute l'étendue de la tumeur nous permet d'affirmer qu'elle est liquide, ou du moins qu'elle est, en grande partie, formée par



un liquide : la fausse fluctuation ne peut être un seul instant mise en regard de la certitude qui, dès le premier instant, s'est imposée. Mais voici que la rapidité du développement et le volume lui-même nous avertissent que cet épanchement ne saurait être de ceux qui s'observent fréquemment dans cette région et dont la nature séreuse est bien connue : vous savez du reste que la transparence fait complètement défaut. On ne peut hésiter longtemps à croire qu'avant le début de cet épanchement, la région scrotale portait quelque trace de lésion ancienne; et si, du jour au lendemain, le mal a pris une tournure aussi grave, offrant un volume exagéré et une teinte ecchymotique, on arrive bien vite à la conviction que l'épanchement est formé par du sang. Seul, en effet, le sang peut expliquer cette rapide formation et cette couleur spéciale.

Telle est probablement la nature intime de la tumeur que nous avons sous les yeux. Nous devons maintenant nous demander pourquoi cet épanchement s'est produit, où il s'est produit, et quelle lésion antérieure l'a depuis un certain temps préparé?

Il ne semble pas, Messieurs, qu'il puisse y avoir de doute sur le siège de la collection. L'évidence existe en faveur de la tunique vaginale et du tissu cellulaire sous-cutané. L'ecchymose, qui a paru dès le début, prouve que le tissu conjonctif a été aussitôt infiltré : supposez, en effet, que le sang se fut répandu dans la

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

tunique vaginale seulement; avant d'arriver vers la peau. il aurait fallu un laps de temps considérable, comme cela a lieu dans les hémorrhagies profondes qui se font dans les cavités analogues, ou sous les aponévroses, tandis que la teinte ecchymotique a été un des premiers signes observés. Et si nous examinons les adhérences de la peau elle-même aux parties plus profondes, n'y a-t-il pas dans ce fait une nouvelle preuve de la part que le tissu cellulaire a prise à l'épanchement du sang ?

La distension de la tunique vaginale n'est pas moins certaine. En effet, la forme, l'aspect même de la tumeur, qui est piriforme, irrégulière, allongée et affecte tous les caractères d'une tumeur liquide bien délimitée ; la fluctuation partout retrouvée dans une cavité bien close et limitée; la situation même du testicule qui, de toute part, se trouve entouré par le liquide épanché, de telle sorte que, malgré toute mon attention, je n'ai pu le séparer sur un seul point de cette nappe liquide : tous ces signes, Messieurs, plaident pour établir que la vaginale est atteinte.

Puisqu'il en est ainsi, vous ne vous étonnerez plus des modifications qui, depuis le début, se sont produites. La tumeur a diminué de volume, parce que la séreuse a déjà fait subir au sang qui l'a remplie une des modifications qui tendent à la résorption.

Est-il fréquent de voir la tunique vaginale devenir le siège de pareils épanchements quand elle est saine?



Comme toutes les membranes séreuses, cette enveloppe profonde du testicule est souple, fine, peu vasculaire et surtout destinée à faciliter les glissements; aussi me paraît-il impossible d'admettre qu'un simple choc, qu'un excès de fatigue puisse y produire un épanchement sanguin, s'il n'existait pas auparavant une altération capable de le préparer, de le rendre facile. Par ce fait seul que le début a été rapide, nous devons arriver à conclure qu'il en était ainsi.

Peu à peu, vous le voyez, Messieurs, le diagnostic se resserre pour devenir précis. Nous arrivons à nous demander quelle pouvait être cette lésion vis-à-vis de laquelle l'écoulement de sang a joué le rôle de complication ; et comme le testicule est en somme compris dans la cavité de la séreuse, il est nécessaire d'examiner si la rupture s'est produite dans cette dernière ou dans la glande elle-même.

Parmi toutes les maladies du testicules capables de se compliquer d'un épanchement, je n'en connais qu'une seule qui puisse offrir aussi rapidement et avec cette intensité un écoulement de sang dans la cavité séreuse; je veux parler de l'encéphaloïde ramolli et très vasculaire. Ni le tubercule avec son évolution lente, ni la syphilis, ni la maladie kystique ne sont susceptibles d'amener cette complication.

Or, je vous le demande, notre malade a-t-il un cancer du testicule ? Retrouvons-nous les signes d'un néoplasme depuis longtemps développé au milieu de

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

cette tumeur liquide survenue tout à coup ? Evidemment non. Cet homme ne croit pas que le scrotum était, avant l'accident, plus gros d'un côté que de l'autre et par conséquent nous ne pouvons penser qu'il se trouvait dès cette époque atteint d'une tumeur vasculaire d'un certain volume, car ces tumeurs-là vont vite. Voyons, du reste, l'aspect de la partie malade : fluctuation franche, égalité de consistance et de forme : tous ces caractères feraient défaut dans le cancer où le plus souvent la fausse fluctuation apparait seule. Il est vrai cependant que des kystes sanguins surajoutés pourraient rendre le diagnostic plus difficile, mais ces kystes eux-mêmes vous donneraient-ils une fluctuation uniformément répandue et se présenteraient-ils avec cette régularité dans la consistance générale de la tumeur ? Non, Messieurs, dans une tumeur de mauvaise nature ce qui frappe surtout, c'est l'irrégularité perçue par la main qui explore, retrouvant des points dépressibles et mous ici, des indurations là. Ce qui frappe encore, c'est le grand nombre de veines développées à la surface, sous la peau, c'est encore le retentissement éloigné sur le système ganglionnaire, dans la fosse iliaque et la region lombaire. Or, chez ce malade, vous n'avez rien de tout cela, et vous êtes obligé de reporter votre pensée vers une lésion beaucoup moins grave.

Puisque le testicule ne saurait être mis en cause dans la pathogénie et que la tunique vaginale reste



seule coupable de l'épanchement, vous devez préciser la lésion qui déjà avait altéré sa texture pour lui donner la faculté de fournir rapidement une quantité de sang capable de dilater sa cavité.

Vos recherches ne doivent pas être longues et tous vous avez pensé à l'inflammation chronique, à la vaginalite, car c'est elle qui prépare l'hématocèle vaginale. Ce terme de vaginalite est peut-être le seul rationnel pour désigner l'affection qui nous occupe, car il ne préjuge rien et affirme au contraire la lésion principale ; au contraire, dire qu'il existe une hématocèle, c'est annoncer un fait sans remonter à la cause et, dans tous les cas, c'est ne pas indiquer l'essence même de la maladie toute placée dans une inflammation chronique. L'hématocèle, en effet, Messieurs, est une complication et toujours la vaginalite la précède. Rappelons-nous les recherches de S. Dupley qui établissent que le tiers des testicules examinés par lui présentaient des lésions accusées de vaginalite chronique, c'est-à-dire des adhérences multiples du côté de la tunique séreuse, avec des néoformations vasculaires plus ou moins prononcées. C'est l'histoire de toutes les séreuses. Combien de fois avez-vous vu dans les autopsies que vous faites chaque jour des adhérences pleurales, des traces de péritonite locale ? Comme les plèvres et le péritoine, la vaginale peut subir des altérations dont la cause échappe quelquefois, mais qui n'en existent pas moins et qui, si

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

elles restent le plus souvent sans conséquences facheuses, peuvent aussi déterminer des accidents analogues à celui dont vous avez aujourd'hui un bel exemple sous les yeux.

Je n'ai pas l'intention de vous dire, en circonscrivant ainsi les altérations sur la tunique vaginale, que le testicule doit toujours être mis hors de cause. Il va sans dire que les inflammations chroniques qui peuvent l'atteindre, l'orchite par exemple, seraient souvent le point de départ d'altérations de la séreuse. Inutile d'insister sur ce point ; voyons plutôt le mécanisme bien simple de l'écoulement de sang, de l'épanchement qui prend sa source dans la vaginalite.

Chroniquement enflammée, le séreuse est épaisse et recouverte de membranes dans lesquelles il s'est développé des capillaires nombreux, minces et fragiles. Ces vaisseaux sanguins ressemblent à ceux qui sillonnent les bourgeons charnus, saignant aux moindres contacts et n'offrant aucune résistance.

Qu'un de ces vaisseaux plus volumineux que ses voisins vienne à se rompre, il en résultera un épanchement de sang considérable et rapide comme cela s'est très certainement produit chez notre malade. J'ajoute même que la tunique vaginale distendue a dû céder en un point, ramollie qu'elle était par un travail inflammatoire, et qu'alors le sang s'est répandu dans le tissu cellulaire.

Aussi, Messieurs, concluerons-nous qu'il existait



une vaginalite chronique avec fausses membranes et capillaires friables et qu'à un moment donné ces capillaires ont donné du sang. Aujourd'hui, le tissu conjonctif, grâce à un travail de résorption est libre, la tunique vaginale seule reste pleine de sang. Mais ce travail de résorption se poursuivra-t-il ? Je n'hésiterais pas à affirmer qu'il pourrait en être ainsi, si le sang se trouvait en contact avec une séreuse saine dans la plus grande partie de son étendue. Or, nous sommes loin de cet état d'intégrité. Avant même que l'épanchement se fut produit, la séreuse était altérée par place et, quand le sang a fait irruption dans la cavité, il a rencontré des surfaces de texture inégale.

A la rigueur, il pourrait, absorbé par les parties restées saines, disparaître peu à peu ; mais je ne puis croire à ce trop beau résultat ; je pense plutôt que la présence du sang aura donné à l'inflammation chronique préexistente une nouvelle poussée dont le résultat serait la disparition des fonctions physiologiques de la séreuse sur le point où la surface était encore intacte ; je crois encore que le sang, peu à peu, subira les modifications signalées par Hunter. Aujourd'hui, physiologistes et chirurgiens sont à peu près d'accord pour admettre l'organisation du sang épanché. La fibrine, déposée sur les parois de la séreuse, en augmentera l'épaisseur et la vascularité, au point de détruire absolument ses fonctions normales et d'en faire une tumeur kystique contenant,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

dans une enveloppe commune, liquide et caillots altérés.

Vous comprenez, Messieurs, que de pareilles lésions font réfléchir aux moyens d'y porter un remède efficace.

Tout praticien qui se contenterait d'évacuer l'épanchement éprouverait de graves mécomptes suivant la période à laquelle il opérerait. Dès le début, il pourrait sans doute vider la poche, mais plus tard quand le sang se trouve pris en masse ou bien lorsque déjà un commencement d'organisation s'est produit, qu'arriverait-il? Par le trocart, il ne s'écoulerait qu'une petite quantité de sang ou même il ne s'écoulerait rien.

En supposant qu'il obtint une évacuation complète, que ferait-il de cette vaste poche déjà bien plus malade qu'avant l'épanchement ! Ne laisserait-il pas en permanence une surface toujours prête à fournir de nouvelles quantités de sang? Et si la ponction restait sans résultat, n'aurait-il pas à craindre la suppuration ? Non, Messieurs, l'hésitation n'est pas permise en présence d'un cas comme celui que nous venons d'étudier. Il faut une opération radicale : l'incision et la décortication. Vous connaissez tous cette opération qui consiste à enlever d'abord liquide et caillots au moyen d'un large débridement qui met à ciel ouvert toute la cavité, ensuite à décoller les fausses membranes et la séreuse elle-même qui, devenue malade,



ne se laisse guère séparer des productions inflammatoires qui la recouvrent. On arrive ainsi sur le testicule qu'on respecte s'il est en bon état, qu'on peut enlever s'il est malade et trop entouré de néoformations adhérentes. C'est la seule opération que vous deviez pratiquer dans l'hématocèle confirmée, je ne dis pas dans l'hydro-hématocèle encore justifiable des moyens plus simples, mais dans l'hématocèle avec épaississement et membranes. Je vous engage à suivre avec attention le malade dont je vous ai entretenu aujourd'hui et qui sera jeudi prochain opéré devant vous. Son histoire passée dans vos esprits restera comme une règle précise que désormais vous suivrez sans faiblesse toutes les fois qu'un malade atteint d'hématocèle de la tunique vaginale viendra réclamer les secours de notre art.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

TRENTIÈME LEÇON

## Hématocèle de la tunique vaginale

(*Suite*)

Sujet atteint d'une tumeur ancienne du scrotum.
Accroissement rapide pris par cette tumeur à un moment donné.
Diagnostic de cette lésion : hématocèle. — Quelle a été la cause de l'épanchement de sang ?
Etait-il prudent de s'assurer de la présence du sang par une ponction?

MESSIEURS,

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'un malade que nous avons ensemble examiné plusieurs fois depuis son entrée dans le service, et que vous pourrez revoir encore au nº 22 de la salle 17. Il s'est présenté à nous pour une tumeur du testicule droit, qui depuis trois années a pris peu à peu un développement considérable.

Avant d'aborder l'étude de ce cas intéressant à plus d'un titre. je veux vous rappeler brièvement son histoire.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Notre malade a quarante-sept ans ; il exerce la profession de terrassier et travaille souvent à recurer des fossés. Le début de son mal remonte à trois années. Sans cause appréciable, il vit son testicule droit augmenter progressivement de volume, sans douleur et sans que la peau prit une coloration spéciale. La surface de la glande restait unie et avait sa consistance normale.

A mesure que le volume augmentait, le malade éprouvait un peu de gêne, quelquefois des douleurs vagues dans le cordon et les lombes, mais ces divers signes subjectifs étaient assez peu accusés pour qu'il continuât son travail sans s'inquiéter davantage. Cet homme nous raconte cependant que, vers le milieu de novembre, après un travail plus pénible, il constata un soir, qu'en un point de la grosseur, la peau se trouvait soulevée par une sorte de nappe liquide fuyant sous le doigt, accompagnée de rougeur et d'un peu de douleur. Cet accident parut accélérer la marche de l'affection dans les jours qui suivirent, puis tout rentra dans l'ordre et la tumeur aujourd'hui présente le volume qu'elle semble avoir acquis à cette époque.

Quand nous l'examinons, que voyons-nous tout d'abord ?

C'est une tumeur scrotale allongée, ovoïde, plutôt en forme de poire, à petite extrémité supérieure, légèrement étranglée vers son milieu ; elle remplit tout le scrotum et s'arrête vers l'anneau inguinal : le testicule



gauche est appliqué sur son côté gauche. Elle mesure en longueur 22 cent. et présente 13 cent. à peu près de diamètre dans sa partie la plus volumineuse.

Etudions cette tumeur en faisant porter nos recherches sur les diverses couches qui la constituent.

La peau est uniformément distendue, de couleur normale; bien que partout amincie elle a conservé sa laxité. C'est vous dire que le tissu cellulaire est libre et que les téguments glissent sans difficulté sur les couches profondes. Sous cette peau, on voit se dessiner des veines volumineuses qui forment un réseau, indiquant à coup sûr une certaine gêne de la circulation dans les parties intimes de la région.

Quand vous touchez la masse, vous la trouvez molle à la partie inférieure, dure à la partie moyenne, molle de nouveau à son sommet, mais moins que vers la base. Partout vos doigts rencontrent une fluctuation facile qui ne laisse aucun doute sur la présence d'un liquide : cependant, s'il vous est aisé de trouver cette fluctuation lorsque vous voulez l'apprécier en masse, il vous est beaucoup moins facile ou même impossible de la vérifier quand vous explorez certains points plus limités : il existe des points durs disséminés en arrière où les doigts ressentent de la dureté dans les tissus superficiels.

Abandonnez maintenant la masse de la tumeur pour interroger les points qui peuvent vous édifier peut-être sur sa nature spéciale : le cordon et la fosse iliaque.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Messieurs, le cordon est absolument sain, point de nodosités, pas d'infiltration à son niveau. La fosse iliaque est complètement libre : en déprimant les parois abdominales, on ne rencontre aucun ganglion révélateur d'une altération maligne du testicule et de la vaginale.

Cette double exploration des régions directement liées au testicule, éloignent, vous le voyez tout d'abord, notre esprit du diagnostic de tumeur du testicule, et l'examen de l'état général vient enfin nous confirmer dans cette manière de voir : notre malade est bien portant, il est encore vigoureux, et si ce n'était un ulcère calleux de la jambe gauche qui l'empêche de marcher facilement, il ne serait peut-être pas encore venu à l'hôpital Saint-André réclamer le secours de la chirurgie. Bien entendu, Messieurs, je laisserai de côté, par la suite, l'ulcère de jambe, qui n'a rien de commun avec l'affection scrotale sur laquelle je veux m'expliquer longuement devant vous.

Une première question s'impose : quelle est la nature de cette tumeur?

Il est certain que le développement lent, progressif, la fluctuation plaident en faveur d'une tumeur liquide. Mais quel serait ce liquide? Assurément, si nous nous en tenions à la marche, à l'absence de douleurs, sans pénétrer plus intimement la structure, nous pourrions croire qu'il s'agit d'une hydrocèle. La transparence doit nous dire quelle est la composition de ce liquide.



Or, quel que soit le point sur lequel nous appuyons le stéthoscope, tandis qu'un aide maintient de l'autre côté la flamme d'une bougie, nous ne voyons jamais le point lumineux indiquant la présence d'un liquide clair facilement traversé par la lumière. Il ne s'agit donc pas d'une hydrocèle.

Nous avons, au début de cette leçon, rappelé qu'à certain jour le malade avait vu de l'inflammation survenir, et que cette inflammation avait été le signal d'un accroissement presque subit : y a-t-il là une raison suffisante pour croire à l'existence d'une collection purulente? Non, Messieurs, en laissant de côté toute idée rappelant de loin ou de près l'abcès froid lentement développé, la collection purulente venue d'une région voisine, je me hâte de repousser également très vite le diagnostic d'épanchement purulent intra-vaginal, que ne pourraient expliquer les légers symptômes inflammatoires signalés par le malade.

Il n'y a pas de sérosité, il n'y a pas de pus; quel sera donc le liquide épanché? C'est du sang, et je crois que nous sommes encore en présence de cette affection connue sous le nom d'hématocèle de la tunique vaginale.

La discussion des causes qui ont pu amener cette hématocèle, et par conséquent le diagnostic de sa nature même s'imposerait de prime abord, si une autre question ne se présentait elle aussi et ne deman-



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

dait une solution. Je vous ai parlé du peu de probabilité qui existait en faveur d'une tumeur du testicule : c'est vrai ; mais, me demanderez-vous, ne pourriez-vous pas avoir affaire à une tumeur ramollie ou à l'un de ces néoplasmes qui contiennent des cavités remplies de liquide et même de sang en nature?

L'objection est juste et je veux y répondre. Songez, Messieurs, que la fluctuation n'est jamais aussi nette dans l'encéphaloïde ramolli; songez encore que le ramollissement, lorsqu'il se produit, n'est pas aussi régulier, aussi uniformément étendu. Certes, un encéphaloïde arrivé à ce point de ramollissement et de développement aurait déjà intéressé la peau et vous savez qu'elle est absolument saine. Vous aurez donc raison de conclure avec moi qu'il ne s'agit pas d'un encéphaloïde, surtout si vous vous souvenez que le cordon et la fosse iliaque sont indemnes, et que l'état général est excellent.

Tout ceci s'applique également au sarcome, et notre malade a du reste dépassé l'âge ou le sarcome se développe le plus habituellement. Je fais rentrer dans le même cas la maladie kystique, dont la période de développement est également passée, et qui n'a dans son processus et ses symptômes rien de commun avec cette tumeur à forme si nette, à début si tardif, que nous étudions aujourd'hui.

Passons enfin sur le tubercule testiculaire et le testicule syphilitique que je signale uniquement pour



vous rappeler que, dans bien des cas, le diagnostic, pour les affections testiculaires, doit être minutieusement discuté si l'on veut éviter l'erreur, souvent très facile.

Etant admis que nous sommes en présence d'une tumeur liquide à contenu sanguin, nous avions un moyen bien simple de confirmer notre diagnostic : la *ponction exploratrice*. Mais c'est précisément à cause de cette pensée que j'ai nettement formulée devant vous, qu'il s'agissait d'une hématocèle, que j'ai repoussé la ponction exploratrice. Que se passe-t-il en effet dans le cas où la ponction rencontre un épanchement de sang? L'inflammation survient, tout le foyer suppure, des accidents locaux et généraux se développent, et la vie du malade peut être compromise : on développe inutilement des accidents inflammatoires graves.

Ceci me conduit à vous dire quelles sont les conditions de développement et l'anatomie pathologique de l'hématocèle.

Aujourd'hui on n'admet plus comme autrefois que la lésion initiale de l'hématocèle est l'épanchement de sang. Hunter, et bien des chirurgiens après lui, Velpeau, Boyer, avaient admis que l'origine était hématique, que, par conséquent, à l'épanchement de sang dans la vaginale, succédaient des phénomènes de vaginalite qui constituaient définitivement l'hématocèle. Cette opinion eut longtemps cours dans la

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

science : c'est en 1851 seulement, que M. Gosselin émit une autre hypothèse basée sur des expériences nombreuses. De ces expériences il résulterait, en effet, que sur des animaux on obtient difficilement l'épanchement de sang dans une vaginale saine, même après des froissements considérables. Qu'il s'agisse au contraire d'une tunique vaginale déjà malade, un épanchement sanguin pourra résulter d'un froissement même léger.

On doit admettre en effet que sous l'influence d'irritations locales réitérées, il se fait dans la séreuse un travail inflammatoire aboutissant à la formation de fausses membranes, que dans ces fausses membranes se développent bientôt des vaisseaux friables, susceptibles de se laisser distendre et de fournir à un moment donné une quantité plus ou moins considérable de sang. Si cela est, nous comprenons comment à une collection séreuse, il peut tout à coup s'ajouter une proportion notable de sang, d'où l'hydro-hématocèle, ou bien comment les vaisseaux peuvent, sans épanchement séreux préalable, déverser dans la tunique vaginale du sang pur.

Pour M. Gosselin, c'est donc la vaginalite qui est la cause principale de l'hématocèle.

Or, suivons le phénomène, et nous saisirons l'ensemble anatomo-pathologique. Le sang déversé dans la séreuse agit à son tour comme nouvelle cause d'irritation qui augmente le vaginalite, puis il s'organise



plus ou moins, et ajoute par cette organisation à l'épaississement des parties. C'est, permettez-moi l'expression, un véritable cercle vicieux.

Sous l'influence des inflammations successives et réitérées, qui ne manquent pas d'accompagner chaque épanchement sanguin, se fait l'augmentation d'épaisseur des fausses membranes et c'est ainsi que s'explique la composition stratifiée des hématocèles dont les parois comprennent des couches successives de plus en plus colorées à mesure qu'on s'approche de la cavité, parois dont l'épaisseur peut varier entre 1, 2 cent. ou quelques millimètres seulement. Ces membranes, du reste, subissent le sort de tous les tissus d'aventure qui se modifient par la suite, dans des proportions variables : on voit quelquefois des dépôts calcaires les envahir en masse et donner alors à la séreuse qui les contient, l'aspect d'une poche à parois résistantes qui ne peuvent plus revenir sur elles-mêmes.

Enfin, au centre de la tumeur se trouve du sang à un degré variable d'altération : il rappelle le café, le sirop de raffinerie, le sirop de groseille, le chocolat. Ces diverses colorations ont été maintes fois constatées.

Si j'ai un instant insisté sur ces faits d'anatomie pathologique, Messieurs, et surtout si j'ai cherché à mettre en relief deux faits principaux : l'épaississement des parois et l'impossibilité où se trouverait désormais une séreuse épaissie de revenir sur elle-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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.

## 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.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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.

## 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.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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 accusées; 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 facheux 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 les 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

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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 conclurez 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

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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 raisons 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.



Pour 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

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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. Malgaine 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

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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 thérapeutique.s

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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 thérapeutique.s

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

eu une bonne santé; réglée de bonne heure, à quinze ans, elle a eu trois enfants et depuis deux ans la ménopause est venue sans provoquer le moindre trouble.

Ses trois grossesses sont arrivées à terme ne présentant rien d'anormal, elle a nourri avec succès, mais le sein droit aurait à un moment donné, paraît-il, souffert d'un abcès qui a laissé sur la peau une cicatrice profonde dont les traces existent encore.

Vous ne retrouvez rien de plus dans ses antécédents personnels.

L'hérédité, qu'il faut toujours interroger dans l'histoire des tumeurs malignes, répond par des renseignements tout à fait négatifs, puisque le père de cette femme est mort jeune d'une maladie aiguë, et que sa mère a, elle aussi, succombé en pleine évolution d'une maladie typhoïde.

Cette tumeur, qui a déjà envahi la presque totalité du sein gauche, ne remonte pas à plus de trois ans et demi; mais si elle ne fût pas précédée d'accidents généraux, de troubles de la santé, et n'a pas été préparée par l'hérédité, vous devez vous souvenir qu'une circonstance bien digne d'être mentionnée, parut exercer une action décisive sur son apparition. La malade nous raconte, en effet, que deux mois auparavant, son mari, dans un accès de colère, lui donna un coup de pied sur le sein. Ce choc fut d'autant plus violent, que le pied était recouvert d'une



chaussure épaisse garnie de clous. Un gonflement considérable survint, une ecchymose étendue se montra presque aussitôt et la mamelle resta très sensible pendant un mois.

Les traces du traumatisme avaient à peine disparu depuis deux mois, qu'à la partie externe du sein se montrait une petite tumeur.

Je fixe d'autant plus volontiers votre attention sur ce point, Messieurs, que si la plupart des femmes atteintes de tumeurs du sein ne manquent pas d'invoquer à tort le traumatisme comme cause directe, immédiate de la maladie qui les atteint, il reste certain que dans plusieurs cas on ne peut l'écarter de l'étiologie. L'histoire de notre malade me paraît en être une preuve nouvelle.

Cette petite grosseur parue tout à coup sur la partie externe du sein, avait un volume qui ne dépassait pas un pois; elle était indolente, roulait sous la peau et n'était point fixée sur les parties profondes. Aussi, la malade qui ne souffrait pas, s'inquiéta fort peu quand elle en eut constaté la présence et l'oublia pour ainsi dire. Mais le mal faisait des progrès; progrès lents, sans douleurs. L'infiltration de la glande se produisait sans provoquer d'écoulement par le mamelon, sans amener la moindre réaction locale, sans provoquer un seul trouble dans la santé générale. Cette marche insidieuse nous explique comment cette malade a pu rester dans une sécurité absolue,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

et arriver au dernier terme d'une maladie aujourd'hui sans espoir de guérison.

Que voyez-vous, en effet? Vous avez été frappé, Messieurs, en examinant la poitrine, de la différence de volume, de la conformation présentée par les deux seins. A droite, la mamelle est flasque, pendante, molle, sans induration, assez volumineuse, bien mobile sur les parties profondes; on ne retrouve sur elle que les traces d'un abcès ancien que je vous ai déjà signalées. A gauche, au contraire, elle est plus petite, globuleuse, comme relevée et solidement fixée sur le thorax. Sa surfa e est irrégulière. La peau vers la périphérie est encore saine, blanche, souple, sans varicosités; mais à mesure qu'on l'examine, en se rapprochant du centre, on voit qu'elle perd sa souplesse et devient rugueuse. Elle offre, en effet, l'aspect d'un tissu rétracté, confondu avec les parties qu'elle recouvre, et sur trois points différents elle se déprime en forme d'ombilie. Le mamelon n'a plus son relief, il est aussi rétractée, entraîné en même temps que la peau, atrophié, de telle sorte que les doigts ont de la peine à le saisir et ne peuvent lui imprimer aucun mouvement.

Le palper fait bientôt découvrir d'autres caractères. Quand vous saisissez la glande à pleine main pour apprécier sa forme et sa consistance, vous sentez tout d'abord une induration qui s'écarte singulièrement de la conformation arrondie, régulière de la glande



mammaire. Cette induration a de toute part formé sur elle de nombreuses irrégularités, franchi ses limites pour s'étendre en tout sens et infiltrer le tissu graisseux qui l'environne. Vous ne pouvez point saisir des gros noyaux isolés, mous, ramollis; vous avez la sensation de trainées dures, ligneuses qui donnent à la masse du sein la consistance d'un tissu cicatriciel qui étreint la glande et une partie notable du tissu conjonctif.

Cette masse indurée n'est cependant pas immobilisée sur le thorax, vous pouvez lui imprimer encore des mouvements de glissements qui témoignent de la liberté des parties profondes et nous avertissent que l'aponévrose et le muscle pectoral n'ont pas été envahis. La tumeur a donc marché presque uniquement vers la peau, qui se trouve ainsi très adhérente autour du mamelon rétracté et un peu en dehors où déjà elle est infiltrée jusque dans son épaisseur, ce que prouvent suffisamment de petites élevures, de petites saillies qui lui donnent l'aspect *de la peau d'orange*.

Voilà, Messieurs, ce que présente l'état local, tels sont les signes physiques que fournit l'examen de la tumeur isolée. Qu'allez-vous maintenant découvrir, quand vous rechercherez la part que les régions voisines pourront avoir prise au développement de cette grave affection?

N'oubliez jamais d'examiner avec soin la région axillaire. C'est là que se trouve souvent la confirma-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

tion d'un diagnostic grave, un instant suspendu par des signes douteux : les ganglions lymphatiques par leur intumescence vous préviendront du danger.

Chez notre malade, l'aisselle est remplie de petits ganglions, dont les uns ne dépassent pas le volume d'un pois ou d'une cerise, dont les autres sont déjà gros comme une amande, et qui forment, de la paroi interne du creux axillaire à son sommet, une chaîne continue, dure, irrégulière. Ils vous conduisent ainsi vers la clavicule au-dessous de laquelle les muscles pectoraux sont légèrement soulevés : le creux sous-claviculaire effacé nous avertit que profondément la masse ganglionnaire est envahie; les doigts plongés profondément la retrouvent aussitôt.

Remontez encore : c'est la région sus-claviculaire qui n'a plus sa forme habituelle : elle est saillante ou moins déprimée que celle du côté opposé : on y retrouve avec les doigts des glandes nombreuses cachées derrière la clavicule et continuant ici la chaîne axillaire jusqu'au voisinage du sterno-mastoïdien où elle se perd.

Il n'est donc pas douteux que cette tumeur ait retenti sur le système lymphatique, qui de proche en proche s'est laissé envahir dans l'aisselle, sous la clavicule, dans le creux axillaire et jusqu'au centre de la région cervicale pour porter encore plus loin les germes du néoplasme.

Depuis quand ce retentissement sur les voies lymphatiques s'est-il produit? Nous ne le savons pas; les renseignements nous manquent : restez convaincus que l'infection générale a fait de rapides progrès et qu'elle est déjà arrivée à une certaine limite.



En effet, si vous portez plus loin vos investigations, si vous examiniez la santé générale de cette femme, vous voyez qu'elle a beaucoup maigri; son appétit décroît tous les jours; elle digère ses aliments, mais plus lentement et non sans quelques souffrances; la plupart des fonctions sont régulières, mais les forces s'en vont; l'exploration directe du foie, de l'estomac ne fournit aucun signe, mais certains troubles profonds nous avertissent que de graves complications se préparent.

En effet, tandis que l'examen des viscères reste sans résultat, nous retrouvons, du côté de la colonne vertébrale et probablement dans le médiastin, les indices certains de lésions avancées. La malade se plaint d'une douleur spontanée vers la partie moyenne de la région dorsale. Vous pouvez, sans provoquer la moindre douleur, appuyer fortement sur les vertèbres cervicales et les premières dorsales; mais quand vous arrivez vers le milieu de la colonne dorsale, au niveau de la septième ou huitième vertèbre, vous faites naître une douleur subite, que trahit aussitôt un brusque renversement du tronc en arrière.

J'ai demandé à cette malade si les douleurs qu'elle ressent en ce point restent toujours fixées, sans irra-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

dier sur les côtés dans la direction des espaces intercostaux : elle m'a répondu qu'elles s'étendaient mais ne provoquaient pas cette sensation de douleur en ceinture sur laquelle j'attirais son attention.

Il n'existe pas encore de rentissement douloureux sur les membres inférieurs, mais nous avons bien des raisons de croire qu'il n'en sera pas toujours ainsi.

Enfin, Messieurs, vous avez appris que, depuis deux mois, la malade est affligée d'une toux quinteuse, tenace, rappelant les accès de la coqueluche ; vous avez même assisté à l'une de ces quintes pénibles, et ceux d'entre vous qui suivent régulièrement mon service savent que le retour des accès est incessant et chaque fois suivi d'une expectoration muqueuse, claire, filante. Chose remarquable ! Quand on examine la poitrine pour trouver la cause de cette toux et de l'expectoration qui la suit sans cesse, on ne constate aucun signe de bronchite : il n'y a pas de râles muqueux, à peine saisit-on quelques gros ronchus très disséminés dans les bronches.

Evidemment, il n'y a aucune parité entre l'intensité de la toux et le peu d'importance des signes stéthoscopiques, et nous devons nous demander si, dans le médiastin, il n'y a pas déjà des ganglions infiltrés qui agissent par compression sur les nerfs pneumogastriques.

J'aurais d'autant plus de tendance à le croire, que la malade nous dit avoir déjà, bien avant son entrée



à l'hôpital, éprouvé une sorte de difficulté de la respiration qui ressemblait à du tirage, à du cornage, et nous rappelle bien une action portée vers les pneumogastriques.

Tels sont, Messieurs, les signes que l'examen clinique nous a fait constater. Nous sommes en présence d'une tumeur qui a succédé à un traumatisme et s'est répandue loin de son siège primitif, en suivant lentement la voie des lymphatiques. Quelle est sa nature? Quelle est son influence sur les parties voisines?

Quand vous êtes en présence d'une tumeur de sein, vous avez quelquefois à résoudre un problème difficile, et le diagnostic, loin de s'imposer, se trouve entouré des plus grandes difficultés. Ici, les choses sont plus simples, et il n'est pas nécessaire de discuter bien longtemps pour arriver à une solution.

Nous avons devant nous une tumeur qui, née subitement après une violence directement portée sur le sein, a gagné peu à peu toutes les parties voisines, a infecté les ganglions de l'aisselle et du cou, a été suivie en dernier lieu de troubles généraux. A ces caractères, vous ne pouvez méconnaître une tumeur maligne.

Je ne veux pas dire que tous les signes de la malignité se trouvent réunis dans ce cas : il en manque un certain nombre. Ainsi, la peau n'est pas partout adhérente comme elle l'est souvent dans des tumeurs ana-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

logues; on ne voit pas autour du sein ces varicosités nombreuses, si fréquentes dans les néoplasmes de mauvaise nature. Mais il est rare que tous les caractères d'une lésion se trouvent groupés, et les diverses tumeurs offrent chacune un ensemble de symptômes qui suffit pour affirmer le diagnostic.

C'est ainsi qu'un des traits caractéristiques, retrouvés aujourd'hui chez cette malade, est cette tendance à l'atrophie du sein, qui, chaque jour, se rétracte et diminue. Sa valeur est considérable, mais il faut encore étudier sous quelle forme se présente l'atrophie, et quelle marche elle a suivi jusqu'à ce jour, car elle ne se présente pas seulement dans le cas qui nous occupe.

Quelles sont, en effet, les tumeurs qui, à mesure qu'elles se développent, amènent quelquefois l'atrophie du sein? Il n'y en a que deux : le *fibrome diffus à forme scléreuse* et le *squirrhe*. Messieurs, s'agit-il ici d'un fibrome ?

En ne tenant même pas compte du retentissement sur l'état général de cette lésion du sein, en n'examinant que les caractères présentés par elle sur la région où elle s'est développée, il y a tous les éléments d'un diagnostic certain qui répondent à cette première question par la négative.

Le fibrome diffus est une maladie du jeune âge; il se développe toujours dans la période d'activité de la glande mammaire, soit après la grossesse ou l'allaitement, soit en dehors des deux, mais toujours chez des femmes jeunes.



Le fibrome diffus s'accompagne constamment d'une certaine tension des tissus, se rapprochant presque des phénomènes inflammatoires douloureux, au moins au début, présentant de la tuméfaction, une coloration presque rouge et de la réaction fébrile. Bien plus, on voit ces caractères congestifs envahir assez souvent les deux seins, et le résultat de cet excès de nutrition, tout à coup survenu, est en définitive une hypertrophie accentuée de la région malade.

Assurément, nous ne retrouvons ici rien qui nous rappelle cet état au début. Cette femme a vu son sein diminuer de volume sans que précédemment il se soit manifesté aucun travail hypertrophique.

Quand le fibrome diffus commence à diminuer, il peut sans doute rappeler le cancer. Le tissu conjonctif qui a proliféré va se rétracter, comme il le fait dans les cicatrices, il va prendre une organisation définitive comme il le fait dans la cirrhose hépatique où les éléments du lobule disparaissent peu à peu sous la pression qui les atrophient. Je n'insiste pas sur ces analogies : il suffit de les rappeler en peu de mots pour bien faire comprendre que le tissu glandulaire du sein est rapidement étouffé par l'organisation du tissu conjonctif, qui agit non seulement sur lui mais encore sur la peau qu'il fixe solidement, sur le mamelon qu'il attire et rétracte. Tous ces phénomènes

rappellent la marche du squirrhe du sein et l'examen de la peau, du mamelon, de la glande ne peuvent donner à cette période des renseignements précis pour le diagnostic différentiel des deux affections ; il faut nécessairement remonter aux antécédents qui diffèrent d'une façon complète dans l'un et l'autre cas.

Examinons en effet les détails de l'observation de notre malade ; ils ne sont point tels que vous les retrouveriez dans un fibrome diffus. Une tumeur petite et bien limitée s'est montrée dès le début et, quand elle a envahi les parties voisines, l'atrophie de toute la région a fait de rapides progrès. Rappelez-vous aussi que les ganglions axillaires, qui jamais ne subissent d'altérations dans le fibrome, sont devenus volumineux. Non seulement ils ont rempli l'aisselle, mais l'infiltration faisant toujours, loin du siège primitif, de rapides progrès, il s'en est montré d'autres sous la clavicule, dans le creux sus-claviculaire, comme si les limites de la généralisation ne devaient plus désormais connaître de limites.

Et en effet, Messieurs, ces limites n'existent pas. Du système lymphatique à l'infection des tissus de l'économie tout entière, il n'y a qu'un pas. En examinant la colonne vertébrale, vous avez constaté que les vertèbres étaient malades, que sur elle il y avait des points douloureux et que la douleur précise retrouvée sur les os s'étendait au loin en suivant le trajet des nerfs. Depuis les recherches de Léon Tripier, on sait



que la généralisation du cancer du sein gagne facilement les corps vertébraux : on a souvent constaté qu'alors même que rien ne fait pressentir un commencement de généralisation, on est souvent surpris de trouver sur ces os des signes de profondes lésions cancéreuses. Aussi faut-il ne jamais oublier de les examiner avec soin avant de conclure à l'intervention radicale : il vous arrivera plusieurs fois de rencontrer là une opposition formelle que tout d'abord vous n'auriez pas supposée après avoir avec soin étudié tous les détails offerts par la tumeur.

Ces altérations de la colonne vertébrale peuvent avoir de rapides et bien tristes conséquences quand elles s'affirment davantage : ce sont la compression de la moelle, l'irritation des meninges rachidiennes avec la perte du mouvement, ou la paraplégie douloureuse dont le caractère essentiel est d'offrir une diminution progressive du mouvement tandis que sur les nerfs périphériques naissent des phénomènes douloureux de la plus grande acuité.

Si notre malade n'est pas encore arrivée à ce degré extrême de la généralisation osseuse, en revanche elle présente d'autres désordres qui témoignent des progrès profonds du cancer. J'ai vu qu'elle était tourmentée par une toux quinteuse, spasmodique, incessante et j'ai aussitôt pensé que dans le médiastin il s'était développé des tumeurs ganglionnaires.

La succession de ces symptômes graves, leur mar-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

che lente et progressive, liée à l'existence de cet état local bien net dans son développement, l'ensemble enfin qu'offrent cet état local, ces désordres profonds de système ganglionnaire, du tissu osseux, sont plus qu'il n'en faut pour établir sans discussion le diagnostic de tumeur cancéreuse du sein et éloigner l'idée qu'il s'agit d'une autre tumeur, d'un néoplasme bénin.

Est-il besoin, Messieurs, d'aller plus loin et de rechercher à quelle forme de tumeur maligne nous avons affaire ?

Les particularités que je vous ai signalées dans l'examen de cette malade, nous permettent d'être très précis dans ce diagnostic de la variété du cancer.

Vous savez que l'encéphaloïde et le squirrhe sont les deux types de ces tumeurs malignes ; qu'à côté d'eux on décrit encore l'épithélioma glandulaire qui, développé dans les acini de la glande, franchit à un moment donné leurs parois pour s'infiltrer au loin dans les tissus voisins, de telle sorte que si le cancer et l'épithélioma se trouvent à la première période de leur apparition nettement séparés, ils se trouvent bientôt tout à fait confondus cliniquement et histologiquement.

Dans d'autres leçons, j'ai autrefois attiré votre attention sur ces faits, et vous ai fait saisir quelles divergences existent encore entre les anatomo-pathologistes. On s'est en effet attaché à démontrer que les tumeurs malignes du sein devaient avoir une origine précise



et, jusqu'à ce jour, nous n'avons retiré de leurs observations d'autres résultats, que des affirmations contraires. Les uns veulent que le cancer ait toujours son point de départ dans le tissu conjonctif, d'autres, dans l'épithélium glandulaire et M. Malassez, qui se rattache à cette dernière opinion, affirmerait que l'épithélioma confiné dans les acini pourrait, en franchissant les culs-de-sac, se répandre dans le tissu conjonctif.

Toujours est-il qu'en clinique vous verrez souvent des tumeurs rester longtemps stationnaires avec des apparences bénignes. On voit chez des femmes, jeunes encore, se former des néoplasmes irréguliers, lobulés, durs, indolents, qui ne progressent pas tout d'abord ; il semble qu'il existe chez elles de simples hypertrophies de la glande ; mais suivez ces malades : elles sont restées longtemps sans souffrir, les ganglions n'ont jamais présenté d'accroissement de volume, la tumeur n'a pas gagné les tissus autour d'elle ; mais voilà que cinq, six, huit ans plus tard, quelques douleurs lancinantes surviennent, que le sein augmente de volume, que les téguments perdent sur plusieurs points leur liberté et se trouvent fixés profondément, enfin, que des ganglions deviennent sensibles au toucher dans le creux de l'aisselle.

Assurément, de semblables tumeurs n'ont point changé de nature ; elles sont restées ce qu'elles étaient au début, mais nous croyons que, formées par une

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

prolifération épithéliale, tout d'abord maintenues dans les limites des parois acineuses, elles ont enfin dépassé ces parois et se sont répandues dans le tissu conjonctif qui, désormais, leur prête une voie facile pour faire de rapides progrès. C'est l'épithélioma glandulaire, c'est une forme de cancer du sein tout aussi redoutable que les autres variétés.

Ce n'est point ce qui s'est passé chez notre malade, dont le tissu présente au contraire tous les caractères du cancer primitif du tissu conjonctif.

La dureté de cette tumeur, sa forme irrégulière et sans limites précises se confondant avec tous les tissus voisins, appartiennent au squirrhe et non pas à l'encéphaloïde qui, vous le savez, est toujours plus volumineux, plus vasculaire, plus rouge et loin de se durcir, en attirant à lui les parties qui l'entourent, grossit chaque jour et se ramollit sur de nombreux points.

Mais vous n'avez pas oublié que le premier symptôme qui frappe l'attention dans le cas soumis à votre étude, est un état d'atrophie chaque jour plus accentué. Cela constitue le squirrhe atrophique, forme la plus atténuée du cancer. Le cancer, en effet, se trouve constitué par des éléments cellulaires réunis plus ou moins par groupes, au milieu d'une trame épaisse de tissu conjonctif hyperplasié. Plus les cellules ont dans la structure de la tumeur une part restreinte, plus la malignité se trouve atténuée. Il peut dans certains cas arriver que le tissu fibreux, prenant un trop grand développement, fasse disparaître l'élément cellulaire et arrête ainsi sur place le progrès du mal.



De ces considérations rapides résulte, Messieurs, qu'en présence du cancer atrophique, vous porterez un pronostic réservé sinon bénin, parce que vous savez que la marche pourra être fort lente ou beaucoup moins grave que dans les autres formes du cancer.

Voyez notre malade, elle vit depuis quatre ans sans souffrir, elle a pris l'habitude de ne plus considérer sa tumeur comme une lésion grave, elle n'a rien ressenti qui vint troubler sa santé générale, mais dans ces derniers temps, la malignité a reconquis tous ses droits, des ganglions ont paru et l'infection générale s'est peu à peu produite. Vous auriez hésité au début pour agir chirurgicalement et maintenant il est trop tard, vous avez la main liée par les progrès de la tumeur. Le cancer atrophique est celui qui ne réclame par d'urgence une opération, parce que la vie ne semble pas immédiatement compromise, mais souvent il peut en définitive se généraliser, s'étendre aussi et votre décision dans le choix d'un traitement sera alors soumise aux considérations basées sur les limites de l'envahissement.

Autant je suis partisan de l'opération quand elle peut dépasser absolument les limites du mal, autant je crois qu'il faut s'abstenir quand la tumeur a fait de



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

trop grands progrès. C'est une règle dont il ne faut pas s'éloigner sous peine de faire des opérations inutiles et dangereuses. Est-il juste de faire courir à une malade dont on sait les jours comptés, les chances d'une grave intervention ? Êtes-vous sûrs que le traumatisme opératoire ne sera pas fatal à un sujet déjà affaibli par une lésion sérieuse ? Messieurs, n'opérez jamais, si vous n'avez pas l'espoir d'amoindrir la souffrance et de prolonger la vie.

## TRENTE-TROISIÈME LEÇON.

### Epithélioma de la glande mammaire

Observation d'une malade de la salle 8 atteinte d'une tumeur du sein ayant présenté deux périodes distinctes dans son évolution. Au début, marche lente ; à un moment donné, accroissement rapide et tuméfaction des ganglions axillaires.

Diagnostic différentiel avec les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes du sein.

Quelle valeur faut-il attribuer à l'écoulement sero-sanguin du mamelon souvent observé dans les tumeurs du sein.

Quelques détails d'histologie à propos de l'épithélioma de la glande mammaire et des kystes observées dans son épaisseur.

Influence de la disposition des lymphatiques du sein sur la marche de cette tumeur. — Recherches du professeur Coÿne.

Conclusions pratiques fournies par l'anatomie pathologique.

Messieurs,

Dans ma précédente leçon, je vous disais que souvent vous observeriez des tumeurs du sein dont l'évolution, après avoir longtemps revêtu tous les caractères de la bénignité, présenteraient, à un moment donné, une tournure maligne. J'ajoutais que l'histologie du tissu morbide ne pouvait alors avoir changé, mais qu'il s'était seulement produit des modifications particulières portant sur la disposition des éléments et non pas leur nature.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

trop grands progrès. C'est une règle dont il ne faut pas s'éloigner sous peine de faire des opérations inutiles et dangereuses. Est-il juste de faire courir à une malade dont on sait les jours comptés, les chances d'une grave intervention ? Êtes-vous sûrs que le traumatisme opératoire ne sera pas fatal à un sujet déjà affaibli par une lésion sérieuse ? Messieurs, n'opérez jamais, si vous n'avez pas l'espoir d'amoindrir la souffrance et de prolonger la vie.

## TRENTE-TROISIÈME LEÇON.

### Epithélioma de la glande mammaire

Observation d'une malade de la salle 8 atteinte d'une tumeur du sein ayant présenté deux périodes distinctes dans son évolution. Au début, marche lente ; à un moment donné, accroissement rapide et tuméfaction des ganglions axillaires.

Diagnostic différentiel avec les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes du sein.

Quelle valeur faut-il attribuer à l'écoulement sero-sanguin du mamelon souvent observé dans les tumeurs du sein.

Quelques détails d'histologie à propos de l'épithélioma de la glande mammaire et des kystes observées dans son épaisseur.

Influence de la disposition des lymphatiques du sein sur la marche de cette tumeur. — Recherches du professeur Coÿne.

Conclusions pratiques fournies par l'anatomie pathologique.

Messieurs,

Dans ma précédente leçon, je vous disais que souvent vous observeriez des tumeurs du sein dont l'évolution, après avoir longtemps revêtu tous les caractères de la bénignité, présenteraient, à un moment donné, une tournure maligne. J'ajoutais que l'histologie du tissu morbide ne pouvait alors avoir changé, mais qu'il s'était seulement produit des modifications particulières portant sur la disposition des éléments et non pas leur nature.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La malade, que nous avons aujourd'hui longuement interrogée et examinée à la salle 7, est un exemple saisissant de cette forme de tumeurs. Elle a quarante-trois ans ; réglée à dix-sept ans, elle n'a jamais eu le moindre trouble du côté de l'appareil utérin, n'a pas eu de grossesse et chez elle la ménopause n'est pas arrivée.

Les antécédents personnels n'offrent rien de spécial; mais nous avons appris que son père était mort d'une affection hémorrhoïdaire suspecte dont il est sage de tenir le plus grand compte dans son histoire pathologique. Il était âgé quand il devint malade, avait de fréquentes pertes de sang par le rectum, était tourmenté par des constipations opiniâtres ou des diarrhées subites, souffrait beaucoup, et après de longs mois de douleurs aiguës et incessantes, mourut dans la cachexie. N'est-ce pas là tous les signes d'un cancer du rectum, et si l'héridité joue un rôle important dans l'étiologie du cancer, n'a-t-elle pas aussi la plus grande influence sur l'épithélioma?

Il y a cinq ans, cette malade a reçu, parait-il, un coup sur la région mammaire droite. Renseignement de peu d'importance, car il n'y eut après ce traumatisme ni gonflement, ni ecchymose.

Quoiqu'il en soit, peu de temps après, une tumeur petite, grosse comme l'extrémité du doigt, mobile sous la peau, sans douleurs, parut à la partie supérieure et interne de la glande mammaire. Elle ne



resta pas stationnaire, elle s'accrut sans amener autour d'elle la moindre réaction, mais fit des progrès si lents, qu'après quatre ans elle ne dépassait pas le volume d'un œuf.

Dès le début, il s'écoula du sang par le mamelon pendant deux jours, et pendant ce court espace de temps les linges étaient constamment souillés de petites taches rouges, ce qui ne nous permet pas de conserver de doutes sur la nature de l'écoulement, qui certainement s'était produit par les canaux galactophores.

Développement lent, indolence absolue, légère hémorrhagie de la glande : tels sont les principaux signes retrouvés dans cette longue période de quatre ans.

Il y a six mois, la malade fit une chute, reçut encore sur le sein une contusion légère et dès lors la tumeur augmenta rapidement; au bout de six mois elle avait le volume du poing.

Aussi présente-t-elle aujourd'hui des caractères dont il serait difficile de ne pas reconnaître la signification véritable. Sur elle, la peau est pigmentée, comme marbrée, mais sans vascularisation exagérée ; elle ne glisse plus sur la tumeur qui paraît l'avoir envahie.

Celle-ci n'est point régulière à sa surface, mais hérissée de bosselures dont plusieurs sont grosses comme des noix et donnent aux doigts explorateurs une sensation nette de fluctuation.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Notez bien que cette fluctuation ne coïncide pas avec des symptômes inflammatoires : vous savez que jamais il n'y a eu de réaction dans la partie malade. Par conséquent, il n'y a pas de pus, et c'est un autre liquide qui se trouve ainsi collecté sur divers points.

Dans son ensemble, cette tumeur n'a point une consistance uniforme : dure et résistante, sans élasticité profondément, elle est molle en d'autres parties, surtout à la surface où les doigts rencontrent des lobes multiples.

La peau sur une large surface est adhérente, tandis qu'il n'existe aucun lien solide entre les parties profondes et la tumeur qui glisse facilement sur elles. Elle fait corps avec la glande mammaire : ses rapports avec elle sont tellement intimes, il existe une telle liaison entre elles que vos doigts ne peuvent les mobiliser l'une sur l'autre.

La région axillaire est déjà envahie. Le palper y fait découvrir des ganglions lymphatiques les uns gros comme une amande ou une noisette, les autres plus petits mais très nombreux disséminés dans le tissu graisseux,

Au-dessus de l'aisselle, il n'y a rien ; ni le creux sous-claviculaire, ni la région sus-claviculaire ne paraissent contenir de ganglions indurés : tout semble s'être arrêté dans l'aisselle pour le moment.

Jusqu'à présent la santé de cette femme n'a pas souffert : elle mange avec appétit, dort d'un bon



sommeil, et ses forces ne sont pas amoindries. La glande mammaire et ses premières dépendances, l'aisselle, seules sont malades. Notez, pour être précis sur l'état général, que la douleur n'est pas encore intervenue pour troubler le repos de la malade.

Pouvons-nous, Messieurs, avec ces éléments, faire le diagnostic clinique et histologique?

Je vous ferai d'abord remarquer que nous devons exclure le diagnostic de tumeur primitivement maligne, c'est-à-dire le squirrhe et l'encéphaloïde.

Le squirrhe ne saurait exister, quand il s'agit d'une tumeur dont la consistance n'est pas uniformément dure, ligneuse et dont la surface présente des bosselures multiples dont plusieurs nous offrent des caractères évidents de ramollissement ou de fluctuation.

Il suffit encore de voir certaines parties de la glande conserver leur caractère normaux, pour éloigner cette pensée. Il suffit de constater l'état du mamelon encore normal, saillant, que vos doigts peuvent détacher des parties sous-jacentes pour être sûr qu'il ne s'agit pas d'un squirrhe. Dans une leçon précédente, j'ai beaucoup insisté sur l'effacement, l'induration du mamelon comme signe de la plus grande importance dans la symptomatologie du cancer dur, du squirrhe atrophique surtout.

Chez notre malade, aucun de ces signes n'est retrouvé.

Je sais bien maintenant que, plusieurs points méri-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

tent d'être sérieusement examinés, si l'on ne veut pas confondre cette tumeur avec un encéphaloïde : il existe des bosselures fluctuantes et dans une certaine étendue, le néoplasme est mou, comme il le serait dans cette dernière variété. Mais quelles différences existent d'autre part !

L'encéphaloïde est de toutes les formes de cancer la plus maligne ; il se développe avec une effrayante rapidité quelquefois et jamais il ne resterait cinq ans avant d'envahir la région toute entière et de produire sur place ou dans l'économie les plus graves désordres. En effet, non seulement, il marche avec une extrême rapidité, mais il développe autour de lui des vaisseaux qui donnent à la région un aspect spécial, il produit et détermine des intumescences ganglionnaires multiples. Cette activité croissante s'accompagne toujours de douleurs souvent excessives, et de poussées subites qui tout à coup changent l'aspect, la forme et la consistance du néoplasme, avertissent que, grâce à la multiplication et à la dilatation des vaisseaux, il s'est formé des hémorrhagies, des épanchements de sang, origine certaine de ces kystes hématiques que l'anatomie pathologique nous fait connaître.

Enfin, Messieurs, cette marche envahissante, qui de la tumeur s'avance sur le système lymphatique et le gagne de proche en proche, amène l'infection de l'économie et bientôt la mort. C'est la généralisation



rapide que la clinique vous montre si souvent avec son aspect de cachexie profonde.

Aussi, Messieurs, ne retrouvez-vous ici rien qui vous rappelle un carcinome, bien que depuis quelque temps cette tumeur ait revêtu certains caractères de malignité.

A quelle variété avez-vous donc affaire ?

Ces kystes, que l'exploration vous a fait découvrir, sont-ils des kystes simples ?

Dans la mamelle, les kystes simples sont rares ; quand ils se développent, ils s'accroissent lentement et peuvent acquérir un volume souvent considérable.

De plus, ils se détachent au milieu des tissus comme des collections isolées et, quand on les explore, on ne retrouve autour d'eux rien qui rappelle une tumeur complexe.

Loin de là, la tumeur que nous étudions, les kystes si vous le voulez, reposent sur une base indurée, sur des parties solides évidemment liées à la glande, mais de formation nouvelle et suffisamment considérables, pour que dans votre diagnostic elles occupent une place importante. Il n'y a donc pas à proprement parler de kystes, mais des collections liquides surajoutées au néoplasme. Considérez donc cette tumeur et dites-vous que le fibrome, le sarcome ou l'épithélioma seuls peuvent expliquer la formation de ces cavités accidentelles qui, souvent, compliquent leur structure. Je mets de côté le mixome et l'enchondrome

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

dont les caractères sont tout à fait différents et ne sauraient être confondus avec le cas qui nous occupe.

Examinons successivement si ces trois variétés pourraient à la rigueur réunir des signes capables de donner la certitude.

Le fibrome s'exclut pour bien des raisons. L'âge de notre malade est un premier motif de cette exclusion : elle a quarante-trois ans, et sa tumeur a paru vers l'âge de trente-huit ou trente-neuf ans. Or, le fibrome n'attend pas cette période de la vie, il vient surtout de vingt à vingt-cinq ans. Ordinairement, il apparait à la partie externe de la glande; ici, il est né dans un point diamétralement opposé. Le fibrome se développe ensuite dans le tissu conjonctif, par conséquent dans le voisinage de la glande, mais non pas dans son tissu, il glisse sur elle et l'on peut toujours par un examen attentif le séparer d'elle et trouver une ligne de démarcation nette qui permet d'affirmer le contact et de nier une intime connexion de tissu.

Prêterez-vous dès lors une grande attention à la seule ressemblance qui puisse être retrouvée entre le fibrome et la tumeur que vous avez examinée; je veux parler des kystes. Sans doute, ils existent aussi dans le fibrome, mais que sont-ils en présence de tous ces caractères différentiels qui imposent le diagnostic, en présence de ce développement lent, de cette marche insensible du fibrome qui, après de



longues années, peut acquérir un certain volume, mais jamais n'aboutit à l'engorgement ganglionnaire.

Le sarcome offre peut-être de plus grandes difficultés. Le sarcome et l'épithélioma apparaissent à la même époque de la vie; tous les deux marchent avec lenteur, puis atteignent une deuxième période où tout à coup ils marchent plus vite.

Ces deux tumeurs encore contiennent des productions kystiques. Mais quand on examine les choses de plus près, qu'on compare un à un les signes qui paraissent les confondre, on arrive bien vite à grouper un faisceau de preuves qui rendent le diagnostic différentiel certain.

Le sarcôme est une production du tissu conjonctif, il constitue par conséquent une tumeur longtemps indépendante de la glande mammaire. A sa surface se montrent des bosselures, des kystes qui prennent quelquefois des proportions considérables. Mais ces kystes se forment lentement, jamais d'une façon brusque comme dans l'épithélioma, et leur volume même, qui atteindra dans quelques circonstances des dimensions énormes, ne saurait être confondu avec celui des collections liquides que vous retrouvez dans l'épithélioma.

Si l'épithélioma s'accompagne d'une vascularisation médiocre, le sarcome en revanche se recouvre de vénosités considérables qui en tous sens sillonnent la peau, et dans sa marche, il reste longtemps

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

indépendant des téguments soulevés par lui. La peau n'est pas envahie, infiltrée, elle se laisse seulement distendre et amincir. Cette distension amène sur elle par pression, des troubles nutritifs qui peu à peu l'ulcèrent dans les points les plus amincis sans qu'on puisse jamais dire qu'elle ait subi comme dans les autres tumeurs malignes un envahissement, une infiltration véritable que vous voyez ici. Sur cette mamelle, la peau est immobilisée, fixée par la tumeur et vous prévoyez que l'ulcération prochaine aura tous les caractères de la plaie cancéreuse qui ne ressemble en rien à l'usure produite par une action mécanique.

Un dernier trait achève votre conviction. Tandis, en effet, que le sarcome n'atteint pas les ganglions, ou les atteint exceptionnellement très tard, vous voyez une tumeur qui, rapidement, les a gagnés et qui vous offre ce double caractère d'avoir, en peu de temps, étendu ses ravages sur les téguments et les voies lymphatiques, puisque déjà l'aisselle est remplie de ganglions indurés.

Par élimination, nous arrivons à l'épithélioma, à l'épithélioma glandulaire.

C'est qu'en effet, Messieurs, l'épithélioma, dans son évolution, traverse deux périodes, l'une que je dirai de bénignité et l'autre de malignité. Toutes deux sont très distinctes, cliniquement et même histologiquement.



L'épithélioma, quand vous le suivez anatomiquement, présente un premier stade dans lequel les acini glandulaires sont remplis de proliférations épithéliales analogues à l'épithélium normal, comme l'a démontré M. Malasses.

Dans un deuxième stade, cet épithélium prolifère change de forme : c'est l'épithélioma de Malasses qui a encore respecté la membrane limitante des acini. Cette paroi est saine et résiste à la pression des masses proliférées. Aussi l'affection reste-t-elle circonscrite à la glande, et les ganglions lymphatiques sont-ils épargnés.

Il résulte des recherches de mon savant ami le professeur Coyne, dont le nom ne saurait être oublié quand il s'agit de cette grande question des néoplasmes de la région mammaire, que le réseau lymphatique, très riche, arrive au contact des acini de la glande, sans les pénétrer, mais qu'il les entoure et les revêt, pour ainsi dire, d'une enveloppe uniforme. Or, tant que la paroi des acini résiste, tant que la séparation entre leur cavité et le réseau lymphatique n'est pas rompue, il n'y a pas d'infection possible. Mais que la prolifération vienne à marcher, à faire de nouveaux progrès, cette paroi cède sur un point et les cellules proliférées s'épanchent au dehors, rencontrent les lacunes lymphatiques, et la voie est largement ouverte à la généralisation.

A ce moment, l'épithélioma va changer cliniquemen

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

d'aspect, il devient, par cette modification de texture, essentiellement malin, parce qu'il trouve devant lui une voie facile pour porter au loin ses éléments, et si vous n'avez pas des renseignements précis sur les débuts, sur les premiers phénomènes qui se sont produits, vous ne pouvez plus dire exactement si vous avez affaire à un épithélioma ou à un cacinome vrai. J'ajoute, Messieurs, que la distinction histologique vous est tout aussi difficile.

En rapprochant ces données anatomo-pathologiques de tout ce que l'histoire de notre malade nous apprend, je dois conclure que nous sommes en présence d'un épithélioma glandulaire dont la première période est déjà loin de nous et qui est arrivé à ce moment de son évolution où l'infection générale a déjà fait de sensibles progrès comme le prouvent et les altérations de la peau et l'intumescence accusée des ganglions axillaires.

Après avoir affirmé ce diagnostic, je veux revenir sur quelques particularités : l'écoulement sanguin du mamelon et les kystes que je vous ai signalés !

Cet écoulement séro-sanguin, vous le verrez dans beaucoup de tumeurs et vous ne pourrez, pour ce motif, lui accorder une grande importance : il n'en présente aucune et ne saurait vous mener, sans le secours d'autres signes, à un pronostic certain. Adolphe Richard le considérait comme appartenant uniquement aux tumeurs bénignes; mais il se retrouve



également dans les tumeurs malignes. Il est une preuve de la liberté des canaux galactophores, puisque c'est par eux qu'il se produit. Il indique que dans les acini glandulaires il y a des productions anormales, des végétations. Mais ces végétations se seront produites, ou bien dans les acini eux-mêmes, ou bien seront venues du dehors et auront simplement gagné leur cavité après avoir ulcéré les parois de dehors en dedans, de telle sorte que l'écoulement qui résulte de leur présence aura des origines diverses et pourra présenter des caractères d'abondance et de coloration tout à fait différents.

Il en est de même des kystes qu'on voit dans bien des tumeurs. Cependant ils sont plus fréquents dans le fibrome et dans le sarcome où ils peuvent prendre un développement beaucoup plus considérable que dans les autres variétés. Dans l'épithélioma, ils sont ordinairement petits.

Un mot sur leur formation. Ce sont des kystes par rétention. Une tumeur se produit soit dans les culs-de-sac, soit dans leur voisinage, au centre même du tissu conjonctif ambiant. Les éléments de cette tumeur accumulés dans ces deux points différents peuvent effacer la lumière des canaux d'excrétion et déterminer ainsi en amont de la compression qui s'est produite, une accumulation de produits liquides et solides comme l'a très bien démontré le professeur Coyne, et le kyste se développe.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

C'est le cas de notre malade, c'est ce que les recherches constantes d'anatomie pathologique que nous avons faites, après les opérations, dans notre laboratoire, nous ont toujours fait voir.

En terminant cette conférence, Messieurs, je reviens à la clinique et je m'occupe de la question principale qui doit dominer notre attention et diriger nos discussions au lit du malade. Le pronostic? Quel est-il? Il est fort différent de ce qu'il a été à un moment donné.

Quand, en effet, une semblable tumeur est bien circonscrite, quand elle est encore enfermée dans cette limite qu'établissent autour d'elle les parois des culs de sacs glandulaires, il ne s'agit cliniquement que d'une de ces productions relativement bénignes qu'une large extirpation détruit sur place et qui peuvent, après elle, être pour longtemps, et même pour toujours, sans influence sur la santé générale. Mais voyez à quel point l'horizon s'assombrit chez cette malade venue trop tard réclamer près de nous les secours de la chirurgie. Le tissu lymphatique est malade, l'infection générale est menaçante. Tout nous fait craindre qu'elle soit déjà trop avancée, et nous sommes avertis par expérience qu'une récidive est presque inévitable.

Cependant, resterons-nous inactifs et n'essaierons-nous pas d'arrêter le mal? Autant que permet d'en juger l'examen clinique, les limites de l'infection sont encore saisissables. Au delà de l'aisselle on ne trouve rien; la peau est largement compromise, je le veux



bien, mais profondément ne voyons-nous pas que la tumeur a respecté les aponévroses et les muscles sur lesquels elle est encore mobile? Je crois qu'il faut faire bénéficier cette malade d'une opération largement faite, d'une opération qui supprimera à la fois et la tumeur tout entière, c'est-à-dire la mamelle dans sa totalité et toutes les parties molles, graisse et ganglions que contient l'aisselle.

Si je vous ai dit autrefois que le chirurgien a, dans les tumeurs du sein, le devoir de s'abstenir quand le mal a fait de tels progrès qu'il n'espère pas les franchir, souvenez-vous qu'aujourd'hui je vous engage à agir sans faiblesse quand un examen clinique sérieux vous avertit qu'il reste encore une espérance.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

# TRENTE-QUATRIÈME LEÇON.

## Déchirure du périnée. — Perineorrhaphie.

Histoire et examen d'une malade de la salle 8, atteinte d'une déchirure étendue du périnée.

Description du procédé qui fût employé avec succès pour ce cas particulier : Préparation de la malade ; premier, deuxième et troisième temps. — Soins consécutifs.

Avantages présentés par l'affrontement de larges surfaces. — Avantages qui paraissent appartenir au procédé décrit.

Note sur le résultat de l'opération.

MESSIEURS,

Vous venez d'examiner à la salle 8 une jeune femme entrée récemment dans le service pour réclamer la guérison d'une infirmité des plus pénibles : il s'agit d'une large déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale. Agée de vingt-quatre ans, cette malade a eu deux accouchements : le premier, en décembre 1882, s'est terminé par une application de forceps et une déchirure incomplète ; le deuxième, en mai 1884, accompli spontanément mais très rapidement, trop rapidement, après une heure de travail, a complété dans de larges proportions la rupture du périnée commencée deux ans auparavant.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Aucune tentative de réunion ne fut faite après l'accouchement, et c'est regrettable, car l'application rigoureuse de la méthode antiseptique permet aujourd'hui de ne plus attendre l'échéance tant contestée de la période puerpérale pour intervenir avec succès. Les nombreuses observations consignées dans le récent mémoire de M. Doléris fournissent un appoint sérieux aux partisans convaincus de l'intervention immédiate, qui a le sérieux avantage d'empêcher ou tout au moins de diminuer le champ des inoculations infectieuses, de préserver la malade d'un long traitement, d'une infirmité fâcheuse et des préoccupations d'une opération secondaire.

Lorsque vous avez examiné notre jeune malade, vous avez pu constater, en écartant les grandes lèvres, que le périnée est complètement détruit, que le vagin et le rectum, mis en large communication, ne forment plus qu'un vaste cloaque à leur partie inférieure. La cloison recto-vaginale est divisée dans une étendue de quatre centimètres sur la ligne médiane. — Les bords écartés de cette déchirure donnent à la brèche l'aspect d'un triangle dont la base fictive ne mesure pas moins de trois centimètres. Sur ces bords, qui se confondent insensiblement à leur partie inférieure, avec les téguments des grandes lèvres et des plis rayonnés de l'anus, on distingue très nettement la muqueuse vaginale et la muqueuse rectale adossées et tranchant l'une sur l'autre par la coloration rose



de la première, rouge sombre de la deuxième. Il n'existe encore ni cystocèle, ni rectocèle; l'utérus n'est pas sensiblement abaissé; mais soyez bien convaincus que ces complications ne tarderaient pas à se produire si nous ne rendions pas aux organes de l'excavation pelvienne le point d'appui, le support périnéal qu'ils ont perdu. La perspective de ces accidents légitimerait donc une intervention, si déjà celle-ci n'était commandée par l'incontinence absolue des gaz et des matières fécales, tant solides que liquides. La division complète du sphincter anal, dont les fonctions se trouvent annihilées, vous explique suffisamment cette incontinence, qui constitue une infirmité dégoûtante et crée à cette jeune femme une existence intolérable.

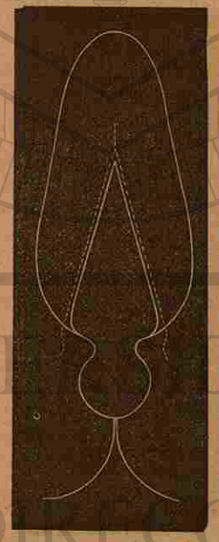
Je ne veux pas, Messieurs, vous retracer ici la longue listé des méthodes opératoires destinées à réparer les déchirures du périnée, les variétés innombrables de sutures, les formes et les directions infinies des incisions libératrices ou des lambeaux autoplastiques. Leur nombre témoigne évidemment des difficultés variées avec lesquelles les chirurgiens se sont trouvés aux prises, et chacun, peu satisfait sans doute des procédés employés par ses devanciers, cherchait toujours un moyen plus efficace. — Comme d'autres, j'ai subi cette influence, et, dans mes méditations sur la périnéorrhaphie, j'ai dès longtemps arrêté dans mon esprit les divers détails d'une opération que je

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

n'ai pas encore eu l'occasion d'appliquer, mais qui me semble *à priori* devoir répondre à toutes les indications.

Toute périnéorrhaphie se réduit en définitive à l'avivement et à l'affrontement des bords de la déchirure plus ou moins étendue du périnée. — Or, voici comment je me propose d'exécuter les divers temps de l'opération.

*Préparation.* — La malade prendra, la veille, quinze grammes d'huile de ricin et le matin même un lavement émollient, de façon à bien vider l'intestin et le préparer à une constipation de quatre ou cinq jours, qui sera entretenue par l'administration quotidienne de dix centigrammes d'extrait d'opium. Au moment de l'opération, le vagin et tout le champ opératoire seront largement désinfectés avec l'eau phéniquée à 5% et la malade, placée dans la position du spéculum, sera anesthésiée par le chloroforme.



Premier temps. — *Incision, direction, limite.* — Un spéculum de Bozeman soulevant la paroi antérieure du vagin, il faudra tendre avec une pince la lèvre gauche de la déchirure recto-vaginale; faire tout le long de ce bord sur la muqueuse vaginale et à un millimètre de la ligne de

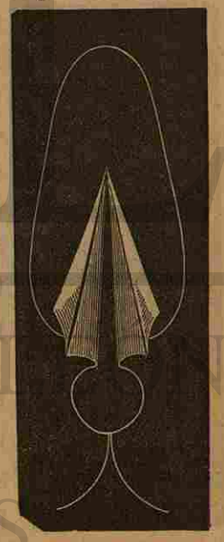


jonction avec la muqueuse rectale une incision étendue du sommet du triangle jusqu'à sa base fictive, c'est-à-dire jusqu'au milieu de l'espace qui sépare la grande lèvre des plis rayonnés de l'anus. Cette incision pourra, à la rigueur, être prolongée verticalement en haut, au-dessus du sommet du triangle, si c'est nécessaire, pour faciliter la dissection et l'affrontement.

Dans tous les cas, elle ne dépassera pas en profondeur l'épaisseur de la muqueuse vaginale.

La même manœuvre sera répétée sur le côté droit.

Deuxième temps. — *Dédoublement de la cloison.* — La muqueuse vaginale, saisie avec une pince à dents de souris, sera séparée à l'aide du bistouri de la muqueuse rectale dans toute la hauteur de l'incision tracée; la cloison recto-vaginale et les téguments compris entre la partie inférieure de la grande lèvre et les plis rayonnés de l'anus seront dédoublés, à droite et à gauche, dans une largeur de un centimètre, de telle sorte que, lorsqu'on fera l'affrontement, les surfaces cruentées se toucheront dans une étendue de deux centimètres, un centimètre du côté du rectum, un centimètre du côté du vagin, comme on peut le voir dans la schéma qui vous est présenté.

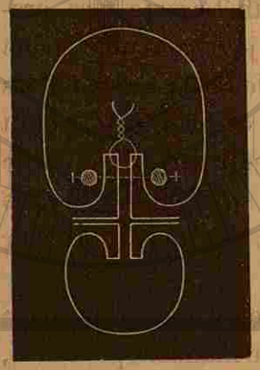


Ce même schéma fait comprendre aussi le mode

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

d'affrontement des lambeaux formant une double crête saillante, l'une du côté du vagin, l'autre du côté du rectum, cette dernière présentant dans son point le plus culminant une surface de deux millimètres, non avivée et constituée par la portion de muqueuse vaginale laissée adhérente à la muqueuse rectale sur toute l'étendue du bord cicatriciel qui formait les limites de la déchirure périnéale.

Troisième temps. — *Suture.* — Un double plan de sutures est nécessaire. La suture profonde est enchevillée. Avec un chasse-fil de Mathieu, armé d'une aiguille coudée latéralement et chargée d'un fil d'argent recuit, je pénètre dans la cloison recto-vaginale à un centimètre en dehors de la base du lambeau vaginal, je chemine dans l'épaisseur de la cloison en ayant bien soin de ne pas toucher à la muqueuse rectale; l'aiguille sort vers la partie moyenne de la surface cruentée et traverse en sens inverse le lambeau du côté opposé. Les points de suture sont espacés de sept à huit millimètres.



L'extrémité de chaque fil est alors reprise avec une aiguille à suture ordinaire et traverse les parois d'une sonde en caoutchouc n° 18 sur laquelle on la fixe à l'aide d'un tourillon.



Une sonde accolée à la base de chaque lambeau vaginal, reçoit ainsi tous les fils d'un même côté et, les rendant solidaires, augmente la résistance de la suture.

La réunion est complétée par une suture superficielle à points passés, exécutée soit avec des crins, soit avec de minces fils d'argent.

L'opération terminée, de larges lavages phéniqués seront exécutés, la ligne de réunion sera saupoudrée d'iodoforme, une éponge phéniquée sera maintenue contre la vulve et la malade sera placée dans son lit, les cuisses à demi fléchies. Le cathétérisme sera pratiqué régulièrement trois fois par jour, afin que l'urine ne vienne pas souiller la surface de la plaie; en dehors de cette indication spéciale, le cathétérisme serait d'ailleurs commandé par la rétention d'urine qui ne manquerait probablement pas de se produire, comme il arrive à la suite de la plupart des opérations sur les organes génito-urinaires.

Laissez-moi, maintenant, Messieurs, reprendre chacun des principaux détails de ce manuel opératoire, pour en faire ressortir l'intérêt et mettre en relief les avantages importants qui me semblent devoir résulter de leur application.

Remarquez d'abord la vaste surface d'affrontement ménagée par la confection des lambeaux. Déjà, en 1862, Verneuil avait, à ce point de vue, réalisé un immense progrès, en appliquant à la périnéorrhaphie

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

le mode opératoire employé par les chirurgiens américains pour la cure des fistules vésico-vaginales. En pratiquant un avivement d'un centimètre, portant exclusivement sur la muqueuse vaginale, en rapprochant ainsi, non plus de simples bords avivés, mais de larges surfaces, en dirigeant enfin ses sutures de manière à ne pas intéresser la muqueuse rectale, Verneuil obtint d'emblée un succès complet. Cependant son procédé me semble passible d'une objection sérieuse. Si la suture échoue, il y aura une perte de substance sur la muqueuse vaginale et plus tard un tissu indulaire qui se prêtera mal à une deuxième tentative de restauration. J'éviterai cet inconvénient en pratiquant le dédoublement de la cloison, c'est-à-dire en appliquant à la périnéorrhaphie un détail technique, généralement connu dans l'histoire des fistules vésico-vaginales sous le nom de procédé de Duboué (de Pau), bien qu'il eut été employé par Collis (de Dublin) et même indiqué par Gerdy. En *dédoublant* la cloison recto-vaginale à la façon d'un livre que l'on ouvre, je *double* l'étendue des points de contact, ainsi que je vous l'ai déjà fait remarquer.

Et si, par hasard, la suture échoue, je n'aurai pas de perte de substance et l'opération pourra être reprise ultérieurement dans des conditions aussi propices que la première fois.

Rappelez-vous, en outre, que je laisse attenante à la muqueuse rectale, dans le dédoublement de la



cloison, une bordure de muqueuse vaginale qui se trouvera refoulée vers le rectum et occupera dans cet organe le point le plus saillant de l'arête, résultant de l'affrontement des lambeaux. Ce petit détail me paraît avoir une grande portée. Ce liseré de muqueuse vaginale saine, non cruentée, est destiné à protéger les surfaces avivées contre l'infiltration si facile des matières liquides et gazeuses de l'intestin.

La ligne de réunion vaginale sera de même protégée contre l'action plus ou moins irritante des liquides fournis par l'utérus et le vagin, par la disposition spéciale qui résulte de l'affrontement des lambeaux, crête médiane longée par deux gouttières latérales facilitant l'écoulement des sécrétions.

Il importe que les sutures ne traversent pas la muqueuse rectale. Outre que leur présence solliciterait du ténesme, des contractions réflexes de l'appareil musculaire nuisibles à la réunion des parties, les fils serviraient de conducteurs aux liquides et aux gaz de l'intestin qui, pénétrant dans la plaie, apporteraient de graves obstacles à la cicatrisation.

Les sutures profondes, fixées à une même sonde en caoutchouc vulcanisé, de chaque côté de la ligne de réunion, se prêtent toutes un mutuel appui; si l'une d'elles vient à manquer, ses deux voisines seront là pour la soutenir dans sa défaillance et pour assurer sans doute l'adhésion.

La nature de la sonde qui servira à la suture enche-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

villée n'est pas sans présenter quelque avantage. L'élasticité qu'elle doit à son tissu et au canal qui la parcourt permettra aux lambeaux rapprochés de se tuméfier dans une certaine mesure sans être exposés à l'étranglement et à la gangrène.

Note. — L'opération a été pratiquée le 29 janvier 1885 dans les conditions prévues et arrêtées d'avance. Le dédoublement de la cloison s'est effectué facilement et avec rapidité. Cinq points de suture profonde et huit points de suture superficielle ont assuré la réunion. Au quatrième jour, la malade, en dépit de toutes les recommandations, s'est livrée, sans avoir pris ni lavements ni huile de ricin, à des efforts considérables pour expulser un bol fécal très dur. Il en est résulté une douleur assez vive et un suintement sanguin notable entre les lèvres de la plaie; mais la suture n'a pas cédé. Le douzième jour, de petites ulcérations commencent à se produire autour des points de suture, ceux-ci sont enlevés; la réunion est complète. Six jours plus tard, la malade se lève et se promène. Le sphincter a récupéré ses fonctions; la malade retient à volonté les matières liquides et même les gaz. La cicatrice est solide, linéaire, formant comme à l'état normal une légère crête saillante sur la ligne médiane du vagin et du périnée qui se trouve reconstitué avec toute son épaisseur.

## TRENTE-CINQUIÈME LEÇON.

### Du prolapsus utérin.

Observation. — Signes cliniques du prolapsus. — Etat du rectum, de la vessie. — Renseignements fournis par l'exploration du rectum et le cathétérisme. — Diagnostic différentiel du prolapsus et de l'inversion utérine. — Du prolapsus et de l'allongement hypertrophique. — Le dernier diagnostic établi par le mode suivant lequel la réduction peut être obtenue.

Conditions nécessaires à la production du prolapsus. — Du prolapsus chez les jeunes filles.

Messieurs,

Je vous parlerai d'une malade admise récemment la salle 8.

Cette femme réclame une opération que lui fait ardemment désirer une infirmité gênante des organes génitaux.

Elle est âgée de cinquante-quatre ans, et a eu cinq grossesses. J'appelle votre attention sur ce point, parce que nous retrouverons bientôt la grossesse parmi les causes principales de l'affection dont je vais maintenant vous entretenir : le prolapsus utérin.

Il est important, dès le début, de signaler que notre malade a eu cinq grossesses régulières, que ses enfants

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

villée n'est pas sans présenter quelque avantage. L'élasticité qu'elle doit à son tissu et au canal qui la parcourt permettra aux lambeaux rapprochés de se tuméfier dans une certaine mesure sans être exposés à l'étranglement et à la gangrène.

Note. — L'opération a été pratiquée le 29 janvier 1885 dans les conditions prévues et arrêtées d'avance. Le dédoublement de la cloison s'est effectué facilement et avec rapidité. Cinq points de suture profonde et huit points de suture superficielle ont assuré la réunion. Au quatrième jour, la malade, en dépit de toutes les recommandations, s'est livrée, sans avoir pris ni lavements ni huile de ricin, à des efforts considérables pour expulser un bol fécal très dur. Il en est résulté une douleur assez vive et un suintement sanguin notable entre les lèvres de la plaie; mais la suture n'a pas cédé. Le douzième jour, de petites ulcérations commencent à se produire autour des points de suture, ceux-ci sont enlevés; la réunion est complète. Six jours plus tard, la malade se lève et se promène. Le sphincter a récupéré ses fonctions; la malade retient à volonté les matières liquides et même les gaz. La cicatrice est solide, linéaire, formant comme à l'état normal une légère crête saillante sur la ligne médiane du vagin et du périnée qui se trouve reconstitué avec toute son épaisseur.

## TRENTE-CINQUIÈME LEÇON.

### Du prolapsus utérin.

Observation. — Signes cliniques du prolapsus. — Etat du rectum, de la vessie. — Renseignements fournis par l'exploration du rectum et le cathétérisme. — Diagnostic différentiel du prolapsus et de l'inversion utérine. — Du prolapsus et de l'allongement hypertrophique. — Le dernier diagnostic établi par le mode suivant lequel la réduction peut être obtenue.

Conditions nécessaires à la production du prolapsus. — Du prolapsus chez les jeunes filles.

Messieurs,

Je vous parlerai d'une malade admise récemment la salle 8.

Cette femme réclame une opération que lui fait ardemment désirer une infirmité gênante des organes génitaux.

Elle est âgée de cinquante-quatre ans, et a eu cinq grossesses. J'appelle votre attention sur ce point, parce que nous retrouverons bientôt la grossesse parmi les causes principales de l'affection dont je vais maintenant vous entretenir : le prolapsus utérin.

Il est important, dès le début, de signaler que notre malade a eu cinq grossesses régulières, que ses enfants

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

sont nés à terme, sans complications, et que jamais, ni avant, ni après les accouchements, il ne s'est manifesté le plus léger désordre du côté des organes génito-urinaires.

Nous ne relevons rien dans les antécédents de cette femme, dont la santé générale ne semble avoir jamais été troublée par de graves accidents; mais à mesure qu'elle a vieilli, à plusieurs reprises elle nous dit avoir éprouvé des accès d'asthme accompagnés de toux opiniâtre, de bronchites qui duraient quelquefois deux ou trois semaines, et déterminaient des douleurs dans le ventre, évidemment provoquées par l'ébranlement du diaphragme.

Cette toux doit avoir, dans la pathogénie du prolapsus, une part importante; car il est bien certain que si, jusqu'à ces cinq dernières années, la malade n'a pas réellement souffert et n'a ressenti autre chose que de la pesanteur, des tiraillements à l'hypogastre, irradiés vers les cuisses quand elle marchait ou se fatiguait un peu trop; il est certain, dis-je, que vers cette époque, à la suite de pénibles accès de toux convulsive, elle vit apparaître à la vulve une grosseur inquiétante déjà par son volume, comparable à celui de trois doigts réunis.

Depuis ce moment, la tumeur a progressivement pris la forme et les dimensions que vous lui voyez aujourd'hui : tous vous avez pu constater que, lorsque la malade marche longtemps, sa tumeur acquiert



aisément les dimensions d'une tête de fœtus à terme.

Examinons ce prolapsus, ses caractères, ses rapports, et cherchons à le distinguer des affections qui, à la rigueur, pourraient être confondues avec lui.

L'orifice vulvaire a presque disparu; il est rempli par cette énorme saillie globuleuse qui, de chaque côté, écarte les deux lèvres appliquées sur elle.

Dans son ensemble, la tumeur a un aspect globuleux, sphéroïdal et représente assez bien la forme d'un gros limon, plus grosse en haut que vers la partie inférieure.

Elle est légèrement rosée, blanchâtre par places, et il semble que cette dernière coloration ait une tendance à dominer bientôt.

La surface est recouverte par de petites saillies transversales obliquement dirigées; mais, tandis que, prise en masse, cette tumeur est arrondie, il est bon de remarquer que, de chaque côté et surtout en arrière, elle est moins globuleuse et un peu aplatie.

Pénétrant les détails qu'elle présente à première vue, vous voyez encore qu'à son extrémité inférieure elle est d'un rouge plus sombre, et que là elle présente un orifice irrégulier, mais en somme transversal, limité par deux lèvres, l'une antérieure, l'autre postérieure, qui ressemblent aux lèvres du col utérin.

Cherchons maintenant à la délimiter,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Quand on la saisit pour l'attirer et la dégager des parties voisines, on voit au-dessus d'elle la muqueuse qui la recouvre se continuer sur la région vulvaire avec le canal de l'urèthre et se replier ensuite entre le méat et la tumeur elle-même pour la recouvrir et venir enfin sur le col utérin. En arrière, on constate qu'elle se continue sur la partie inférieure de la vulve jusqu'à la commissure pour former un capuchon en avant de l'anus.

Si, par la pression vers la profondeur autour de la tumeur, vous cherchez la cavité vaginale, vos doigts sont partout arrêtés par un cul-de-sac peu profond le vagin en totalité se trouve porté à l'extérieur et étalé pour ainsi dire.

La palpation nous fait ensuite très bien analyser la composition de cette masse. En avant, sur le point le plus convexe, il y a de la fluctuation très manifeste et les doigts en déprimant les tissus ne trouvent que plus profondément de la résistance. En arrière, on retrouve au contraire une grande résistance qui, sous la forme d'un cylindre de plusieurs centimètres de hauteur, se prolonge en haut dans la direction de la cavité pelvienne; puis, à mesure qu'on monte vers le pelvis, cette saillie d'abord uniformément cylindrique s'évase littéralement en restant un peu aplatie, rappelant ainsi la forme de l'utérus.

Point important à noter, l'introduction d'un cathéter dans l'ouverture qui occupe le sommet de la tumeur, fait découvrir aussitôt une cavité de 12 à 13 centimètres.



Le toucher rectal donne encore quelques renseignements utiles : le doigt parcourt la paroi antérieure du rectum qui n'est pas déplacée, mais il rencontre cette partie dure cylindrique déjà signalée et enfin le corps utérin tout entier qui est très abaissé; il peut même en contourner la partie supérieure et apprécier ainsi son déplacement, son abaissement. A l'état normal, vous le savez, l'exploration par la voie rectale peut bien faire reconnaître la présence de l'utérus, mais elle ne peut jamais le délimiter vers sa partie supérieure.

Un autre renseignement, Messieurs, nous est fourni par l'examen de la vessie. Une sonde introduite dans l'urèthre, au lieu de se diriger en haut et en arrière, tombe directement en bas. Chez notre malade, à mesure que l'urine s'écoulait par le pavillon de la sonde, la partie antérieure de la tumeur, fluctuante et molle quelques instants auparavant s'effaçait, et les doigts en peu d'instants perdaient la sensation de flot. Nous avions donc affaire à un diverticule de la vessie et non à la vessie en totalité. En effet, après avoir vidé ce diverticulum, j'ai pu obtenir encore beaucoup d'urine en dirigeant cette fois la sonde dans la situation normale, et quelques pressions sur l'hypogastre ont achevé de vider la vessie. Nul doute désormais qu'il existait un bissac, c'est-à-dire qu'une partie



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

de la vessie se trouvait entraînée sur l'utérus abaissé, et qu'une autre, supérieure, était retenue derrière la symphyse.

Après ces explorations variées, j'ai pu devant vous réduire facilement la tumeur. Sous l'influence d'une pression légère, pendant que la malade était dans le décubitus dorsal, cette énorme saillie a disparu, avalée pour ainsi dire vers les parties profondes. Cette réduction facile nous a démontré que, sans douleurs, sans résistance, l'utérus pouvait être refoulé jusque dans l'excavation pelvienne.

Messieurs, les détails précédents ne permettent, ce me semble, de conserver aucun doute sur la nature de l'affection : il s'agit bien d'un prolapsus total de l'utérus. Il n'y a pas à discuter longtemps un diagnostic différentiel. Cependant je désire attirer votre attention sur un seul point, sur le diagnostic différentiel entre le prolapsus et l'inversion utérine quand cette inversion coïncide avec le prolapsus. Dans ce dernier cas, la couleur est bien différente; la tumeur est beaucoup plus rouge, chagrinée, veloutée, rappelant l'aspect de la muqueuse utérine; elle saigne même assez souvent et ses hémorrhagies peuvent devenir inquiétantes. L'utérus étant renversé, on trouve encore en arrière le vagin avec ses culs-de-sac; de plus, il n'y a pas d'orifice au sommet. On se souvient alors que l'inversion est presque toujours le résultat de tractions exercées sur le placenta pendant l'accouchement ou sur des polypes pendant une opération chirurgicale et les commémoratifs apprennent qu'il existe ainsi une affection secondaire dont il est aisé de retrouver l'étiologie.



Si promptement acquise qu'ait été la conviction qu'on s'est faite en examinant une tumeur semblable à celle que vous avez vue, Messieurs, il existe encore une question de diagnostic très importante à laquelle il faut songer. Je veux parler du prolapsus utérin et de l'allongement hypertrophique du col. Cette question a été soulevée par Huguier, en 1859, à l'Académie de médecine : il soutint alors que le prolapsus utérin n'existait pas en réalité et qu'il y avait plutôt un allongement du col extra ou sus-vaginal qu'on confondait en clinique avec le prolapsus. Le Mémoire de Huguier fit sensation et s'il trouva des contradicteurs acharnés il eut aussi ses défenseurs, M. Depaul en particulier. Depuis lors, le travail de Huguier a appelé l'attention des cliniciens sur un fait important : les rapports intimes de l'allongement hypertrophique avec le prolapsus. Aujourd'hui, il n'est plus permis de dire que cet allongement n'est pas fréquent et qu'il n'est pas souvent la cause de la descente de l'utérus.

Mais comment distinguer ces deux affections qui peuvent se trouver séparées ? Pour résoudre la question, il faut bien connaître leurs points de ressemblance.

Dans l'allongement, l'utérus maintenu par ses adhé-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

rences à la vessie, par des ligaments utéro-sacrés, ne peut, quand il augmente de volume, s'avancer indistinctement dans tous les sens; le col se fait de la place où il peut; ne pouvant gagner vers le pelvis où il est bridé par des liens puissants, il descend en refoulant le vagin qui peut, dans les cas très accusés, se trouver entraîné tandis que peu à peu le museau de tanche vient faire saillie à travers la vulve. On peut trouver de la cystocèle, de la rectocèle comme dans le prolapsus vrai. C'est alors que l'hystéromètre vient encore au secours de la clinique : dans le prolapsus simple, il n'y a pas augmentation de la cavité interne; si cette cavité mesure plus de douze centimètres, l'utérus est certainement hypertrophié et allongé. Cependant, disons-le, cette notion fournie par l'hystéromètre n'est pas un renseignement infaillible, car dans le prolapsus on peut rencontrer de l'allongement résultant de ce que l'utérus, quand il descend, s'allonge un peu et que la situation déclive dans laquelle il est placé, le congestionne, l'hypertrophie. Il s'agit de déterminer la lésion primordiale, voilà tout.

Je crois au surplus, Messieurs, qu'il n'y a qu'un moyen infaillible de bien retrouver la vérité. C'est le mode de réductibilité. S'il existe un simple prolapsus, la réduction sera facile, puisque l'utérus n'est pas allongé. Si au contraire, il est lié à l'allongement, à mesure que vous ferez rentrer l'utérus, vous éprouverez de la résistance parce que la région cervicale



allongée déterminera de la douleur en pressant profondément sur des ligaments qui ne sont pas relâchés, altérés, sans compter, Messieurs, que, lorsque vous réduisez un prolapsus, l'utérus reste en place après l'opération si la malade veut bien conserver le repos, tandis qu'après l'apparente réduction de l'allongement hypertrophique, toujours très laborieuse, vous verrez reparaître la tumeur dès que vos mains auront cessé de la maintenir. Vous voyez qu'il y a là un excellent moyen d'interpréter les faits et de faire un bon diagnostic.

Chez notre malade, tous les signes répondent au prolapsus. Le diagnostic une fois assis, cherchons la cause. Qu'invoquer ici? Le travail de l'accouchement à coup sur, travail répété cinq fois à de courts intervalles, travail toujours rapide à travers des parois pelviennes très larges, sur un utérus probablement mal soutenu par des ligaments peu résistants, chez une femme grasse et lymphatique. C'est bien le type de notre malade. Chez de telles femmes, Messieurs, les hernies peuvent être fréquentes et il ne répugne pas d'admettre que l'appareil utérin peut subir comme les autres viscères des déplacements. Cependant, notez bien qu'une condition parait nécessaire pour qu'un pareil accident se produise; il faut que les ligaments utéro-sarcés soient relâchés, allongés : ils ne permettent jamais la descente de l'utérus quand ils sont sains. Aussi voit-on quelquefois un trau-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

matisme, une chute, une violence amener le prolapsus, même chez des jeunes filles. Mais il faut bien le dire, cet accident ne se produit guère que lentement, à mesure que les parties qui retiennent l'utérus en haut et en bas se dilatent. Quand le prolapsus se produit chez la jeune fille, il trouve une dernière barrière dans la membrane hymen et devient fort douloureux.

J'en ai fini avec les signes et le diagnostic du prolapsus utérin, Messieurs. Je leur ai consacré toute mon attention pour remettre à plus tard l'étude du manuel opératoire qu'il convient d'appliquer à une infirmité gênante contre laquelle, vous le verrez, les ressources de l'art sont quelquefois bien impuissantes et doivent se résigner à corriger plutôt qu'à guérir.

## TRENTE-SIXIÈME LEÇON

### Des complications et du traitement du prolapsus utérin.

Histoire clinique des complications du prolapsus utérin. — Observations précédemment citées.

Prolapsus utérin à ses divers degrés. — Soins généraux qu'il réclame. — Traitement médical.

Le prolapsus utérin n'est justiciable que d'un traitement palliatif.

Ce traitement est réalisé soit par les tuteurs mécaniques, les pessaires, soit par certaines opérations sanglantes.

Notions générales sur les opérations sanglantes. — Opération de M. Le Fort. — Modifications apportées à ce dernier procédé par M. Lanelongue de Bordeaux.

Messieurs,

L'histoire des complications tient, dans le prolapsus utérin, une large place, surtout quand il faut discuter les moyens d'action.

La malade, qui a fait l'objet de la dernière leçon, est loin d'avoir présenté l'ensemble des complications dont je vais vous parler; mais le hasard a conduit, depuis deux jours, dans nos salles, une autre malade, plus sérieusement atteinte, que j'aurai bientôt l'occasion de vous montrer. Dans tous les cas, vous com-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

matisme, une chute, une violence amener le prolapsus, même chez des jeunes filles. Mais il faut bien le dire, cet accident ne se produit guère que lentement, à mesure que les parties qui retiennent l'utérus en haut et en bas se dilatent. Quand le prolapsus se produit chez la jeune fille, il trouve une dernière barrière dans la membrane hymen et devient fort douloureux.

J'en ai fini avec les signes et le diagnostic du prolapsus utérin, Messieurs. Je leur ai consacré toute mon attention pour remettre à plus tard l'étude du manuel opératoire qu'il convient d'appliquer à une infirmité gênante contre laquelle, vous le verrez, les ressources de l'art sont quelquefois bien impuissantes et doivent se résigner à corriger plutôt qu'à guérir.

## TRENTE-SIXIÈME LEÇON

### Des complications et du traitement du prolapsus utérin.

Histoire clinique des complications du prolapsus utérin. — Observations précédemment citées.

Prolapsus utérin à ses divers degrés. — Soins généraux qu'il réclame. — Traitement médical.

Le prolapsus utérin n'est justiciable que d'un traitement palliatif.

Ce traitement est réalisé soit par les tuteurs mécaniques, les pessaires, soit par certaines opérations sanglantes.

Notions générales sur les opérations sanglantes. — Opération de M. Le Fort. — Modifications apportées à ce dernier procédé par M. Lanelongue de Bordeaux.

Messieurs,

L'histoire des complications tient, dans le prolapsus utérin, une large place, surtout quand il faut discuter les moyens d'action.

La malade, qui a fait l'objet de la dernière leçon, est loin d'avoir présenté l'ensemble des complications dont je vais vous parler; mais le hasard a conduit, depuis deux jours, dans nos salles, une autre malade, plus sérieusement atteinte, que j'aurai bientôt l'occasion de vous montrer. Dans tous les cas, vous com-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

prenez qu'il est bon de prévoir le danger, alors qu'il n'existe pas encore, et de vous bien faire connaître quels accidents vous avez à redouter et à combattre.

Vous connaissez déjà la cystocèle qui est le résultat de l'union intime du bas-fond de la vessie avec la région cervicale de l'utérus. Il ne saurait y avoir de prolapsus sans que la vessie soit déplacée. De là cette double cavité formée par le bas-fond de la vessie, entraînée au-dessous et en dehors du pubis.

Cette cystocèle est l'occasion de nombreuses complications. La première, qui en entraîne d'autres après elle, est la façon dont s'opère la miction. La vessie se vide mal; il faut, avec la main, appuyer sur la tumeur et l'hypogastre pour faire évacuer l'urine retenue dans les diverticules. L'urine, du reste, ne s'écoule qu'en bavant ou par jets discontinus et se répand sur la tumeur, sur la vulve et sur les cuisses. Par son contact, elle altère la muqueuse et la peau, où ne tardent pas à se produire des ulcérations douloureuses.

Vous en avez tous vu ce matin un exemple chez la nouvelle malade qui a été récemment admise à la salle 8.

Ces ulcérations, produites par le contact de l'urine, ont pu, dans certains cas, devenir assez vastes et profondes pour perforer la cloison vesico-vaginale.

Les conditions dans lesquelles se fait la miction ont une conséquence qu'il est facile de saisir : il existe



toujours dans le diverticule inférieur une certaine quantité de liquide qui, par son séjour prolongé, irrite la muqueuse, l'altère; aussi voit-on fréquemment les urines devenir louches, purulentes, et la miction provoquer alors des douleurs pénibles. Chez notre première malade, nous avons pu constater un début de cystite dû, sans aucun doute, à cette cause.

L'altération des urines n'est pas le seul fait à redouter quand elles stagnent dans la vessie. Leurs sels se déposent aussi sur la muqueuse altérée, et un calcul peut se former, comme Blandin en a présenté une intéressante observation.

La marche de ces lésions ne saurait ici différer de ce qu'elle est dans la cystite chronique ordinaire. Les uretères, bassinets et calices, peuvent, à leur tour, être pris de proche en proche, de telle sorte que le rein lui-même ne saurait, à un moment donné, échapper à l'envahissement du mal.

L'inflammation propagée n'est pas, au surplus, le seul élément qui doive être compté dans la pathogénie des altérations des voies urinaires supérieures. La compression des uretères qui, eux aussi, se trouvent entraînés et comprimés dans le prolapsus, amène nécessairement l'écoulement difficile de l'urine du rein dans la vessie; ils se dilatent au dessus de l'obstacle; la substance rénale, altérée par cette pression inattendue, s'atrophie, disparaît, et les accidents urémiques sont bientôt à redouter.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Je ne ferai que signaler la rectocèle, parce que la chute simultanée du rectum entraîné en avant par l'utérus, n'amène pas en général des désordres sérieux. La malade est bien encore obligée de recourir à des moyens mécaniques, à des pressions quelquefois pour accomplir ou achever la défécation, mais de ce fait ne résultent pas de graves incidents.

Bien autre est le relâchement des divers tissus qui entrent dans la composition du périnée. Il n'est pas impossible, en effet, que, sous l'influence de la distension qu'ils subissent, vienne à se produire une véritable éventration du périné. Chez la première malade dont je vous ai signalé l'arrivée, la vessie est saillante en avant de la tumeur, le rectum, entraîné lui aussi, présente en arrière l'aspect d'un battant de cloche, et l'utérus a complètement abandonné la cavité pelvienne; le périnée n'existe pour ainsi dire plus.

Tels sont, Messieurs, les accidents que peut produire le prolapsus à son plus haut degré. Il n'est donc pas étonnant que les chirurgiens se soient appliqués à rechercher les moyens de combattre une aussi triste infirmité.

Difficile question que celle du traitement!

Le prolapsus doit être, à proprement parler, considéré comme incurable. Il est impossible de restituer aux ligaments la vigueur qu'ils ont perdue, et c'est pourtant là que serait la vraie guérison. On ne



connaît que des palliatifs destinés à combattre les accidents et à maintenir l'utérus, mais ils ne peuvent rien contre les ligaments affaiblis.

Quelle est donc la marche à suivre?

Il faut avant tout rechercher la cause qui a pu déterminer l'abaissement et la combattre aussitôt. Prenons des exemples : vous enlèverez un gros polype qui par son poids a sollicité l'abaissement, vous n'hésiterez pas à faire l'amputation du col si une hypertrophie de cette région vous paraît en cause. C'est dans ces dernières conditions aussi que des moyens fort simples pourront réussir et doivent être employés : les bains, les injections astringentes.

Cette première indication remplie, que ferez-vous contre le prolapsus lui-même?

Il convient de distinguer, car l'affection ne se présente pas toujours avec l'intensité que vous avez vue.

A une première période, l'utérus est légèrement abaissé; le vagin peut avoir encore une longueur de 4 à 5 centimètres.

A un degré plus accentué, le museau de tanche se montre à la vulve.

Enfin l'utérus a franchi la vulve et le prolapsus est complet.

Il est certain qu'à ces différentes périodes correspondent des traitements différents et variés. Dès le début, on peut espérer rendre aux ligaments leur

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

tonicité déjà compromise avec des moyens artificiels, des toniques, des injections astringentes. C'est, ainsi que l'hydrothérapie, l'électricité devront être employées. Il n'est pas, en effet, impossible que ces derniers moyens puissent être suivis de succès puisque les ligaments utéro-sacrés ont une structure musculaire. A cette première période, comme aux suivantes, le traitement physiologique peut être aidé quand il doit réussir, ou suppléé quand il échoue, par les tuteurs mécaniques, par les pessaires. Quelques malades sont soulagées par eux, à condition que, par des soins exacts de propreté, elles éloignent les accidents qui peuvent résulter de leur usage. Les pessaires s'incrustent de sels calcaires quand ils ne sont pas retirés régulièrement et lavés, ils font naître autour d'eux des ulcérations et peuvent même perforer les cloisons voisines. Je me souviens avoir vu, il n'y a pas très longtemps, dans mon service, une femme qui, pour ne pas avoir surveillé l'usage d'un pessaire, eut une grave perforation de la cloison vésico-vaginale et fut atteinte d'un volumineux calcul développé dans une arrière cavité vésicale formée par ce même pessaire qui avait en partie pénétré dans la vessie et déprimé fortement ses parois.

Il va sans dire, Messieurs, que les tuteurs mécaniques ne conviennent pas à tous les cas et qu'ils doivent être proscrits quand il existe des complications utérines ou péri-utérines. Ces restrictions faites, ils sont un bon moyen de traitement.



Notez en effet que le périnée et la vulve ont encore leur résistance et qu'il s'agit simplement de maintenir, d'arrêter l'utérus qui bientôt viendra les dilater. Anneaux, pessaires en gimbelettes conviennent également, mais le service qu'ils rendront ne sera le plus souvent que temporaire parce que, autour d'eux, les parois vaginales se distendront peu à peu. Pour que leurs effets soient durables, il faut en règle générale qu'ils soient légers, peu volumineux et ne ressemblent pas à ceux dont on se servait autrefois, qui, lourds et très grossiers par leur forme, altéraient les parois vaginales,

Les pessaires à air de Gariel, ceux de Sims en alunium qui sont très légers, le ressort de montre recouvert de caoutchouc de Dumont-Pallier qui se moule exactement sur les parties, sont de bons instruments.

Cependant je ferai au pessaire de Dumont-Pallier le reproche de permettre à l'utérus de s'engager à la longue dans sa cavité et par conséquent de ne pas arrêter le prolapsus autant que les autres. Pour éviter cet inconvénient, M. le Dr Flornoy (de Bordeaux) a imaginé d'ajouter à l'anneau circulaire un petit diaphragme de caoutchouc très souple qui maintient admirablement le col, bien qu'il soit à son centre percé d'un orifice.

Quand l'utérus n'est plus soutenu par le pessaire

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

simple et qu'il y a relâchement des parties constituantes du périnée, on recherche quelquefois un point d'appui extérieur. Tel est, par exemple, le pessaire à bilboquet muni d'une tige destinée à se fixer en dehors de la vulve sur un lien, sur une ceinture quelconque ; tel encore le pessaire en papillon, qu'on introduit fermé et qui s'ouvre par un système de tiges bien ingénieusement combiné.

Je pourrais prolonger bien longtemps cette énumération : le nombre de ces appareils, proposées à diverses époques est une preuve irrécusable de l'impuissance où nous sommes d'assurer exactement la situation fixe de l'utérus quand il tombe. J'aime mieux vous tracer, comme je viens de le faire, des règles générales pour arriver de suite à l'intervention opératoire pour la discuter.

L'idée première des opérations proposées pour remédier au prolapsus vient des surprises ménagées par la cicatrisation d'ulcérations qui en amenant l'atrésie du vagin avaient guéri le prolapsus. Toutes sont dès lors basées sur des pertes de substances, pratiquées à des hauteurs variables, toujours dans le but de rétrécir circulairement le conduit vaginal pour arrêter l'utérus dans sa chute. Le bistouri, les caustiques ont été employés, mais l'idée est toujours la même, qu'il s'agisse de l'élytrorraphie ou de l'épisiorraphie, de l'infibulation ou de l'épisio-périnéorraphie.



Je n'insiste pas sur ces procédés à peu près abandonnés aujourd'hui.

Sims a préconisé une incision en V, qui établit une ligne d'avivement sur la paroi antérieure du vagin, ligne qu'on réunit ensuite au moyen d'une suture transversale. Vous trouverez, dans les ouvrages spéciaux, des détails de médecine opératoire concernant ces divers procédés, et les résultats qu'ils ont donnés à leurs auteurs.

Bien que le procédé de Sims, ou celui d'Emmet, qui en est une modification, ait réussi entre les mains de ces chirurgiens, j'avoue n'avoir eu que des insuccès quand j'ai cru devoir l'employer. Dans deux circonstances, mes malades ont été améliorées et j'ai pu maintenir l'amélioration grâce à l'usage des moyens mécaniques. Je préfère de beaucoup le cloisonnement du vagin tel que l'a décrit et pratiqué le professeur Le Fort.

La méthode de Le Fort consiste à faire un avivement vertical, sur la ligne médiane, des deux parois opposées du vagin, l'utérus étant maintenu au dehors, et à suturer ensemble les bords de ces deux avivements à mesure qu'on réduit l'utérus, de telle sorte que parois antérieure et postérieure adhèrent après cicatrisation et que désormais le vagin soit constitué par deux canaux parallèles l'un droit et l'autre gauche. L'utérus se trouve ainsi arrêté, puisque le col rencontre aussitôt la partie supérieure de cette cloison médiane.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Je ne veux rien reprocher à ce procédé qui me semble absolument logique, mais j'ai pensé qu'il était peut-être préférable de ne pas prolonger l'avivement et la suture aussi bas, de façon à laisser quelques centimètres de vagin. La difformité n'est plus apparente et les fonctions sexuelles de rapprochement ne deviennent pas impossibles. J'ai encore modifié les règles tracées par l'auteur : au lieu d'enlever en bas et en arrière une bande uniforme de muqueuse pour faire la surface cruentée, j'enlève deux vastes triangles dont la base se trouve rapprochée du col quand la tumeur est maintenue au dehors. J'obtiens ainsi une cicatrice à base supérieure qui permet à l'utérus de reposer facilement sur elle et l'empêche de dévier de chaque côté vers l'espace laissé libre.

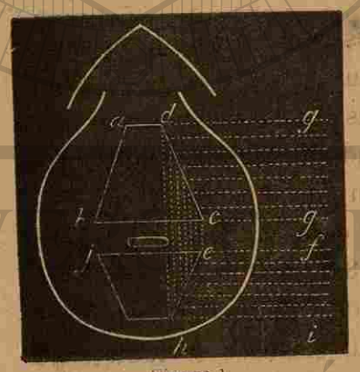
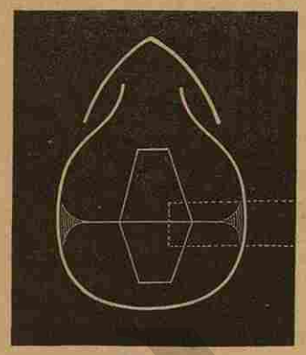


Figure 1

Il me serait bien difficile de vous faire exactement comprendre les points précis où doivent porter les sutures et de quelle façon l'opération doit être conduite, si je n'avais sous les yeux des dessins qui vous retraçent les divers temps à suivre.

Le figuré 1 rappelle le prolapsus complet avec son orifice central appartenant au col utérin. Au-dessus et au-dessous de cet orifice vous voyez deux triangles à bases tournées vers le col : ce sont les surfaces d'évivement destinées à s'unir.




Figure 2

Il est maintenant facile de comprendre comment, lorsque vous avez placé de chaque côté plusieurs des fils dont la direction générale vous est représentée par les lignes *g, c, e, f,* aussi bien à droite qu'à gauche, peu à peu vous verrez le prolapsus se réduire comme vous le représente la figure 2, et comment ainsi vos deux derniers fils dont les lignes *g, d, h, i,* vous représentent à gauche de la figure la direction générale, verront la réduction complète.


Figure 3

Après la cicatrisation, ce seront les deux lignes *b, c* et *j, e* qui, réunies au-dessous du col dans le fond du vagin, formeront le soutien de l'appareil utérin.

Jetez enfin un coup d'œil sur la figure 3. Elle vous représente une coupe de l'utérus et du vagin passant transversalement par la cicatrice et toute explication est superflue pour vous faire saisir l'ensemble.

Dans ces derniers temps, on a voulu s'adresser aux ligaments ronds pour redresser l'utérus et le main-



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

tenir. C'est en France, pour la première fois, qu'Alquié parla de cette opération, qui ne fut pas acceptée, et il fallut qu'à l'étranger elle fut franchement adoptée par quelques chirurgiens, pour nous revenir et réclamer au moins ses droits à un examen sérieux.

On va à la recherche des ligaments ronds qu'on attire pour les fixer dans les parties molles voisines en les raccourcissant (Alexander de Liverpool, Adams de Glascow). On ne peut encore savoir quel avenir est réservé à cette opération, mais il semble *à priori* qu'on ne doit pas fonder grand espoir sur elle, attendu que la cause immédiate du prolapsus n'est pas le relâchement des ligaments ronds restés intacts, mais bien celui des ligaments utéro-sacrés.

# TRENTE-SEPTIÈME LEÇON

## Cancer utérin. — Diagnostic et traitement.

*(Première partie.)*

Observation. — Malade de quarante-six ans atteinte d'une tumeur ulcérée du col utérin.

Hémorrhagies persistantes après quarante ans, écoulement de sanie fétide, douleurs irradiées dans les lombes et les cuisses : Signes caractéristiques d'une lésion grave de l'appareil utérin.

Diagnostic de la nature de cette lésion : cancer utérin.

Diagnostic du siège : muqueuse intra-cervicales.

Pronostic. — Pronostic général du cancer utérin : lésion de voisinage et lésions générale.

Indications générales fournies par la marche fatale de cette affection.

Messieurs,

Je veux aujourd'hui vous entretenir d'une malade de la salle 8, qui ne soulève point une question de diagnostic bien difficile, mais nous offre l'occasion de discuter un point de thérapeutique chirurgicale qui est encore soumis aux plus violentes critiques. Il s'agit d'un cancer utérin. Avant d'aborder devant

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

tenir. C'est en France, pour la première fois, qu'Alquié parla de cette opération, qui ne fut pas acceptée, et il fallut qu'à l'étranger elle fut franchement adoptée par quelques chirurgiens, pour nous revenir et réclamer au moins ses droits à un examen sérieux.

On va à la recherche des ligaments ronds qu'on attire pour les fixer dans les parties molles voisines en les raccourcissant (Alexander de Liverpool, Adams de Glascow). On ne peut encore savoir quel avenir est réservé à cette opération, mais il semble *à priori* qu'on ne doit pas fonder grand espoir sur elle, attendu que la cause immédiate du prolapsus n'est pas le relâchement des ligaments ronds restés intacts, mais bien celui des ligaments utéro-sacrés.

# TRENTE-SEPTIÈME LEÇON

## Cancer utérin. — Diagnostic et traitement.

*(Première partie.)*

Observation. — Malade de quarante-six ans atteinte d'une tumeur ulcérée du col utérin.

Hémorrhagies persistantes après quarante ans, écoulement de sanie fétide, douleurs irradiées dans les lombes et les cuisses : Signes caractéristiques d'une lésion grave de l'appareil utérin.

Diagnostic de la nature de cette lésion : cancer utérin.

Diagnostic du siège : muqueuse intra-cervicales.

Pronostic. — Pronostic général du cancer utérin : lésion de voisinage et lésions générale.

Indications générales fournies par la marche fatale de cette affection.

Messieurs,

Je veux aujourd'hui vous entretenir d'une malade de la salle 8, qui ne soulève point une question de diagnostic bien difficile, mais nous offre l'occasion de discuter un point de thérapeutique chirurgicale qui est encore soumis aux plus violentes critiques. Il s'agit d'un cancer utérin. Avant d'aborder devant

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

vous la discussion du traitement, il me semble nécessaire de bien étudier l'observation et de faire un bon diagnostic.

Cette femme a quarante-six ans, elle est bien portante, a été réglée à quinze ans, et depuis cette époque, jamais elle n'a vu d'irrégularité dans ses menstrues. Elle a eu deux grossess, l'une il y a vingt ans, l'autre il y a quatorze ans, et la naissance de ses deux enfants n'a pas entraîné le moindre accident.

A part ce passé très simple, vous le voyez, nous apprenons que sa mère aurait succombé à un cancer de l'estomac, circonstance grave dont nous devons tenir le plus grand compte dans les antécédents et les causes qui auraient pu préparer l'apparition du mal que nous avons aujourd'hui découvert. Le père de la malade a soixante-douze ans, il jouit d'une excellente santé.

L'affection qui l'a conduite dans nos salles a débuté en avril dernier. Jusqu'à cette époque, elle avait toujours été bien réglée, et l'écoulement qui durait ordinairement trois ou quatre jours, devint tout à coup plus abondant et dépassa tellement les limites habituelles qu'elle pensa être arrivée à l'âge de la ménopause, d'autant plus qu'elle n'éprouvait, à part une durée plus longue de la perte de sang, rien d'anormal, pas même de douleurs.

Cependant, cette perte de sang se prolongeait indéfiniment, et s'accompagnait d'une certaine quantité de



sérosité jaune et fétide, d'une odeur repoussante qui tantôt apparaissait avec lui, tantôt s'écoulait seule jusqu'à une nouvelle hémorrhagie.

Depuis un mois et demi ou deux mois, la malade commençait à s'inquiéter de la persistance de ces pertes, lorsque survinrent des douleurs, non pas des douleurs expulsives, mais des tiraillements pénibles, un sentiment de brûlure dans les reins, des lancements dans le bas-ventre et la partie supérieure des cuisses.

Voilà, Messieurs, une triade symptômatique; hémorrhagies persistantes après quarante ans, écoulement de sanie fétide, douleurs irradiées dans les lombes et les cuisses, qui doit toujours frapper votre attention et vous faire supposer une lésion grave de l'appareil utérin. Vous ne la rencontrerez guère que dans le cancer utérin dont presque toujours elle vous révèlera la présence. Mais je poursuis le détail de cette intéressante observation.

La malade eut bientôt des besoins fréquents d'uriner, du ténesme vésical; chaque fois la miction était suivie de contractions pénibles de la vessie et il semblait qu'elle s'était incomplètement vidée. Je n'ai pas fait encore examiner les urines au point de vue chimique, mais je peux déjà vous assurer qu'elles ne contiennent rien : leur aspect est normal et elles ne laissent déposer aucun sédiment.

Si du côté de la vessie il y avait un retentissement

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

douloureux, un trouble fonctionnel sensible, il n'y avait rien du côté du rectum. Et l'état général était toujours bon. Sommeil régulier et paisible, appétit conservé, digestions parfaites, point d'amaigrissement, aucune paleur du visage, pas de fièvre, pouls excellent.

Quand la malade est entrée à l'hôpital, rien n'avait été modifié dans son état général et tous les troubles se concentraient encore du côté de l'appareil utérin. C'est donc sur l'examen local que j'ai pratiqué devant vous avec le plus grand soin, que je vais insister pour y retrouver les éléments nécessaire pour apporter dans vos esprits une conviction qui devra vous guider dans le choix d'un traitement.

La palpation de l'abdomen ne nous a rien fait découvrir. Peut-être dans la fosse iliaque gauche ai-je trouvé un certain degré de sensibilité, mais aussi loin que je pouvais faire pénétrer mes doigts, ils n'ont pas senti de tumeur appréciable; derrière le pubis, le corps utérin paraît normal.

Le toucher vaginal devait bientôt nous donner d'autres renseignements et d'emblée nous dire à quelle lésion nous avions affaire. En effet, le vagin est court, on rencontre trop tôt le col utérin: signe important, retenez-le, qui de suite vous avertit que cette partie de l'utérus a subi de sérieuses modifications; que l'utérus tout entier se trouve abaissé, que le col est hypertrophié ou envahi par une tumeur



maligne et que retenu, étranglé, pour ainsi dire, par les insertions vaginales, il est descendu vers le seul point qui lui donnait un accès facile.

En effet, le col est profondément altéré. Une tumeur déjà considérable l'a envahi. Il n'est plus lisse, régulier : sa surface se trouve hérissée de saillies, de bosselures, grosses les unes comme un pois, les autres comme une noisette, toutes faisant une masse unique. On ne retrouve nulle part de surface lisse à côté des saillies; elles se pressent les unes à côté des autres, offrant au toucher un bloc végétant sur lequel on devine que l'ulcération est partout établie; le sang qui s'écoule pendant l'examen vient aussitôt confirmer qu'il en est ainsi.

Autour de la masse fongueuse, on sent une induration qui pénétre profondément comme si d'une base indurée, résistante, toutes les végétations s'étaient élevées pour s'avancer vers la cavité du vagin.

Dans son ensemble, l'ulcération a des bords irréguliers, déchiquetés, comprenant les deux lèvres désormais détruites surtout à la partie centrale et confondues pour ainsi dire autour d'un orifice anfractueux d'où sortent les végétations et qui conduit avec difficulté vers la cavité cervicale également ulcérée.

Cependant, cet orifice du col est singulièrement agrandi; il permet l'introduction du doigt, mais on le dirige avec peine au milieu de la masse irrégulière, indurée, saignante, ulcérée, qui l'encombre.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

On ne peut atteindre les limites supérieures de l'ulcération, chose pourtant nécessaire pour porter un jugement sur les limites du mal. Mais avant de préciser quelle part pourrait avoir déjà pris la cavité du corps dans la marche du néoplasme, voyons dans quelles limites le col se trouve envahi.

En contournant le col, le vagin paraît libre ; les culs de sac restent souples et sans irrégularités ; la muqueuse glisse bien sur les tissus sous-jacents et ce n'est que beaucoup plus loin au-dessous d'elle, qu'on sent une certaine induration appartenant aux régions supérieures du col ou du corps utérin. En effet, la dépression de ces culs-de-sac permet de constater que la surface indurée, qui supporte les fongosités du col, se prolonge bien au-dessus des insertions du vagin ; et, sans pouvoir rien préciser, on sent que peu à peu cette induration s'efface en montant, pour faire place, dans une transition insensible, à la consistance normale de l'utérus.

Pour bien vérifier l'état des parties profondes, j'ai, tout en pratiquant l'exploration du col, exercé avec l'autre main une assez forte pression sur la région hypogastrique ; cette manœuvre ne m'a pas révélé que l'utérus fût, dans son ensemble, plus gros que de coutume et j'ajoute immédiatement qu'elle ne m'a pas appris qu'il fût immobilisé.

Je ne crois pas que de l'utérus soient parties des lésions capables d'altérer la texture des ligaments



utérins : mon doigt a pu imprimer au col et à l'utérus tout entier des mouvements d'avant en arrière assez étendus, sans douleurs, et j'en ai conclu que les ligaments larges avaient encore leur souplesse.

Introduisant alors le doigt assez profondément dans le cavité cervicale, j'ai produit des mouvements latéraux de gauche à droite et il m'a semblé qu'ils étaient tels qu'on les retrouve toujours dans un utérus sain.

Continuant l'examen, j'ai pressé sur la vessie et sur le rectum et, en aucun de ces points, je n'ai réveillé la moindre douleur.

Ajoutez enfin, Messieurs, que, dans les diverses manœuvres d'exploration par la voie vaginale et par le palper de l'abdomen, je n'ai rencontré aucune masse ganglionnaire iliaque ou lombaire ni surtout inguinale, ce qui ne vous surprendra pas, puisque vous savez que le vagin n'a subi aucune altération.

Cet ensemble de signes permet de porter un diagnostic facile, trop facile. Les débuts, l'aspect de la lésion que nous avons vérifiée par l'inspection directe avec le spéculum : tout cela vous avertit qu'il s'agit bien d'un cancer utérin et vous ne pensez pas un seul instant à un métrite parenchymateuse, à une ulcération simple, à un polype irrégulier saillant à travers l'orifice du col dilaté pour lui donner passage. Vous faites sans hésiter un diagnostic *à priori*, parce qu'il s'impose. Une femme de quarante-six ans, atteinte depuis six mois de pertes avec redoublement,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

reprise des hémorrhagies, présentant dans l'intervalle de ces hémorrhagies un écoulement ichoreux infect, éprouvant dans le bas ventre des douleurs vives avec retentissement dans les lombes et la partie supérieure des cuisses : une malade dans de telles conditions doit avoir un cancer utérin.

J'ajoute maintenant que ce cancer, tel qu'il s'est offert à nous, semble avoir pris naissance sur le col, mais sous sa muqueuse intra-cervicale bien plus que sur sa surface extérieur.

Le cancer de l'utérus tel que vous le voyez en clinique, l'épithélioma en un mot, se développe sur le museau de tanche, sur la muqueuse intra-cervicale, sur celle du corps plus rarement, de telle sorte que vous devez toujours, quand vous examinez un cancer du col, vous demander quel a été le point de départ. Question qui est loin de rester indifférente, puisque, bien jugée, elle peut apporter dans vos décisions de grandes modifications.

L'épithélioma du museau de tanche a généralement la forme végétante : l'épithélioma intra-cervical se présente au contraire avec l'aspect d'un vaste ulcération fongueuse, anfractueuse, et vous vous rappelez qu'ici les végétations à proprement parler n'existent pas : ce ne sont que des mamelons irréguliers, des surfaces inégales révélant une ulcération totale où la destruction des tissus a pénétré plus profondément ici, moins profondément là. Ce simple aspect confirme mon opinion



et quand je vois que tout le museau de tanche n'a pas été détruit, que son pourtour du côté des culs-de-sac du vagin a encore été respecté, j'arrive à la certitude; il ne me reste plus aucun doute.

Or, dans de telles conditions, il est permis de penser que la tumeur, si elle a fait de rapides progrès vers l'orifice externe, en a fait également vers la cavité du corps, car on sait que, si le cancer de la surface du col a une tendance marquée à se porter du côté du vagin et de ses culs-de-sac, celui de la muqueuse intra-cervicale progresse facilement vers la cavité utérine en envahissant de bas en haut la muqueuse.

Pour vérifier exactement ce dernier point, il faudrait apprécier exactement le volume de l'utérus, le trouver plus gros, plus sensible. Or, si j'en crois l'examen que j'ai pratiqué, je ne pense pas que déjà le corps utérin soit très envahi par la tumeur : le corps de la matrice ne dépasse pas le volume normal et en aucun point je n'ai retrouvé de sensibilité anormale; enfin la mobilité paraît conservée à peu près dans tous les sens.

D'autre part, n'existe-t-il pas des signes négatifs qui nous avertissent encore que le mal est limité? Je vous ai dit que je n'avais pas rencontré de ganglions, que la vessie et le rectum n'offraient aucun altération, que l'utérus isolé au milieu des organes en rapport de voisinage avec lui avait des mouvements normaux et que ses ligaments conservaient leur souplesse. Pour bien m'assurer qu'il en était ainsi, j'ai introduit mon

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

index dans le rectum et, refoulant le col en avant autant que je le pouvais, j'ai senti le corps, suivant un mouvement inverse, basculer du côté du sacrum.

La constatation de tous ces faits, de tous ces signes pour la plupart négatifs est, dans une pareille circonstance, de la plus haute importance, puisque des limites restreintes de la lésion découle une conclusion thérapeutique dont la malade, en thèse générale, pourra bénéficier.

Je ne veux pas maintenant, Messieurs, insister sur les accidents que cette malade verrait se dérouler si nous l'abandonnions au triste sort que lui réserve son mal. Cependant puis-je aborder l'étude du traitement sans vous rappeler les motifs qui nous engagent à pratiquer des opérations graves quand nous voulons essayer de retenir la vie menacée ou de combattre la douleur.

Chez notre malade, la vessie a déjà souffert un peu ; sans être édifié absolument sur l'état de ses différentes parties que l'exploration m'a permis de croire encore saines, puisque la douleur est absente et que les besoins fréquents d'uriner ont cessé, je crois qu'il y a là une simple irritation de voisinage. Mes réserves seront vite jugées quand j'aurai, un des jours prochains, fait l'analyse histologique de l'urine où nous pourrions, à la rigueur, trouver du pus, du sang, des tubuli des reins. Vous savez, en effet, que le cancer utérin, à cause de son voisinage étroit avec la vessie



et l'extrémité inférieure des urétères, exerce souvent sur les voies d'excrétion de l'urine un fâcheux retentissement. J'ai l'intime conviction que cet examen ne nous fera rien découvrir, car les reins, eux non plus, ne sont pas douloureux. S'ils ne sont pas douloureux, comment auraient-ils déjà, par difficulté de l'écoulement, les urétères étant envahis, subi ces altérations de pyélite, de pyélo-néphrite ? Comment auraient-ils subi sans douleur une distension par accumulation de l'urine, et n'auraient-ils, par aucun signe aigu, manifesté leur altération? Non, nous sommes loin de ces lésions ultimes où l'urémie, avec les convulsions de la dernière heure, avec la dyspnée si pénible des derniers instants, donne aux malades atteints de cancer utérin une mort quelquefois si rapide !

L'arbre urinaire est libre, le rectum est libre également ; il n'y a eu jusqu'à ce jour aucune douleur, pas de cystite glaireuse, qui puissent nous faire supposer que déjà le cancer a franchi les limites du col en arrière. Ailleurs et plus limitées se trouvent toutes les lésions.

Affirmons donc qu'il existe un cancer, un épithélioma du col, développé sur la muqueuse intra-cervicale, avec ulcération anfractueuse et prolongement vers le corps, mais n'ayant pas encore altéré la santé générale, maintenu dans les limites de l'organe lui-même resté mobile, sans altération des ganglions et du tissu lymphatique. — Cette conclusion nette nous permettra bientôt de formuler un traitement. Mais

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

avant d'arriver à cette partie importante de la discussion, laissez-moi vous dire un mot de pronostic.

Il est certain, Messieurs, que cette affection marchera, comme je l'ai déjà fait pressentir, vers une issue fatale. Cette issue ne peut être déjà fixée, car dans le cancer utérin, la survie, après les débuts du mal, est extrêmement variable. Certains malades succombent après quelques mois de souffrances, d'autres vivent une année, deux années et plus. Les statistiques s'accordent pour limiter à deux années la moyenne de la vie.

Abandonnée à elle-même, cette malade n'a donc plus que quelques mois à vivre, et jusque-là elle peut se trouver en proie aux plus tristes complications. Avant l'urémie dont je vous ai parlé comme un des plus graves accidents du cancer, les hémorrhagies considérables sont une menace de mort; d'autres hémorrhagies, petites mais répétées, peuvent encore la précipiter, car elles entraînent rapidement la faiblesse, la dépression, l'anémie irréparables. Les malades, presque exsangues, n'ont plus d'appétit, plus de sommeil, et ne peuvent lutter contre la douleur, qui a bientôt raison d'elles.

C'est un bien triste tableau, sans compter que, dans sa marche envahissante, la tumeur pourra, du côté du péritoine, amener des points d'inflammation, de la péritonite; que la vagin perforé sera quelquefois atteint de fistules vésico-vaginales; que la paroi rectale sera



détruite, et que toutes ces parties, communiquant entre elles, seront un vaste cloaque où urine et matières intestinales s'épancheront sans pouvoir être jamais retenues. C'est vous dire qu'un devoir absolu nous est imposé : retarder ou éviter cette triste fin précédée d'atroces douleurs et de tortures morales.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

# TRENTE-HUITIÈME LEÇON

## Du cancer utérin

*(2e Partie).*

Discussion sur le choix d'une opération.
Opérations incomplètes. — Opérations radicales.
Amputation du col. — Hystérectomie.
Comparaison des résultats fournis par ces deux dernières opérations.
L'amputation du col est et restera une très bonne opération.
Divers procédés d'hystérectomie. Mauvais résultats de l'hystérectomie abdominale.
Hystérectomie vaginale. Cas personnels. L'avenir de cette opération est très incertain. On ne peut encore le juger.

Messieurs,

En étudiant la malade qui a fait l'objet de la précédente leçon, nous étions arrivés à conclure qu'il s'agissait d'un épithélioma du col ayant pris naissance sur la muqueuse intra-cervicale et nous pensions encore que la cavité du corps utérin pouvait avoir déjà subi quelques atteintes.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Cependant, je vous ai fait remarquer que l'affection, malgré d'aussi grands progrès vers le col et vers la cavité du corps, semblait assez limitée puisque on ne retrouvait pas d'empâtement, d'induration du côté des ligaments larges et que l'utérus était mobile.

Après avoir établi le diagnostic aussi nettement que le permettait l'ensemble des signes recueillis par mon examen, réfléchissant à quelles graves complications pourrait succomber la malade si son mal évoluait librement, j'en étais arrivé à me demander s'il n'était pas utile d'intervenir : question bien légitime quand on voit l'épithélioma utérin marcher en deux ans, à une issue fatale. Son évolution est quelquefois moins rapide, quelquefois elle l'est davantage, mais deux années représentent la moyenne après laquelle les malheureuses malades succombent emportées soit par la cachexie, soit par quelqu'une de ces complications si pénibles. Aussi doit-on, en présence d'une malade ainsi menacée, envisager quelle survie pourrait résulter pour elle d'une opération radicale si la gravité de son mal permet encore de la pratiquer.

Il n'est point d'autre raison pouvant mieux régler la conduite du chirurgien et ménager sa responsabilité; mais voici que, pour le choix d'une intervention, nous nous trouvons aussitôt en face d'un fait depuis longtemps établi, je veux parler de la multiplicité des opérations imaginées pour les différents cas : tels chirurgiens préférant les extirpations incomplètes



tels autres proposant surtout les amputations radicales, enfin le manuel opératoire variant à l'infini surtout depuis que l'hystérectomie totale tend à s'introduire dans la pratique courante.

Essayons par le raisonnement d'éclaicir le point obscur et d'arriver, dans la discussion, à nous faire une idée nette des opérations limitées pour mieux juger les extirpations complètes.

En principe, Messieurs, il est certain qu'une tumeur, développée sur un point retréci du col, apporte avec elle moins de danger immédiat et peut à la rigueur bénéficier d'une opération limitée. Il devient évident qu'une lésion qui, au contraire, aura dépassé les limites du col pour retentir au loin sur les ganglions, a déjà franchi la période qui la séparait des complications graves et que tout espoir est perdu. Aucune opération n'est capable de procurer un bénéfice quelconque et le seul résultat qui la suivrait serait, outre des accidents immédiats toujours redoutables, une récidive sur place des plus promptes et une accélération des lésions profondes déjà développées.

Pour prendre un cas intermédiaire à ces deux exemples que je viens de citer, revenons à notre observation. Je vous ai dit que, chez cette femme, la lésion n'était pas seulement limitée au col intra-vaginal, et quelle avait dépassé la portion supra-vaginale du col.

Croyez-vous qu'il serait utile, honnête de pratiquer en pareil cas une simple amputation du col? La méde-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

cine opératoire réglée sur l'expérience clinique de tous les jours nous apprend qu'une amputation qui ne dépasse pas les limites du néoplasme qui la rendait nécessaire est une mauvaise opération, et que toujours après elle la lésion marche avec une sorte de fureur comme si le traumatisme opératoire avait apporté dans les tissus une excitation propice à la multiplication des éléments morbides.

Mais si dans le cours de mes leçons je vous ai souvent répété ce principe fondamental que vous ne devez jamais perdre de vue dans la chirurgie générale, je voulais faire quelques réserves pour l'épithélioma du col utérin.

Lui seul, peut-être, peut bénéficier d'opérations incomplètes, parce que l'action limitée qui diminue le mal sans le détruire tout à fait, supprime des surfaces saignantes, tarit la source d'hémorrhagies continuelles et fait disparaître des douleurs atroces qui trop souvent tourmentent les malades.

On voit ainsi des survies d'un, deux et même trois ans qui vraiment méritent d'être comptées quand on discute le choix d'une opération utile.

Je me rappelle avoir, dans deux circonstances, enlevé le col utérin pour des épithéliomas qu'on ne pouvait dépasser. Je me contentai de sectionner la tumeur au ras des insertions vaginales, sachant bien que je laissais encore au-dessus de ma section une partie notable du néoplasme. Pour aller aussi loin



que possible, je plaçai, dans l'orifice qui se montrait au centre de la plaie, un cône de pâte de Canquoin. J'avais la certitude de faire une opération utile chez ces deux malades épuisées par des pertes abondantes et d'incessantes douleurs. L'avenir répondit à mon espérance, car ces deux cas, où la logique, *à priori*, semblait condamner ma conduite, eurent, le premier, dix-huit mois, et le second deux ans de survie dans d'assez bonnes conditions. Il semble donc, Messieurs, que les opérations limitées, condamnables en principe, sont ici meilleures que dans d'autres régions.

Beaucoup de chirurgiens, assurément, avaient comme moi acquis cette conviction quand la Société de chirurgie (1884) discuta longuement la question. MM. Trélat, Verneuil, Tillaux apportèrent des faits nombreux où les opérations limitées avaient eu d'excellents résultats, et il ne parut pas dès lors qu'un avenir sérieux fut conservé aux hystérectomies. Restons donc convaincus que l'amputation du col est une très bonne opération, quand elle peut dépasser les limites du néoplasme, et toujours une opération utile quand elle en supprime seulement une partie.

D'autres opérations peuvent être pratiquées. Quelles sont-elles et quelle est leur valeur absolue?

L'amputation du col au-dessus des attaches du vagin, soit au moyen de l'instrument tranchant, soit avec le thermo ou le galvano-cautère, semble n'offrir que peu

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

d'avantages. Elle est souvent accompagnée ou suivie d'hémorrhagies difficiles à arrêter, et après elle, la mortalité est considérable. Ajoutez qu'elle ne met pas à l'abri des récidives immédiates, car il est difficile de prévoir exactement à quelle hauteur un néoplasme s'est avancé ; la section même sus-vaginale peut rester en deça des limites extrêmes de la tumeur.

Il semble donc qu'une opération dangereuse en soi, d'un secours restreint contre une affection dont les limites sont incertaines, qui, en définitive, ne donne que peu de survie, vaut moins que l'amputation sous-vaginale et doit être repoussée.

Vient ensuite l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale, c'est-à-dire la *laparo-hystérectomie*. Qu'elle soit complète ou incomplète, respectant, dans ce dernier cas, le col épargné par la tumeur; il n'en faut pas moins ouvrir la cavité péritonéale et courir les chances d'une action chirurgicale extrêmement grave. En effet, les résultats immédiats ont été désastreux, et rien ne fait prévoir que dans l'avenir ils puissent être heureusement modifiés.

Il y a peu d'instants, j'établissais que le cancer utérin débutait souvent par la muqueuse cervicale et ne se propageait que plus tard aux parties voisines. Le corps est rarement atteint primitivement. Quels seront donc les cas dans lesquels on pourra porter un diagnostic assez juste pour pratiquer la laparo-hystérectomie incomplète?



N'y eût-il que cette considération pour m'engager à ne jamais y recourir, que je me croirais suffisamment autorisé à chercher ailleurs une opération de choix.

J'aimerais mieux faire l'hystérectomie abdominale complète. Et cependant quelles difficultés opératoires ne rencontre-t-on pas dans ce procédé? La cavité abdominale ouverte, il faut aller à la recherche de l'utérus, le séparer peu à peu et, après ligatures multiples de ses ligaments larges, l'isoler, en dernier lieu, de ses insertions vaginales. Et pour pratiquer des temps aussi délicats, il faut agir dans l'excavation pelvienne avec toutes les difficultés que donnent le sang, la mobilité des organes voisins, le soin constant de ne pas les blesser!

Comptez les morts que donne cette opération, Messieurs, ils arrivent au chiffre de 80 0/0. Si après elle on avait de beaux cas de survie, si quelques malades échappaient au traumatisme opératoire pour jouir de longs mois d'une santé relative, à l'abri des douleurs et des infirmités qui accompagnent la marche envahissante du cancer! Mais non : les récidives ont été rapides. Quelques semaines, quelques mois, jamais ou presque jamais davantage. C'est là le plus grand résultat de l'hystérectomie abdominale; aussi, je ne l'admets pas.

Et cependant il existe des cas où cette opération pourrait, à la rigueur, trouver son indication. Dernièrement, M. le Dr Phélippot m'appelait auprès d'une

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

malade atteinte d'un assez volumineux fibrome utérin et en même temps d'une lésion cancéreuse bien limitée du col.

Il est certain que, pour une extirpation complète, la voie vaginale reste insuffisante en présence d'une volumineuse tumeur du corps utérin. Seule la voie abdominale est possible. Mais d'autres questions pour ce cas exceptionnel devraient être discutées, celle en particulier d'une opération limitée sur le col. Je veux m'attacher à vous montrer combien l'hystérectomie abdominale est rarement indiqué.

Il nous reste à examiner l'hystérectomie vaginale Fournit-elle des résultats meilleurs, immédiatement e dans l'avenir, que les opérations qui précèdent?

Pour nous occuper tout d'abord des résultats immédiats, je vous dirai qu'ils sont bien meilleurs que dans le procédé dont je viens de vous entretenir en dernier lieu. La mortalité aujourd'hui s'élèvent seulement à 28 0[0, grâces aux progrès accomplis par la médecine opératoire et l'antisepsie chaque jour plus parfaite. Ces chiffres valent presque une démonstration et rendent séduisante une opération qui semblait ne devoir rencontrer que peu de crédit parmi les chirurgiens prudents. Mais si bons que soient ses résultats, ils sont encore inférieurs à ceux que donne pour la survie l'amputation simple du col, même quand elle est faite au centre du néoplasme, car elle donne à peine une mortalité de 10 0[0 sur 120 ou 140 cas comme l'a démontré Pauly. Cette statistique n'est pas comparable à celle que je vous citais il n'y a qu'un instant.



L'amputation du col est et restera une excellente opération quand on est sûr de dépasser les limites du mal.

Cependant n'est-il pas plus logique de faire, quand on le peut, l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale? N'y aura-t-il pas une plus grande chance de survie quand vous supprimerez l'organe dont une seule partie, et une partie limitée, se trouve envahie? Cette pratique, basée sur les opérations larges, ne reculant pas devant l'étendue des plaies et le sacrifice légitime de parties saines autour de la lésion, se trouve depuis longtemps confirmée par les beaux résultats que nous obtenons dans la chirurgie des tumeurs : nous amputons largement les tumeurs du sein et nous vidons l'aisselle pour être bien sûrs de ne pas y laisser de ganglions. Nos opérées guérissent vite et plusieurs d'entre elles gardent pendant des mois et des années le bénéfice d'une telle intervention. Dans les régions autres que le sein, nous suivons la même conduite et tous, sans exception, nous savons à quels mécomptes nous sommes exposés si nous nous en écartons un instant.

Il semble donc, Messieurs, que l'hystérectomie doive être la méthode de choix? Les faits, le raisonnement gagneraient facilement sa cause si, je vous le répète encore, nous ne trouvions pas dans l'amputa-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

tion du col une opération qui s'impose par l'excellence relative de ses résultats.

Considérez sans parti pris ce qu'a jusqu'à présent donné l'hystérectomie : quand on a choisi ses cas, les statistiques nous démontrent que les opérées en ont retiré dans la suite fort peu d'avantages.

Une lésion bien limitée, une opération habilement et sagement faite n'ont presque jamais mis à l'abri de promptes récidives ; quelques semaines, quelques mois à peine ont suffit pour qu'il se développât sur place et dans les ganglions des tumeurs secondaires. Les survies de dix-huit mois, deux ans sont de rares exceptions.

Je vous citais une statistique de 160 cas recueillis par Pauly. Après deux ans à dater de l'opération, il n'y avait pas 15 0/0 des malades guéries qui vivaient encore et si nous comparons ces résultats à ceux qu'à toujours fourni l'amputation partielle même en pleine tumeur, ils ne sont pas comparables : tout l'avantage reste à l'amputation qui toujours a donné une survie plus considérable.

Je voudrais, Messieurs, pouvoir porter devant vous un jugement définitif sur la valeur comparative de ces deux opérations, mais les observations publiées sont encore trop peu nombreuses et bien que j'aie depuis un certain temps pratiqué quatre fois l'hystérectomie vaginale, je ne peux vous donner de conclusions certaines : mon devoir est de vous laisser juges, et de vous



faire connaître la question telle qu'elle est aujourd'hui pour que vous puissiez la juger plus tard.

Je serais presque découragé si je m'en rapportais à ces quatre faits personnels d'hystérectomie vaginale. Les malades ont guéri, c'est vrai, mais l'une d'elles a présenté un accident sérieux après l'opération et trois sont déjà mortes comme si l'intervention n'avait pas arrêté les progrès du mal ou en avait activé la généralisation. Je suis cependant certain d'avoir toujours dépassé les limites de la tumeur et de m'être tenu dans la rigueur des indications tracées par ceux qui se sont occupés déjà de l'hystérectomie.

Ma première malade opérée en avril dernier n'était atteinte que depuis trois mois et l'épithélioma du col très limité n'avait pas encore remonté du côté du corps ni vers les culs-de-sac. Pendant trois mois, elle a bénéficié d'une guérison rapidement obtenue ; elle a repris sa santé, son embonpoint. Mais, bientôt la ventre est devenu douloureux ; la vessie, le vagin, le rectum ont été le siège d'une récidive qui, foudroyante dans sa marche, a transformé tous ces organes en un vaste cloaque où des anses intestinales n'ont pas tardé à se montrer, et la mort est venue après trois mois de cruelles souffrances.

Les meilleures conditions se trouvaient cependant réunies ; l'opération, bien conduite, n'avait rien laissé à désirer. Pourquoi six mois seulement ont-ils suffi au développement d'aussi terribles accidents ? L'au-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

topsie nous a montré que le ventre était plein de ganglions indurés, et que tous les organes pelviens se trouvaient envahis. Six mois de survie dans de misérables conditions! Croyez-vous, Messieurs, que si j'avais abandonné cette femme au sort que lui réservait sa tumeur, elle n'aurait pas vécu plus longtemps?

Ma seconde malade, dont je n'ai pu faire la nécropsie, ne paraît pas avoir succombé à une récidive, mais à une complication grave : une fistule urétéro-vaginale. Il m'arriva, en effet, pendant l'opération, de serrer entre les mors d'une pince à forcipressure l'extrémité de l'urétère gauche ; et, vers le septième jour après l'opération, une escharre se détacha dans le fond du vagin, laissant après elle une fistule de l'urétère. M. J. Beckel, de Strasbourg, nous a fait connaître une observation analogue; de telle sorte qu'il est juste de compter la blessure de l'urétère parmi les accidents possibles de l'hystérectomie vaginale dont elle peut, jusqu'à un certain point, assombrir le pronostic. Cette fistule, grave par elle-même, peut encore, par altération des voies urinaires et du rein, entraîner de sérieux accidents et même la mort. Je crois que la malade dont il est maintenant question est morte d'accidents pyélo-néphrétiques.

La troisième malade était une robuste femme de trente-deux ans, qui faisait remonter à deux mois seulement les débuts de son mal. L'opération fut des plus difficiles; je pouvais à peine abaisser l'utérus, et



pour le faire basculer après l'incision large du cul-de-sac antérieur, je dus employer une force assez considérable. Cependant il ne survint aucun accident, et la guérison s'accomplit dans les meilleurs conditions. J'espérais tenir un véritable succès, lorsque, deux mois après, la tumeur récidiva sur place. Peu de jours après des ganglions énormes se développaient dans le ventre, et bientôt la mort arrivait au milieu d'une dépression générale des forces et d'un amaigrissement extrême.

M'est-il prouvé que, si je n'étais pas intervenu, cette femme n'aurait pas vécu encore deux ans?

Ma quatrième malade a été opérée il y a huit mois. Il n'y a pas encore eu de récidive. Serais-je sur le point d'obtenir une longue survie et d'aborder enfin une série de ces cas heureux qui peuvent modifier les idées personnelles, et accréditer une opération qu'on avait jusqu'alors sévèrement jugée? Je ne le sais; mais j'ai la conviction qu'il serait léger ou téméraire de proscrire déjà l'hystérectomie vaginale. Les statistiques dressées jusqu'à ce jour n'ont, à mon avis, aucune valeur sérieuse, puisqu'elles représentent les premiers essais tentés dans la voie du progrès. Maintenant, chaque jour amène dans cette opération d'heureuses modifications : la médecine opératoire arrive à la perfection, et la mortalité diminue.

D'où vient, en effet, qu'au début, nous entendions si souvent parler de morts rapides, d'hémorrhagies

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ou d'accidents inflammatoires? Il n'en est plus question, et nous pouvons aujourd'hui déjà pressentir le jour où l'hystérectomie deviendra une très bonne opération.

Retenez cependant, Messieurs, qu'en formulant cette espérance je n'affirme rien : je crois que l'extirpation de l'utérus, par la voie vaginale, est toujours une opération incertaine dans ses résultats; je crois seulement qu'après les progrès accomplis dans ces derniers temps, elle pourra peut-être, dans l'avenir, être la méthode de choix qui laissera loin derrière elle toutes les autres opérations radicales ou palliatives.

# TRENTE-NEUVIÈME LEÇON

## Fibrome de l'ovaire.

Observation détaillée d'une malade atteinte d'une tumeur volumineuse dont l'apparition fut précédée de divers troubles locaux et généraux de nature à compliquer le diagnostic.

Diagnostic du siège de cette tumeur. — L'ovaire seul peut être mis en cause.

Diagnostic de sa nature. — Tumeurs sanguines, hematocile. — Phlegmons chroniques. — Tumeurs liquides. — Tumeurs solides.

Cette tumeur absolument solide n'offre aucun des caractères d'une tumeur maligne : il s'agit bien d'une fibrome de l'ovaire.

Le fibrome est une tumeur bénigne qui peut revêtir des caractères graves.

Messieurs,

Dans les deux conférences qui vont suivre, je veux, devant vous, établir un parallèle entre deux malades que le hasard a conduit dans nos salles et qui présentent chacune des lésions différentes, mais bien dignes d'être comparées au point de vue clinique. Ces deux observations ont des points de contact tellement précis et doivent encore se terminer par des conclusions thérapeutiques tellement semblables que vous trou-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ou d'accidents inflammatoires? Il n'en est plus question, et nous pouvons aujourd'hui déjà pressentir le jour où l'hystérectomie deviendra une très bonne opération.

Retenez cependant, Messieurs, qu'en formulant cette espérance je n'affirme rien : je crois que l'extirpation de l'utérus, par la voie vaginale, est toujours une opération incertaine dans ses résultats; je crois seulement qu'après les progrès accomplis dans ces derniers temps, elle pourra peut-être, dans l'avenir, être la méthode de choix qui laissera loin derrière elle toutes les autres opérations radicales ou palliatives.

# TRENTE-NEUVIÈME LEÇON

## Fibrome de l'ovaire.

Observation détaillée d'une malade atteinte d'une tumeur volumineuse dont l'apparition fut précédée de divers troubles locaux et généraux de nature à compliquer le diagnostic.

Diagnostic du siège de cette tumeur. — L'ovaire seul peut être mis en cause.

Diagnostic de sa nature. — Tumeurs sanguines, hematocile. — Phlegmons chroniques. — Tumeurs liquides. — Tumeurs solides.

Cette tumeur absolument solide n'offre aucun des caractères d'une tumeur maligne : il s'agit bien d'une fibrome de l'ovaire.

Le fibrome est une tumeur bénigne qui peut revêtir des caractères graves.

Messieurs,

Dans les deux conférences qui vont suivre, je veux, devant vous, établir un parallèle entre deux malades que le hasard a conduit dans nos salles et qui présentent chacune des lésions différentes, mais bien dignes d'être comparées au point de vue clinique. Ces deux observations ont des points de contact tellement précis et doivent encore se terminer par des conclusions thérapeutiques tellement semblables que vous trou-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

verez, j'en suis sûr, un grand intérêt à les suivre.

La première de ces malades, celle qui fera l'objet de notre étude aujourd'hui, a une histoire particulièrement intéressante, et la tumeur qu'elle porte offre, je vous en avertis, le mérite de la rareté.

La seconde est beaucoup plus simple, mais les indications auxquelles je dois obéir, me paraissent assez dignes de toute notre attention pour que je n'hésite plus à lui consacrer encore la prochaine leçon.

Pour l'instant, nous allons nous occuper de cette jeune femme de vingt-sept ans, admise depuis quatre jours à la salle 8. Elle n'a jamais été malade autrefois; ses règles sont venues à seize ans très régulières, et à dix-neuf ans cette régularité absolue n'avait pas encore été troublée.

Survint alors une grossesse qui marcha bien jusqu'au neuvième mois, et ne fut suivie pendant l'accouchement et ses suites d'aucun accident.

L'état puerpéral passé, les règles revinrent avec leur régularité ancienne, le sang était rouge, limpide et n'était point accompagné de caillots.

Mais voici qu'il y a dix-huit mois, tout à coup se produisit, au milieu de la santé la plus parfaite, un retard de quinze jours, et je me hâte de vous dire qu'il ne me paraît nullement pouvoir être attribué à une seconde grossesse. En effet, cette femme n'eut alors aucun trouble du système nerveux, ses seins ne gonflèrent pas, elle ne ressentit rien d'anormal.



Ce retard durait depuis quinze jours, quand la malade fit une chute dans un escalier; son pied venant à manquer une marche quand elle descendait, elle tomba, roula plusieurs degrés et se releva très endolorie. Elle dut même s'aliter aussitôt, car cette chute fut presque immédiatement suivie de phénomènes inquiétants.

Fièvre, douleurs dans le ventre, vomissements, rien ne manquait des signes qui doivent caractériser une inflammation, une péritonite locale. Les règles, depuis plusieurs jours supprimées, revinrent alors avec leurs caractères d'autrefois, c'est-à-dire sans coliques, sans caillots, sans douleurs expulsives, ce qui, j'ai toutes raisons de le croire, n'est pas de nature à faire supposer qu'il existait une grossesse, et qu'un avortement avait été le résultat du traumatisme.

Deux mois durèrent ainsi pendant lesquels il fallut garder le lit : il y avait encore du malaise, un peu de fièvre, des douleurs lombaires,

Après ce laps de temps, la malade voulut se lever, mais le résultat ne fut pas heureux; un malaise plus grand dans la partie inférieure du ventre, surtout à gauche dans la fosse iliaque, des tiraillements pénibles dans les reins l'avertirent en effet qu'elle n'était pas guérie. Elle éprouva même quelques accidents vésicaux qui depuis ne se sont point amandés; c'étaient un besoin fréquent d'uriner, des douleurs à la fin de la miction, des urines qui ne contenaient pas de sang mais laissaient déposer un sédiment épais analogue à



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

du pus, tel probablement que vous pouvez encore le voir quand dans une éprouvette vous laissez déposer une certaine quantité de ces urines. Jamais le jet d'urine n'a été brusquement interrompu.

A ces divers symptômes, on ne peut méconnaître une irritation vésicale, une cystite du col tenace et douloureuse.

Depuis dix-huit mois, l'état général de cette malade ne s'est pas agravé; elle ressent encore des tiraillements lombaires, quelques douleurs dans le bas ventre; mais les phénomènes vésicaux seuls ont persisté avec toute leur intensité; aussi sont-ils les seuls qui préoccupent cette femme et l'ont déterminée à venir à l'hopital. Elle est entrée dans mon service pour sa cystite et c'est dans ces conditions-là que nous avons commencé à l'observer et que, chemin faisant, nous avons découvert autre chose, une lésion plus grave à laquelle il faut peut-être rapporter tout ce qui l'inquiète, c'est-à-dire : les douleurs vésicales.

Cette autre lésion est une tumeur de la partie inférieure de la fosse iliaque occupant l'excavation pelvienne où elle parait avoir pris naissance.

En l'examinant à travers les parois de l'abdomen, on constate à la limite interne de la fosse iliaque gauche une saillie dure, résistante sans fluctuation. Assez régulière dans sa forme, elle offre cependant deux ou trois petits mamelons de la grosseur d'une noix sur sa partie la plus élevée.



De la fosse iliaque gauche sur laquelle elle s'incline on peut ensuite la suivre en dedans, vers la ligne médiane, et le relief qu'elle forme dans l'abdomen remonte à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

Latéralement elle ne dépasse guère la ligne médiane et conserve partout la consistance dure que je vous ai signalée.

En bas, elle plonge dans la cavité pelvienne où bientôt vos doigts la perdent. Le toucher vaginal seul pourra la retrouver saillante du côté des culs-de-sac.

Elle n'est point immobilisée dans la situation qu'elle occupe, mais les mouvements que l'on peut lui communiquer ne sont pas étendus. De gauche à droite ils sont fort restreints, de haut en bas ils sont à peine plus sensibles. Ce sont des mouvements de glissements que les doigts explorateurs et les yeux peuvent suivre en y prêtant toute leur attention. Retenez, Messieurs, que ces mouvements ne sont pas douloureux.

Le toucher vaginal permet de recueillir plusieurs renseignements assez importants. Le col utérin n'est point augmenté de volume; mais il est dévié vers la concavité du sacrum d'abord, et à gauche vers la tumeur ensuite. Sa longueur, pas plus que son volume ne présentent de modification; il n'est pas ulcéré, son orifice est normal. Le doigt peut le contourner aisément sans rencontrer d'abord d'obstacles dans les culs-de-sac; à gauche seulement il trouve une saillie convexe, une induration sans rénitence ni fluctuation

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

qui rappelle exactement la tumeur que vous avez vue dans la fosse iliaque. Latéralement elle se confond presque avec les parois du bassin et en haut paraît se continuer avec la tumeur iliaque; et ce qui prouve bien qu'il en est ainsi, c'est que votre doigt explorateur venant à pousser cette masse vaginale tandis que l'autre main se tient immobile sur la tumeur, vous sentez un mouvement de transmission.

Je n'hésite donc pas à vous affirmer que ce double examen de la cavité abdominale et de la cavité pelvienne, constatent la présence d'une même tumeur qui, par son grand développement, fait saillie vers la fosse iliaque et dans l'excavation du bassin.

Mais, vous savez aussi que cette tumeur est solide et n'offre en aucun point de son étendue de fluctuation. Où que vous l'examiniez, dans l'abdomen ou bien par le vagin où la muqueuse est lisse et sans adhérences, partout elle se révèle avec des caractères de dureté absolue.

Les troubles fonctionnels qu'elle développe autour d'elle sont peu importants : déjà le toucher vaginal est resté insensible, c'est qu'en effet, à part quelques malaises, un peu de gêne, des tiraillements dans les lombes, le repos de cette malade n'est pas troublé.

La menstruation est des plus normales, puisque le sang apparaît à date fixe, s'écoule pendant deux ou trois jours et qu'il n'est jamais accompagné de caillots.



C'est en vain que nous chercherions d'autres signes capables d'éclairer le diagnostic. Ceux que nous avons groupés doivent seuls nous servir et c'est à l'étude de ce diagnostic que nous allons maintenant nous appliquer.

Pendant que j'explorais cette tumeur par le toucher vaginal, je vous ai fait remarquer qu'elle confinait à l'utérus et occupait exactement la situation du ligament large. Nous devons donc tout d'abord discuter la question du siège occupé par elle et retrouver l'organe dans le tissu duquel elle se serait développée.

Quels sont, Messieurs, les organes qui, dans cette région, peuvent être le point de départ de tumeurs? Ils sont nombreux : l'utérus est souvent atteint de lésions considérables; le ligament, large par les organes et tissus nombreux qui entrent dans sa texture, peut lui aussi en présenter de variées, et pour ne citer que les kystes ovariens, nous savons que tumeurs liquides, solides, mixtes, tumeurs inflammatoires se retrouvent ici très nombreuses. Enfin, le rectum, la vessie, l'enceinte pelvienne elle-même, méritent un examen sérieux tant leurs altérations sont nombreuses et peuvent prêter à de sérieuses difficultés dans un diagnostic différentiel.

Examinons d'abord ce qui concerne l'utérus, je vous dis aussitôt : non, Messieurs, l'utérus est hors de question, parce que notre exploration nous le démontre.

Sans doute, la tumeur pelvienne s'étend jusqu'à

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

l'utérus, mais le doigt qui explore le vagin rencontre entre elle et la partie correspondante du col une rigole peu profonde, sans doute, mais bien marquée qui les sépare d'une façon nette.

Cette ligne de démarcation, on la trouve encore par la combinaison du toucher vaginal et du palper abdominal, puisque, entre l'utérus et cette tumeur, nos doigts peuvent presque se rencontrer, quand d'un côté vous pressez sur la rigole qu'on sent à travers le vagin, et que, de l'autre, vous appuyez fortement sur la partie interne du globe abdominal; ce fait seul permet d'affirmer que l'utérus est indemne, mais bien d'autres signes vous le prouvent encore. L'utérus est mobile, légèrement retiré à droite, et les mouvements communiqués à la tumeur ne lui sont pas transmis.

Un mode d'exploration qu'il ne faut pas oublier dans l'examen difficile de ces altérations du bassin, l'*hystérométrie*, ne m'a donné que des renseignements négatifs; l'utérus n'est point augmenté dans ses dimensions verticales où du moins sa cavité a conservé sa longueur normale.

Enfin, les mains, qui dépriment fortement la paroi abdominale, nous permettent de limiter le fond du corps utérin et de constater qu'il n'est point développé.

S'il ne s'agit pas de l'utérus, à plus forte raison ne s'agit-il pas du rectum. Chez notre malade, en effet, la tumeur occupe une situation superficielle dans le ventre, il n'y a pas eu de troubles de défécation, de



selles sanglantes, de ténesme, et l'exploration du rectum a rencontré un canal libre de toute part, aussi haut que pouvait atteindre le doigt.

Remarquez maintenant, Messieurs, que les phénomènes dominants se trouvent localisés du côté de la vessie et qu'ils accusent une cystite assez intense. C'est même cet état de souffrance qui a conduit la malade à l'hôpital et l'état des urines, qui sont louches, chargées du muco-pus, ne laisse aucun doute sur la réalité d'une altération de la vessie. Mais, d'une cystite à une tumeur, il y a loin. Aussi l'exploration du bas-fond de la vessie, l'absence d'hématurie, l'émission relativement facile des urines, le cathétérisme absolument négatif nous avertissent-ils que la vessie, à part l'inflammation dont elle se trouve atteinte, ne contient pas de tumeur. Il existe seulement dc la cystite franche, consécutive à une autre lésion voisine et probablement produite par la gêne, la compression transmises de la tumeur aux organes voisins.

Le peu de mobilité de la tumeur sur l'enceinte pelvienne aurait pu nous faire songer à un néoplasme des os, à un ostéo-sarcome, à un ostéo-chondrome comme il arrive souvent chez les sujets jeunes; mais si la tumeur n'est pas très mobile, elle l'est cependant à un certain degré et ce signe suffit pour éloigner l'idée d'une tumeur osseuse. Du reste, cherchez la limite externe de cette lésion déjà volumineuse;

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

vos doigts rencontrent bientôt une rigole, un sillon qui sépare la masse de l'enceinte pelvienne qui la contient et la limite en dehors. Pensez-vous qu'une telle tumeur n'aurait pas déjà déterminé des compressions autour d'elle sur les nerfs et les vaisseaux qui traversent les os; qu'il ne se serait pas déjà produit des douleurs vives, des névralgies sur le plexus sacré?

Vous voyez qu'insensiblement, nous sommes amenés par exclusion à reconnaître que la tumeur développée chez cette femme occupe les annexes de l'utérus; mais nous devons encore préciser le diagnostic en fixant l'origine précise de la lésion qui peut être dans le ligament large lui-même, les culs-de-sac du péritoine, l'ovaire.

Quand on reprend l'histoire pathologique de cette femme, on voit qu'elle a eu autrefois un retard de quinze jours dans l'apparition de ses règles, qu'un traumatisme violent intervint produisant une hémorrhagie et avec elle des douleurs accompagnées de phénomènes généraux, de fièvre, de telle sorte que le chirurgien doit se demander s'il n'y eut pas alors un écoulement de sang dans la séreuse péritonéale, une hématocèle. L'hématocèle en effet, quelque soit le point dans lequel le sang s'accumule, peut se resorber peu à peu, mais le plus souvent s'enkyste et forme une tumeur appréciable par addition du dépôt fibrineux. Or, il est peu probable que, si l'hémorrhagie a été considérable et a produit une tumeur d'un certain volume, elle n'ait pas son siège dans le cul-de-sac postérieur; ce n'est plus alors une induration placée sur un des côtés de l'utérus qu'on retrouverait dans l'examen de la malade; ce serait une sorte d'enclavement de l'utérus au milieu d'une zone indurée qui l'immobiliserait en arrière, en faisant du côté du vagin une saillie manifeste. Bien au contraire, nous avons constaté que le cul-de-sac postérieur était libre, souple, sans résistance aucune et que l'utérus était mobile. Souvenons-nous ensuite que les règles, dès leur apparition, n'ont rien présenté d'anormal et que depuis cette époque elles n'ont pas été troublées. Il serait donc illogique, pour tous ces motifs, d'admettre une hématocèle ayant après elle laissé un reliquat inflammatoire.



Voici maintenant que certains troubles inflammatoires, de la fièvre, des douleurs, des vomissements, du météorisme, qui marquèrent les débuts de la maladie immédiatement après le traumatisme, vont éveiller dans vos esprits l'idée d'une inflammation du ligament large ayant amené un dépôt plastique, une induration considérable.

La tumeur occupe en effet la situation même du ligament large, elle confine au bassin et s'étend jusqu'à l'utérus; saillante dans le cul-de-sac latéral, elle s'élève ensuite vers le détroit supérieur et partout elle est dure et présente à sa surface quelques irrégularités. Les apparences ne sont-elles pas en faveur d'un

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

phlegmon chronique, d'une périmétrite chronique ? Or, pour soutenir ce diagnostic, il ne suffit pas des débuts ; la marche de la maladie, l'appréciation exacte de l'état actuel sont aussi nécessaires.

Les phlegmons, qui sont lents et résistent au traitement, peuvent sans doute donner lieu à des tumeurs. Bien souvent, j'ai vu chez des malades atteintes de douleurs et de fièvre après les couches, des tuméfactions considérables du ligament large, refoulant l'utérus et formant aussi des tumeurs ; mais il est à remarquer que ces inflammations, même lorsqu'elles sont passées à l'état chronique, donnent toujours lieu à de la douleur. Cette douleur est spontanée ; elle s'exagère aussi par la pression, par les mouvements.

Retenez bien que ces douleurs spontanées sont pour ainsi dire obligées, constantes. Les malades éprouvent des élancements pénibles qui les forcent à garder le repos et les condamnent à une sorte d'infirmité douloureuse. Essaient-elles d'abandonner la position horizontale pour marcher et se mouvoir, elles peuvent à peine faire quelques pas ; elles s'arrêtent, font de vains efforts pour vaincre la douleur presque aussitôt réveillée, puis, vaincues par elle, sont obligées de revenir au repos forcé qu'elles avaient imprudemment quitté. Pour quelques pas faits avec ménagement, on les voit ensuite condamnées à quinze jours, à plusieurs semaines de lit.

La douleur persistante n'est pas le seul caractère



de ce triste état pathologique ; il survient des bouffées inflammatoires, des congestions internes de tout le système pelvien à chaque époque mensuelle.

Il faut de longs mois pour que cet état cesse ou s'atténue et les malades sont contraintes de garder la position horizontale qui ne les préserve pas toujours des douleurs abdominales et des retours fréquents d'une fièvre souvent assez forte.

Ajoutez enfin que, dans le phlegmon chronique, il est assez commun d'observer des hémorrhagies, une durée insolite des menstrues, de violentes coliques au moment des règles, et des caillots pendant leur durée. On a pu croire, dans quelques circonstances, qu'il existait des corps fibreux utérins, alors qu'il s'agissait seulement de périmétrites anciennes.

Loin de tout cela, Messieurs, pour admettre chez notre malade une inflammation chronique des annexes de l'utérus, vous n'avez ni douleurs aiguës, ni poussées inflammatoires, vous n'avez rien. Et le résultat de votre exploration quel est-il ? Un utérus mobile, sans adhérences, un utérus qui reste insensible quand on le presse ou quand on cherche à le mobiliser.

Il n'y a donc ni hématocèle, ni phlegmon chronique du ligament large et nous arrivons aux tumeurs

Il existe, sans aucun doute, une tumeur solide du ligament large et cette tumeur occupe l'ovaire, car c'est là qu'est le vrai point de départ de ces tumeurs occupant les cotés de l'utérus.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

On a bien vu des tumeurs de la trompe, des grossesses extra-utérines, intra-tubaires, mais je me refuse à admettre qu'il en est ainsi, car l'interrogatoire de cette femme ne fait constater chez elle aucun des signes de la grossesse; le système nerveux n'a pas souffert, les seins n'ont pas gonflé; au surplus, les règles se sont après peu de temps rétablies d'une façon très régulière. Une grossesse tubaire a peu d'avenir devant elle : dans les deux mois qui suivent la conception, le kyste se rompt ordinairement; s'il s'accroit davantage, l'utérus se développe simultanément, mais la rupture se produit encore et la mort arrive.

Qu'il y a loin de ces signes à ceux que vous avez retrouvés dans cette observation!

Les tumeurs de l'ovaire sont nombreuses, et les plus fréquents sont les kystes, kystes simples ou tumeurs complexes formées de parties solides et de collections liquides surajoutées. Il n'existe pas dans l'économie d'organe plus riche en tumeurs mixtes que l'ovaire : cysto-fibromes, cysto-sarcomes, etc., etc., sont l'objet de diagnostics délicats et souvent erronés.

Les kystes sont unis ou multiloculaires. Multiloculaires, ils peuvent encore appartenir à la catégorie des tumeurs mixtes dont je viens de parler. Quels qu'ils soient, quand ils contienent des parties liquides, il est rare que vous ne puissiez pas, à leur surface, en un point peut-être limité mais cependant appréciable, retrouver la rénitence et la fluctuation qui s'attachent à la présence d'une collection liquide. Cette fluctuation dissipe désormais tous les doutes.



Ici dureté absolue, pas de rénitence. Il n'y a qu'une tumeur solide. Quelle est sa nature? Chacun de vous a déjà posé des conclusions depuis longtemps préparées par la discussion qui précède et l'histoire clinique de cette malade. L'hésitation ne saurait être longue, quand il faut décider entre la tumeur bénigne et la tumeur maligne. Sans nous arrêter à des considérations qui peut-être nous conduiraient à l'erreur, si nous voulions enfin faire un diagnostic histologique, disons qu'il s'agit ici d'une tumeur bénigne et non pas d'un cancer. Il y a dix-huit mois, nous aurions hésité : aujourd'hui, nous affirmons, parce que la marche lente de la lésion le veut ainsi. S'il avait existé une tumeur de mauvaise nature, depuis dix-huit mois il se serait produit d'autres troubles locaux et généraux. Le néoplasme aurait grossi rapidement; il se serait ramolli, provoquant autour de lui des douleurs, et vous savez que la malade ne souffre pas; des phénomènes de compression sur les organes voisins seraient peu à peu survenus, entraînant de l'ascite, des thromboses, de l'œdème, et tout est resté dans un ordre relatif. Voyez, en effet, la santé générale de cette femme, la coloration rosée de son visage; elle dort, mange avec appétit, a conservé toute sa vigueur.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Vous repoussez le diagnostic de tumeur maligne, de cancer, et vous concluez : tumeur bénigne.

Il y a cependant une autre variété de tumeur; je veux parler de la tuberculose ovarique, que nous devons encore envisager. Il est habituel de voir les tubercules des organes génitaux coïncider avec les altérations urinaires, avec la cystite tuberculeuse. Les troubles survenus chez notre malade, du côté de la vessie, ne pourraient-ils nous conduire à la découverte d'une altération tuberculeuse de la vessie? Je ne le crois pas. Si, en effet, chez l'homme, la tuberculose génitale est souvent la première manifestation de la diathèse, chez la femme il n'en est pas ainsi. M. Brouardel a publié des observations prouvant qu'il existe des exceptions à cette règle, mais retenez comme certain que la tuberculose ovarique coïncide toujours avec d'autres lésions de même nature, et qu'elle se montre chez des jeunes femmes dont le système respiratoire est déjà profondément altéré.

Nous n'avons rien vu de semblable chez notre malade, et la cystite elle-même dont elle est atteinte n'a aucun des caractères de la tuberculose vésicale : pas de sang, pas de douleurs atroces; le doigt, introduit dans le vagin, ne provoque aucune souffrance quand il appuie sur le col.

L'état local, l'état général, Messieurs, ont fait justice de cette dernière difficulté, et la tumeur bénigne



reste seule en votre présence. J'ajoute que, de toutes les variétés des productions morbides, le fibrome est le seul qui doit rester en cause.

Une tumeur à marche lente, indolente, sans retentissement sur les parties voisines, lisse à sa surface, mais présentant trois ou quatre élevures qui ressemblent à ces bourgeons qu'on retrouve si souvent à la surface des fibromes utérins, que peut-elle être, si non un fibrome?

On objectera que cette lésion est rare sur l'ovaire; mais sa rareté ne saurait être une raison qui l'exclue et je crois pouvoir me reporter à la discussion qui précède et nous a conduit par exclusion à ce diagnostic, pour affirmer qu'il est juste.

Cette observation ne reste pas isolée du reste; on connaît le fibrome ovarique pur, tandis qu'on nie l'existence du fibro-myome.

Je n'ai aucune raison pour m'élever contre cette opinion, mais je conserve quelques doutes, ne sachant en somme s'il n'existe pas ici une tumeur analogue à celles qui se développent dans l'utérus et sont composées de tissu fibreux et de tissu musculaire.

Porter de telles conclusions à la suite de cette intéressante observation, c'est indiquer en partie ce que réserve l'avenir. Le développement ultérieur sera lent s'il n'est déjà terminé, voilà la probabilité. Mais nous ne pouvons être sûrs que cette tumeur ne prendra pas un volume considérable, nous ne savons pas

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

davantage s'il ne se formera pas dans son tissu des kystes qui lui imprimeront alors un accroissement rapide. Ces incertitudes donnent, vous le comprenez, une gravité spéciale au diagnostic et nous obligent à de grandes réserves.

Je ne doute pas que vous trouviez un grand intérêt à rapprocher cette observation d'un cas analogue, qui nous servira dans la prochaine leçon à formuler les indications précises que vous devez suivre dans le traitement de ces tumeurs qui, bénignes, peuvent cependant revêtir un caractère de haute gravité.

# QUARANTIÈME LEÇON

## Fibrome utérin.

*(Suite et fin).*

Observation de la leçon précédente et nouvelle observation de fibrome utérin. — Comparaison entre les tumeurs utérines et les tumeurs de l'ovaire.

Diagnostic différentiel entre ces deux variétés, par les signes recueillis dans l'examen clinique.

Pronostic commun aux fibromes utérins et ovariens. — Influence de la ménopause.

Traitement. — S'abstenir d'opérations radicales, quand la vie n'est pas en danger. — Choix d'une opération dans le cas contraire.

Traitement médical. — Résultat excellent qu'il peut avoir quand il est bien dirigé. — Eaux minérales, seigle ergoté, électricité.

MESSIEURS,

Dans la précédente leçon, je vous ai rapporté l'histoire d'une malade offrant un haut intérêt clinique, et après avoir étudié les symptômes qu'elle présentait, j'ai longuement discuté le diagnostic différentiel pour arriver à reconnaître chez elle une affection rare, le fibrome de l'ovaire.

En terminant, je vous ai dit que diagnostic et pro-



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

davantage s'il ne se formera pas dans son tissu des kystes qui lui imprimeront alors un accroissement rapide. Ces incertitudes donnent, vous le comprenez, une gravité spéciale au diagnostic et nous obligent à de grandes réserves.

Je ne doute pas que vous trouviez un grand intérêt à rapprocher cette observation d'un cas analogue, qui nous servira dans la prochaine leçon à formuler les indications précises que vous devez suivre dans le traitement de ces tumeurs qui, bénignes, peuvent cependant revêtir un caractère de haute gravité.

# QUARANTIÈME LEÇON

## Fibrome utérin.

*(Suite et fin).*

Observation de la leçon précédente et nouvelle observation de fibrome utérin. — Comparaison entre les tumeurs utérines et les tumeurs de l'ovaire.

Diagnostic différentiel entre ces deux variétés, par les signes recueillis dans l'examen clinique.

Pronostic commun aux fibromes utérins et ovariens. — Influence de la ménopause.

Traitement. — S'abstenir d'opérations radicales, quand la vie n'est pas en danger. — Choix d'une opération dans le cas contraire.

Traitement médical. — Résultat excellent qu'il peut avoir quand il est bien dirigé. — Eaux minérales, seigle ergoté, électricité.

MESSIEURS,

Dans la précédente leçon, je vous ai rapporté l'histoire d'une malade offrant un haut intérêt clinique, et après avoir étudié les symptômes qu'elle présentait, j'ai longuement discuté le diagnostic différentiel pour arriver à reconnaître chez elle une affection rare, le fibrome de l'ovaire.

En terminant, je vous ai dit que diagnostic et pro-



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

nostic devaient cependant être réservés, parce que l'ovaire est le terrain privilégié des tumeurs mixtes dont l'évolution ménage quelquefois des surprises. Les productions kystiques : le sarcome, le chondrome, peuvent se greffer sur une tumeur ancienne, et modifier l'aspect qu'elle avait jusqu'alors présenté. On voit ainsi des cas qui, tout à coup, révèlent les allures de la malignité quand ils avaient depuis longtemps les caractères d'une bénignité complète.

Je veux aujourd'hui compléter cette observation en étudiant les indications thérapeutiques ; mais je désire encore vous présenter un autre cas de tumeur abdominale qui mérite à tous égards d'être rapproché de celui que vous connaissez déjà.

Ces deux malades ont beaucoup de rapport entre elles, et si l'examen clinique les rapproche, vous verrez qu'elles se trouvent encore unies par les mêmes conclusions quand il s'agira du traitement.

Notre seconde malade a quarante et un an, a toujours été bien portante, et vous voyez qu'elle conserve toutes les apparences d'une bonne santé. Elle le doit à une vie laborieuse, aux travaux en plein air.

Elle a été réglée à douze ans et la menstruation a toujours suivi un cours régulier. A seize ans, elle s'est mariée, et avait presque aussitôt une grossesse normale.

Je ne crois pas que nous devions attacher une grande importance au renseignement qu'elle nous



donne sur la maladie qui frappa sa mère, morte à quarante-neuf ans d'une tumeur abdominale. Elle eut, cela est vrai, d'abondantes pertes de sang, mais il paraît que cette tumeur ne faisait aucune saillie dans le ventre, restait cachée dans le bassin, que les hémorrhagies furent fréquentes, accompagnées de vives douleurs et qu'on fit à plusieurs reprises des cautérisations par le vagin. En trois ans, l'amaigrissement devint extrême, les forces déclinèrent peu à peu, et la mort survint dans de telles conditions de faiblesse et de cachexie que vraiment il nous serait difficile de penser à autre chose qu'à l'épithélioma du col, au cancer utérin.

Notre malade n'offre, vous allez le voir, dans ses antécédents personnels, rien qui rappelle cette marche rapide, cette malignité certaine d'une lésion cancéreuse. A dix-sept ans, c'est-à-dire après son accouchement, elle eut des accidents inflammatoires qui furent graves et durèrent six mois : elle avait le ventre ballonné, de la fièvre, des douleurs étendues et fréquentes. Quand le calme se rétablit peu à peu, les règles revinrent et la santé fut parfaite ; aussi ne reparut-il rien des accidents anciens dans la longue période qui s'étend jusqu'à ces deux dernières années.

Il y a deux ans, elle fit un jour une chute sur le côté gauche et ressentit après de grandes douleurs dans le côté correspondant du ventre. Ces douleurs furent alors l'occasion qui permit de reconnaître la présence

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

d'une tumeur du volume d'un œuf et dont l'existen e remontait certainement à une époque bien antérieure.

Le traumatisme et ses suites fort légères passèrent, et la malade ne s'inquiéta plus. Que pouvait signifier pour elle une grosseur qui ne la gênait pas, qui n'amenait aucun trouble dans les fonctions et ne réagissait en aucune manière sur les organes voisins? Les règles étaient toujours régulières.

Six mois après ce traumatisme (il y a par conséquent dix-huit mois), voici que l'écoulement mensuel se montra plus abondant : au lieu de durer trois à quatre jours, il durait sept, huit jours, mais il ne se présentait pas avec des caillots : une seule fois il s'en montra, vers le troisième mois. Notez que le ventre n'était jamais sensible, que surtout il n'y avait pas de douleurs expulsives analogues à celles qu'on rencontre si souvent dans quelques tumeurs utérines.

Il est certain que la lésion se développait chaque jour davantage, car les règles devenaient de plus en plus abondantes. Depuis trois ou quatre mois, les pertes sont à peu près incessantes. La continuité de l'hémorrhagie permet cependant de distinguer encore l'apparition des règles, dont le sang est plus rouge, plus abondant, et qui sont, après une durée de quelques jours, suivies de pertes moins considérables et plus pâles.

La malade, qui s'inquiétait peu de la grosseur reconnue depuis deux ans, est venue à l'hôpital demander des soins pour cette hémorrhagie qui lui inspirait les plus grandes craintes.



Quand nous l'avons examinée, il nous a semblé que le ventre, dans son ensemble, était plutôt déprimé; seulement, à droite, existait une saillie au-dessus de l'arcade de Fallope, et, autant que la vue et un examen très rapide pouvaient en juger, il y avait là, profondément cachée dans le ventre, une tumeur comparable en volume à une tête de fœtus à terme.

On la retrouva bientôt, arrondie, régulière, ne présentant à sa surface ni mamelons, ni bosselures.

C'était une tumeur solide; car, bien qu'elle eût une consistance élastique, elle résistait partout sous les doigts, et n'avait en aucune de ses parties des points fluctuants.

En la saisissant entre les doigts, on sentait qu'elle plongeait profondément dans l'excavation pelvienne, où elle se perdait et ne pouvait plus être suivie.

Je vous ai ensuite fait remarquer qu'elle s'élevait dans la cavité abdominale jusqu'au-dessus de l'ombilic; qu'en dedans, elle dépassait la ligne blanche, et qu'après l'avoir franchie elle se continuait du côté du bassin avec un plan dur, résistant, sur lequel elle s'appliquait.

Je l'ai saisie entre mes mains pour la mobiliser, et j'ai pu lui imprimer des mouvements latéraux étendus: preuve assez évidente qu'elle ne se trouve pas fixée par des adhérences.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

L'exploration méthodique de la cavité abdominale entière m'a encore révélé d'autres détails. Le plan résistant dont je vous ai signalé la présence en dedans de cette tumeur volumineuse, se continue lui-même avec une autre tumeur, offrant à peu près les mêmes caractères que la première. Elle est dure, en effet, résistante, élastique, sans fluctuation, un peu moins grosse qu'une tête de fœtus, arrondie, globuleuse, et ne s'étend pas au-dessus d'une ligne qui passerait à trois travers de doigts au-dessous des fausses côtes. Les doigts portés sur son sommet la délimitent bien vers l'ombilic, en dedans et en bas ils la suivent encore, mais la sentent bientôt se confondre avec le plan résistant qui la supporte.

En somme, Messieurs, un plan résistant, répondant à la cavité pelvienne, fait une base solide sur laquelle deux tumeurs viennent se confondre, l'une à gauche, l'autre à droite, avec un pédicule beaucoup moins large.

Ayant suivi de près cet examen, vous aviez la pensée qu'il s'agissait de tumeurs tenant à l'utérus et vous croyiez que le plan résistant était formé par cet organe. Pour le vérifier, il fallait pratiquer avec soin le toucher vaginal. Tout d'abord, on rencontre partout une muqueuse flasque, à replis nombreux et le doigt hésite pour reconnaître l'utérus; le col est en effet dévié, repoussé contre la symphyse pubienne; son orifice est normal, mais il est effacé, raccourci,



un peu aplati d'avant en arrière. Cette déviation rend difficile l'exploration du cul-de-sac antérieur; les culs-de-sac latéraux d'un accès facile ne présentent rien de particulier; mais en arrière se rencontrent d'intéressants détails. Le doigt explorateur suit une courbe oblique en bas et en arrière sur la lèvre postérieure du col, tendue, résistante, qui forme une corde saillante se confondant en haut avec la face postérieure du corps. Cependant il est difficile d'apprécier nettement cette dernière partie qui s'efface et ne peut être limitée.

En effet, au-dessus de la corde saillante partie de la lèvre postérieure, la face postérieure du corps utérin se confond absolument avec une tumeur dure analogue à celles que vous connaissez déjà.

Ces nouveaux signes, Messieurs, confirment la pensée que vous avez eue dès le début de cet examen, qu'il s'agit d'une tumeur utérine et vous avertit qu'il y a une seule et même tumeur développée dans la cavité abdominale et plongeant en arrière du côté du bassin vers le cul-de-sac postérieur du péritoine. Pour en être certain, il nous restait à imprimer des mouvements à cette masse et à voir de quelle manière ils se transmettaient sur elle. Pendant que d'une main on la maintenait à travers les parois abdominales et qu'au moyen du doigt appliqué sur le cul-de-sac postérieur du vagin on appuyait fortement sur la saillie qu'il contient, on pouvait sentir la main soulevée.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La manœuvre inverse arrivait au même résultat et le doigt vaginal se trouvait repoussé, quand sur la masse, à travers les parois abdominales, on exerçait des pressions et des secousses.

Tumeur utérine : est donc un diagnostic certain.

J'aurais voulu compléter cet examen par l'hystérométrie ; je ne l'ai pas fait, mais tous les détails fournis par l'exploration minutieuse que j'avais déjà pratiquée, ne me laissent aucun regret : ils sont, du reste, absolument constatés par le toucher vaginal qui permet de retrouver une masse dure, compacte, dans laquelle se confondent évidemment et le prolongement inférieur et la partie dure sur laquelle les deux tumeurs abdominales viennent prendre leur implantation.

Vous vous rappelez, maintenant, Messieurs, que dans la précédente leçon j'ai beaucoup insisté sur les caractères communs que présentaient les tumeurs utérines et les tumeurs placées dans les organes voisins de l'utérus.

Je vous ai fait remarquer que les premières lui transmettaient leurs mouvements et que les secondes restaient à ce point de vue indépendante ou ne lui transmettaient que de très faibles mouvements.

Voyez maintenant ce qui se passe chez la malade qui faisait l'objet de la dernière leçon. En pressant sur sa tumeur, vous avez senti que l'utérus était un peu repoussé mais que la plupart des pressions que vous pouviez exercer sur elle ne pouvaient se transmettre



au delà du sillon que vous sentiez près du col, entre la tumeur et lui. Au contraire, chez cette dernière malade, quel que soit le mouvement, quelle que soit la pression que vous communiquez à la tumeur, ils se transmettent toujours et d'une manière intégrale au col utérin. Vous ne pouvez plus conserver le moindre doute. Nous avons affaire à une tumeur développée dans l'utérus.

Je sais bien qu'il existe des cas où la constatation de ce phénomène de mobilité est fort difficile. Certaines tumeurs nées sur l'utérus ne communiquent aucun de leurs mouvements à cet organe. C'est qu'alors elles sont munies d'un pédicule fort long et sont, grâce à lui, pour ainsi dire isolées dans le péritoine. Mais, retenez bien que les mouvements transmis de la tumeur à l'utérus, de telle façon qu'on ne peut admettre qu'il y a seulement pression par contact ou refoulement de l'un par l'autre, sont toujours des preuves irrécusables de l'origine utérine.

Voici un premier point fort important acquis d'une manière définitive. Examinons, maintenant, quels troubles peuvent avoir subi les organes voisins. Il y a peu de chose à vous signaler. La plupart des fonctions sont régulières. C'est à peine si la malade éprouve de temps à autre quelques douleurs dans le ventre.

Vous ne rencontrez point ces douleurs vésicales que je vous ai signalées dernièrement et cependant la

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

miction n'est pas tout à fait régulière. Notre malade n'urine pas facilement dans toutes les positions : accroupie, elle ne peut expulser ses urines ; elle doit se tenir debout ; nous devons penser que dans la première attitude, il y a une sorte de tassement de la tumeur, de refoulement de haut en bas par la pression des parois abdominales, qui gène la vessie et comprime son bas fond, tandis que dans la seconde, la tumeur se trouve dégagée et peut remonter dans le ventre.

Toutes les fois, Messieurs, que vous reconnaissez une tumeur utérine, avant même de préciser davantage, vous devez écarter toutes les causes d'erreur et vous mettre en garde contre les surprises quelquefois ménagées par certains états physiologiques ou pathologiques pouvant en imposer pour une tumeur.

Actuellement, nous n'avons aucun doute, mais il n'en est pas toujours ainsi. N'oubliez jamais, pour les tumeurs utérines que vous examinez, de penser à la grossesse. Il suffira de jeter un coup d'œil rapide sur les troubles généraux qu'elle pourrait amener, sur l'état des seins, d'examiner le col pour constater s'il est ramolli ; de rechercher le ballottement, de vérifier les troubles de la menstruation, de retrouver les mouvements actifs du fœtus, les battements de son cœur et le bruit du souffle utéro-placentaire. Vous reconnaîtrez la grossesse. Mais s'il s'agissait d'une tumeur utérine très vasculaire, n'ajoutez qu'une foi médiocre



au dernier signe que je viens d'énumérer : le souffle, parce qu'il appartient à tous les états pathologiques ou physiologiques de l'utérus, qui s'accompagnent d'un développement exagéré des vaisseaux.

Pensez ensuite à l'hydrométrie, à la physiométrie accusées par de la sonorité ou de la fluctuation, mais ces lésions sont rares et je ne crois pas utile d'insister sur leurs symptômes.

Une tumeur utérine, que peut-elle être si ce n'est un fibrome ? Bien que le diagnostic soit en général facile, il peut cependant présenter quelques doutes quand on est en présence de tumeurs mixtes, pouvant en imposer pour un fibrome pur. Seulement, il est à remarquer que ces tumeurs-là ne sont autre chose que des fibromes devenus kystiques.

Bien plus rarement, vous rencontrerez des sarcomes. Outre sa rareté, le sarcome a une évolution rapide ; il est irrégulier, bosselé, et la muqueuse vaginale a vite contracté des adhérences avec lui. Autour de lui, la douleur apparaît plus vive et vous comprenez sans peine de quelle manière il peut exercer son action sur tous les organes voisins.

Je passe rapidement, Messieurs, pour arriver à mon diagnostic : fibrome utérin. J'ajoute : fibrome sous-péritonéal.

Vous savez en effet que le fibrome utérin présente trois états divers. Formé de fibres musculaires lisses et de tissu conjonctif, il occupe l'épaisseur même du

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

tissu utérin (cas le plus rare) pour former un fibrome interstitiel. Il peut grossir sur place et rester alors à égale distance de la muqueuse et du péritoine, mais il a une tendance bien plus fréquente à se pédiculiser, à se détacher du point où il a pris naissance. C'est ainsi qu'il vient vers la cavité utérine et forme sous la muqueuse une tumeur superficielle qui représente le polype fibreux de l'utérus; c'est ainsi encore qu'il se pédiculise au-dessous du péritoine et forme le polype sous-péritonéal, muni quelquefois d'un long pédicule et, dans des cas plus rares, tombé dans le péritoine, où il reste isolé après la rupture de son pédicule.

Je crois que nous avons un exemple de la dernière variété, c'est-à-dire du fibrome sous-péritonéal.

Nous ne retrouvons aucun des troubles amenés ordinairement par les fibromes sous-muqueux qui provoquent des hémorrhagies, des douleurs expulsives. Leur présence dans la cavité utérine, outre le développement exagéré des vaisseaux qu'elle entraine, est une cause constante d'irritation, d'excitation qui, par action réflexe sur la fibre utérine, amène la contraction expulsive et, avec elle, la douleur.

Tout cela n'existe pas chez notre malade. Les pertes qu'elle a sont déjà modifiées, diminuées; jamais elle n'a perdu de caillots; la muqueuse utérine n'est point atteinte d'un état constant de fluxion, et les sinus dilatés ne sont point incessamment ouverts par une



exagération de la pression qui serait le résultat d'une vive excitation; la douleur ne se réveille pas aiguë, persistante et comme un avertissement de nouvelles hémorrhagies. J'en conclus, Messieurs, que nous avons bien affaire à un fibrome qui a marché, s'est développé profondément vers le péritoine.

Si telle est mon opinion, je vous dois maintenant des déclarations précises sur la gravité du cas et la conduite qu'il réclame.

Qnand vous considérez l'état général de notre malade, vous voyez facilement qu'il n'y a rien d'urgent et qu'il serait téméraire de recourir, sans mûres réflexions, à une opération radicale. Vous pressentez que le cas est relativement bénin, et que bien des raisons s'opposent à une grave intervention.

Est-il cependant prudent d'exposer la malade à des poussées inflammatoires fréquentes du côté du péritoine? A cela, je répondrai que le péritoine s'habitue au voisinage de la tumeur et s'accommode avec elle. Rarement, dans une vieille tumeur, vous verrez cette séreuse se montrer susceptible.

Il est peu probable que notre malade soit pour l'avenir exposée à ce genre d'accident; elle ne l'est pas davantage aux hémorrhagies, car elle marche vers la ménopause, et j'espère qu'elle l'atteindra pour en recueillir tous les bénéfices.

La ménopause est souvent une ressource suprême contre les fibromes utérins. Ils se développent dans

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

l'âge d'activité et cessent avec lui, participant ainsi dans leur vie, de la vie même de l'utérus et des ovaires, dont ils ont à peu près la structure. Dans le ménopause, ils ne se développent plus; ils entrent en regression, se flétrissent, s'atrophient, et, s'ils ne disparaissent pas tout à fait, ils diminuent tellement qu'on peut considérer les transformations subies comme une guérison : ils deviennent indifférents.

Je me rappelle l'exemple d'une personne que j'eus l'occasion d'examiner, il y a quelques années à Bordeaux : elle avait quarante ans et se trouvait atteinte d'un fibrome sous-péritonéal énorme, remontant jusqu'à l'épigastre. Péan et Kœberlé furent appelés à donner leur avis et conseillèrent l'opération. Raisonnant alors sur les chances qu'avait la malade d'atteindre la ménopause, je lui conseillai de ne pas se faire opérer et d'attendre en se surveillant. Bientôt les règles furent supprimées. A partir de ce moment, la tumeur diminua sensiblement de volume, quitta la région épigastrique et descendit vers l'excavation pelvienne. Aujourd'hui, l'amélioration est considérable.

Et cela est la règle, Messieurs; pour qu'un fibrome grossisse encore après la ménopause, il faut qu'il se développe des kystes dans son épaisseur.

L'essentiel est donc, quand on le peut, d'arriver à cette période de la vie où les fonctions utérines s'éteignent, et permettent, si aucun accident ne vient nous forcer la main, de nous abstenir d'une opération grave.



Je suis loin de partager l'avis de ceux qui veulent quant même ouvrir les ventres pour atteindre toute espèce de tumeurs. Déjà l'hystérectomie au-dessus du col est une opération d'une grande gravité et vous ne devez à aucun prix exposer la vie des malades pour des chances relatives de succès, en dehors des règles fixes que je tiens à vous tracer.

Il faut, retenez bien ceci, que la vie soit directement menacée par des hémorragies ou de la douleur, pour que votre intervention devienne légitime.

L'hémorrhagie tue vite un sujet qui va s'affaiblissant; la douleur l'épuise aussi, le prive de sommeil, et le tue plus lentement, mais aussi sûrement. Aussi, dans une circonstance, n'ai-je pas hésité à faire l'hystérectomie chez une malade qui souffrait, dans un cas de fibrome, d'atroces douleurs utérines, qui, après l'avoir amaigrie, menaçaient sa vie : elle guérit sans complications.

Cette règle précise de non intervention en dehors de circonstances déterminées, je l'applique aussi, sans hésiter, aux fibromes de l'ovaire. S'ils sont stationnaires et ne compromettent rien, n'intervenez pas.

Je veux être tout aussi réservé pour l'opération de Battey, qui consiste à extirper les deux ovaires. Cette opération a pour but d'amener artificiellement la ménopause et par conséquent de hâter l'époque ou le fibrome s'atrophie.

Je ne conteste pas que cette opération, reposant sur

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ® DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

des données physiologiques sérieuses et sur des faits d'observation, a fourni de bons résultats. Mais je ne trouve pas que le mémoire de M. Duplay, publié dans les *Archives de Médecine* de 1885, soit très favorable à la méthode quand il signale une mortalité de 14,6 pour 100. Réservez donc cette opération pour des tumeurs qui menacent la vie et ne sont pas justiciables de l'hystérectomie abdominale. Je crois, au surplus, que, quand on ouvre le ventre, il vaut encore mieux recourir à l'hystérectomie, qui guérit assez souvent et supprime définitivement la tumeur, qu'à une castration, qui peut avoir de sérieux dangers et n'est pas absolument sûre dans ses résultats.

Que penserez-vous, Messieurs, du traitement hygiénique et du traitement médical? Ils sont de toute nécessité. L'hygiène a pour elle le repos, surtout au moment des pertes, le repos et tout ce qui peut diminuer la congestion utérine; elle prescrit encore d'éviter les fatigues, d'immobiliser le ventre avec une bonne ceinture, d'assurer la liberté de l'intestin par des lavements quotidiens si nécessité il y a, de donner souvent des bains et des injections émollientes.

La médecine n'est pas en retard sur l'hygiène.

C'est ainsi qu'un excellent moyen d'action sur les fibromes vous est fourni par le seigle ergoté donné en préparations internes, ou en injections hypodermiques. Ce médicament agit sur la fibre lisse, la fait contracter : il peut donc imprimer aux tumeurs une sorte



de pétrissage, de massage, et agir même sur le tissu morbide, qui, vous le savez, a une texture où la fibre lisse se retrouve dans d'assez vastes proportions. Ajoutez enfin que l'ergot a un autre avantage, celui d'arrêter les hémorrhagies, toujours d'après le même mécanisme.

L'électrothérapie, faussement attribuée à Apostoli, puisque Ciniselli, Cheron, Onimus, sont les premiers qui aient eu recours à elle, est un bon moyen qui rend des services fréquents. Vous pourrez recourir aux courants continus qui agissent très bien pour modifier la nutrition des muscles lisses et celle des tumeurs utérines.

N'oubliez pas encore qu'il est certaines eaux minérales reconstituantes qui semblent avoir une action élective sur les corps fibreux utérins. Je connais, et bien d'autres comme moi ont vu, des malades dont les corps fibreux ont beaucoup diminué à Salies de Béarn. Kreusnach vaut peut-être Salies, mais j'espère que, dans votre pratique, vous resterez fidèles aux vertus de notre sol français.

Traitement hygiénique, traitement médical, traitement minéral, voilà, Messieurs, la médication que demandent les tumeurs fibreuses de l'utérus et de l'ovaire. Je repousse de toute mon énergie des opérations que ne réclament pas des accidents sérieux, c'est-à-dire des menaces de mort à plus ou moins bref délai. Ici, plus que jamais, rappelez-vous cet axiome que vous m'avez souvent entendu répéter : ne pas nuire, telle doit être la devise du médecin et du chirurgien.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

QUARANTE-UNIÈME LEÇON

## Kyste du parovaire.

Observation d'une malade récemment admise. — Tumeur liquide uniloculaire saillante du côté de l'excavation. — Caractères cliniques qu'elle présentait. — Pas de troubles de la santé générale.

Diagnostic : tumeur liquide. — Nombreuses tumeurs liquides qu'on peut rencontrer dans la région abdominale inférieure, nées dans cette région ou venues des régions voisines. — Les diverses tumeurs éliminées, il ne reste plus que l'ovaire.

Diagnostic différentiel entre les kystes de l'ovaire et les kystes du parovaire.

Examen chimique et histologique du liquide retiré par la ponction. — Il est de peu de ressource pour confirmer le diagnostic.

Pronostic et traitement. — Utilité de la ponction simple. — Ponction et injection iodée. — Ovariotomie.

Messieurs,

L'histoire des kystes de l'ovaire est depuis longtemps à l'ordre du jour et l'immense progrès réalisé dans leur traitement est une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne.

Cependant, il reste encore quelque chose à faire, et avec d'autres chirurgiens, je me demande si, dans

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

bien des circonstances, nous n'avons pas à laisser de côté les opérations sanglantes, pour recourir à des moyens plus simples que semblent réclamer des cas spéciaux.

Je suis amené à ces considérations par un heureux hasard, qui a conduit dans ma salle 8 une femme atteinte d'un kyste de la région ovarienne, assez volumineux, mais dont les caractères physiques sont tels, qu'il paraît plutôt développé dans le tissu para-ovarien.

Cette malade a quarante-trois ans environ, elle est mariée, mais sans enfants, et jamais elle n'a fait de fausses couches.

Jusqu'à ces derniers temps, sa santé n'a pas été troublée par le moindre incident. Bien réglée jusqu'à ces dernières années, elle n'a pas eu de douleurs dans le ventre : le premier signe du mal qui nous l'amène, a été un gonflement progressif de l'abdomen, un sentiment de plénitude, dont elle fait remonter les débuts à huit ou dix mois environ.

Quand nous l'avons examinée, nous avons en effet été de suite frappés par le volume du ventre : globuleux, sans saillies irrégulières, il représente assez bien une grossesse de cinq mois. S'il existe quelques dilatations veineuses sous la peau, les téguments ne sont pas très distendus et n'offrent en aucune de leurs parties d'altérations de surface indiquant, soit une tension extrême, soit un développement trop rapide de la tumeur profondément placée.



L'examen local nous a donné des renseignements très précis sur la nature de cette tumeur et son siège. A travers les parois abdominales, encore assez souples, j'ai pu sentir un globe arrondi, situé sur la ligne médiane, mais incliné un peu vers le côté droit où il semblerait s'être développé, pour envahir ensuite la ligne médiane et venir peu à peu prendre domicile à gauche. Ce globe est fluctuant : aucun doute à cet égard.

Pour bien préciser de suite la situation, ou plutôt le siège de la tumeur, j'ai cherché à isoler la masse de la fosse iliaque droite et j'ai pu insinuer la main entre les deux parties. Pendant cette manœuvre, il m'a été facile de constater que le kyste s'engageait profondément du côté de l'excavation pelvienne, mais je ne pouvais en dedans et en dehors apprécier exactement ses limites, à mesure qu'il fuyait sous mes doigts du côté du bassin.

Je vous ai dit que la tumeur est fluctuante ; bien plus, en percutant légèrement sa surface, on sent un mouvement d'ondulation analogue à celui qu'on retrouve toujours dans l'ascite, ce qui tendrait à prouver que la collection liquide n'est pas encore arrivée à ce haut degré de tension qui, dans certains kystes, permet à peine de constater de la fluctuation,

En pareil cas, le toucher vaginal ne manque guère de donner de précieux renseignements. Le doigt rencontre ici un col un peu abaissé, dévié en avant vers

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

la symphyse, par conséquent moins accessible qu'à l'état normal, mais dont l'orifice se retrouve encore très bien, quoique un peu étalé, effacé pour ainsi dire.

On peut immédiatement se rendre compte des causes qui ont amené la déviation du col. Il est, en effet, en même temps du reste que tout l'utérus, fixé, immobilisé dans la situation qu'il occupe, par une saillie très évidente, développée dans les culs-de-sac du vagin.

Qu'on explore attentivement ces culs-de-sac en avant, en arrière, à droite : partout, on retrouve une saillie rénitente, fluctuante, qui rappelle la sensation déjà éprouvée pendant la première exploration sur l'abdomen, et qui démontre jusqu'à l'évidence que le kyste plonge dans l'excavation pelvienne. Quand on a soin de maintenir l'autre main fixée sur les parois abdominales, la fluctuation se transmet nettement de la main placée sur la tumeur au doigt fixé contre les culs-de-sac.

L'empiètement de la tumeur du côté de l'excavation, autour du col utérin qu'elle fixe de telle façon qu'on ne peut lui imprimer de mouvement, est encore prouvé par l'exploration du rectum.

De ce côté, on sent en effet le col immobilisé et entouré, surtout à droite, d'une saillie fluctuante qui l'a dévié en avant, au point de rendre sa recherche un peu difficile.



Le toucher rectal ne donne pas d'autres renscignements sur la situation de l'utérus et ses rapports avec la tumeur. Si haut que le doigt soit porté, si attentive que soit l'exploration, jamais on ne peut saisir autre chose que la juxtaposition de ces deux éléments, l'induration appartenant au col et la rénitence affirmant un kyste. Plus haut, on n'a plus de sensation nette ; on ne sait où est le corps utérin. La seule chose certaine dont on ait la preuve en dernier lieu, est qu'à gauche il n'y a rien : l'enceinte pelvienne et le col utérin sont là contigus : la tumeur ne s'est pas avancée de ce côté.

J'ai pu facilement introduire l'hystéromètre, et j'ai compté 8 centimètres et demi : peu de chose, par conséquent. L'utérus est un peu agrandi, tiraillé, et certainement il n'a encore subi aucune altération capable de modifier beaucoup les dimensions de sa cavité.

En examinant les autres organes, je n'ai plus rien trouvé : les digestions sont bonnes, la circulation se fait sans entraves, la respiration est des plus normales. En aucun point, l'exploration, la pression ne révèlent un rythme anormal, une douleur fixe et persistante. Il semble dès lors que nous ayons tous les éléments d'un diagnostic précis. Je crois, en effet, que nous avons assez insisté sur les caractères physiques de cette tumeur, assez mis en relief la fluctuation nette dont elle est le siège, pour affirmer qu'il s'agit bien d'une collection liquide. Ce ne peut être une tumeur

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ramollie, pas davantage un de ces kystes à contenu gélatiniforme, colloïde; mais nous savons que, dans cette région, les tumeurs liquides sont nombreuses. Du pus, du sang, de la sérosité, peuvent ici former des collections, et j'ai le devoir de vous prémunir contre une erreur de diagnostic toujours possible dans une région où, pour agir avec certitude, vous devez toujours envisager, dans un examen sérieux tous les cas, même les plus improbables.

Vous ne vous arrêterez pas longtemps à discuter la présence d'un abcès chaud qui se serait développé dans la fosse iliaque ou le ligament large. D'abord, l'observation de la malade ne rappelle aucun des signes d'une inflammation même légère, et la forme, la situation, le volume de la tumeur s'éloignent singulièrement de l'aspect offert en général par l'abcès iliaque ou pelvien.

Vous ne penserez pas davantage à un abcès froid, à un abcès ossifluent. S'il existait, il viendrait de la colonne vertébrale ou de l'enceinte pelvienne et l'examen minutieux que vous m'avez vu faire du rachis, des régions iliaque, sacrée ou pubienne est resté sans résultat. Je n'ai pas retrouvé un seul point sensible en courbant le tronc pour fléchir la colonne vertébrale, je n'ai point provoqué de douleurs et jamais la malade ne s'est plaint d'avoir éprouvé dans les membres inférieurs la moindre souffrance, le plus petit trouble de la sensibilité ou du mouvement.



Que penser d'un épanchement de sang, d'une hématocèle? L'hématocèle est, vous le savez, une affection peu fréquente, mais dont les caractères varient presque à l'infini. L'épanchement de sang est très limité dans quelques cas; il peut acquérir, surtout en vertu de transformations ultérieures, des proportions considérables dans d'autres circonstances.

Or, de nombreuses raisons éloignent l'idée d'une collection sanguine. La malade, quand elle a ressenti les premiers symptômes de sa tumeur, n'était plus réglée depuis quatre ans. D'un autre côté, la tumeur paraît avoir pris naissance sur un des côtés, à droite, et non en arrière de l'utérus sur la ligne médiane. Enfin, s'il s'agissait d'une hématocèle ancienne, il faudrait encore admettre que la partie solide du sang épanché se serait peu à peu résorbée et qu'il ne serait plus resté que le sérum : travail lent, pénible, qui ne se comprend pas sans quelques souffrances, sans accidents de nature inflammatoire et qui n'aboutit jamais à une transformation telle de son contenu que toute trace des caillots épanchés disparaisse et qu'à la place de l'ancien foyer se développe un kyste séreux d'un volume considérable.

Il s'agit donc d'un liquide séreux formant du côté de l'hypogastre une tumeur volumineuse, un kyste dont l'origine demande encore à être discutée.

D'emblée, j'élimine certains kystes séreux nés dans l'épiploon, qui se développent toujours de haut en bas.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

taudis que la tumeur que nous avons examinée s'est progressivement élevée de l'excavation pelvienne vers la cavité abdominale; j'élimine encore les kystes du mésentère, dont la marche est la même que ceux de l'épiploon et qui, de plus, fixés d'abord au devant de la colonne vertébrale, se trouvent constamment recouverts par la masse intestinale qui donne à la percussion un son clair. La matité est un caractère trop évident chez notre malade pour qu'elle ne vienne pas confirmer ce diagnostic différentiel.

D'autres tissus, cependant, Messieurs, voient encore se développer des kystes qui peuvent, en augmentant de volume, occuper une telle étendue qu'ils méritent d'être considérés. Le foie, par exemple, avec ses hydatides et ses kystes simples beaucoup plus rares. Il me suffit de le signaler.

Et le rein? Erreur difficile à commettre, mais qui a été commise. J'ai, avec le plus grand soin exploré la région rénale et je n'ai rien vu; examinant autour du rein tout l'ensemble de la cavité abdominale, je n'ai pas trouvé de masse directement en rapport avec lui : la tumeur m'en a toujours paru séparée. Ensuite, n'avions-nous pas une absence absolue des signes d'une altération des voies urinaires? Pas de sang, pas de graviers, pas de douleurs néphrétiques. J'ajoute, enfin, que si des kystes du rein peuvent envahir une grande partie de la cavité abdominale, ils ne descendent jamais dans le bassin pour venir



soulever les culs-de-sac péritonéaux autour du col utérin.

Je me garderai d'oublier la vessie, la rétention d'urine. C'est là un point pratique de la plus haute importance, car il faut savoir que de nombreuses erreurs ont été commises. Quand on apprend que la malade n'a pas eu de douleurs ni de mictions fréquentes, qu'on explore sa vessie sans résultat comme nous l'avons fait, la question est jugée et on doit enfin se demander lequel des deux organes est en cause : l'utérus ou l'ovaire?

Du coté de l'utérus, vous pensez tout d'abord aux tumeurs fibro-kystiques d'autant plus que notre malade a autrefois éprouvé, quelque temps avant la ménopause, de fortes pertes avec caillots. Un fibrome peut ainsi peu à peu ou tout à coup subir une transformation kystique, alors même qu'il s'agit d'une femme agée : (rappelez-vous cette malade de 60 ans qui, il y a plusieurs mois, nous a offert un exemple saisissant de ces transformations tardives). Cependant, les cystofibromes utérins sont loin d'avoir une fluctuation aussi nette, aussi étendue que celle que nous voyons aujourd'hui. Leur paroi est toujours assez épaisse pour qu'il soit difficile de bien constater cette fluctuation; enfin, ils ne se forment jamais sans amener autour d'eux une certaine réaction et sans provoquer des douleurs souvent très vives.

Nous savons que rien de tout cela ne s'est présenté

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

dans notre cas. La tumeur n'occupe pas la ligne médiane et l'hystéromètre nous a montré une cavité utérine à peu près normale.

Il ne s'agit pas d'une tumeur utérine, fibro-kystique ou autre, telle par exemple que ces dilatations rares de la cavité utérine ou la grossesse méconnue. L'ovaire ou ses annexes et le tissu qui l'entoure, restent seuls enfin, et je veux rapidement passer en revue les lésions de la trompe, de l'ovaire lui-même, les kystes hydatiques, les kystes des ligaments larges.

Les kystes tubo-ovariens sont rares. On est peu d'accord sur leur anatomie pathologique, les uns voulant qu'ils soient développés dans la trompe elle-même, les autres admettant que la lésion a pour siège primitif l'ovaire. Les collections ainsi formées n'ont, du reste, jamais des dimensions bien considérables, et si elles viennent à en acquérir d'un peu exceptionnelles, elles s'ouvrent à un moment donné dans la trompe, formant des kystes intermittents qui apparaissent et s'effacent, amenant du côté du vagin des écoulements séreux qui suivent exactement les alternatives offertes par la tumeur. Il est évident que ces kystes ne sauraient être confondus avec celui de notre malade.

Poursuivons encore et demandons-nous si nous n'aurions pas affaire à un kyste hydatique?

Mais, Messieurs, les kystes hydatiques de cette région se développent habituellement dans le tissu



cellulaire situé en avant du rectum et en arrière de l'utérus; ils gagnent du terrain en refoulant les organes voisins, et viennent faire saillie très haut dans le ventre ; ils donnent quelquefois cette sensation de frémissement, qu'on a souvent signalée, et enfin, par le toucher rectal, on peut facilement les sentir du côté de la cloison recto-vaginale, où ils donnent la sensation d'un épaississement, d'une saillie.

Nous avons bien constaté que le cul-de-sac péritonéal utéro-rectal n'était pas tout à fait libre, mais la tumeur existait surtout latéralement, au lieu d'occuper la ligne médiane, et l'utérus était refoulé de côté, au lieu de se trouver simplement repoussé en avant, contre le pubis.

Nous restons en présence de l'ovaire et de ses dépendances directes. Sans détour, je vous dirai de suite que je ne crois pas à un kyste de l'ovaire. Les kystes ovariens sont presque toujours multiloculaires, et, à cause de leur point d'implantation, ils ont un pédicule long qui leur permet de s'étendre, de se répandre plus haut dans l'abdomen et de ne pas venir prendre un domicile étroit dans l'excavation du bassin. Ils ont des irrégularités de surface, partant, des irrégularités dans la répartition de la fluctuation. Jamais, sur eux, vous ne trouvez ce mouvement d'ondulation et la transmission d'un pôle extrême à l'autre que je vous ai tout à l'heure fait saisir quand nous cherchions la fluctuation.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Cette fluctuation, Messieurs, elle est tellement évidente, elle témoigne si bien de l'existence d'une seule loge, vous la retrouvez si facilement autour du col utérin immobilisé, qu'après la longue discussion qui précède, vous ne pourrez éviter de formuler le diagnostic : kyste du parovaire.

C'était, en effet, seulement un kyste du parovaire qui pouvait, en conservant tous les caractères de la collection séreuse uniloculaire, se concentrer pour ainsi dire dans l'excavation, et immobiliser l'utérus, tout en occupant simplement une des parties des culs-de-sac péritonéaux du côté où la tumeur s'était primitivement développée.

Il nous restait, pour vérifier ce diagnostic, à faire une ponction exploratrice. Nous avons retiré environ 900 grammes de liquide, d'une couleur verdâtre, rappelant un peu celle de l'absinthe, assez épais et visqueux. Examiné au microscope par M. Suzanne, il contenait beaucoup de cellules épithéliales et des corpuscules de Gluge, et l'analyse chimique qu'a bien voulu faire M. Denigès, nous a fait savoir qu'outre de nombreux globules graisseux et de la cholestérine, ayant une densité de 1044, une composition alcaline, il contenait encore 8 gr. 50 de sels minéraux, de la mucine, de la sérine, de la paralbumine et de la métalbumine.

D'après Kœberlé, un kyste à contenu paralbumineux aurait toujours une origine ovarienne, les kystes du



ligament large ne contiendraient pas de paralbumine; mais d'autres chirurgiens contestent cette affirmation: aussi l'analyse qui nous a été fournie ne complète-t-elle pas beaucoup notre diagnostic.

Après la ponction, la tumeur s'est affaissée, l'utérus a repris sa place, tout est rentré dans l'ordre. Aujourd'hui, trois jours après cette petite opération, rien n'a encore paru et l'excavation reste libre.

Pour qu'une simple ponction aspiratrice puisse ainsi évacuer complètement un kyste de cette région, je crois de plus en plus qu'il s'agit du parovaire.

On sait bien que, dans certains kystes de l'ovaire, il y a quelquefois une loge principale qui absorbe tout le reste, et qu'une ponction peut la faire disparaître comme s'il s'agissait d'une tumeur uniloculaire; mais il reste toujours une base plus ou moins large, plus ou moins dure, formée par d'autres petits kystes ou par un pédicule volumineux, et cette partie qui ne disparaît pas, se retrouve par l'exploration.

Je crois donc mon diagnostic bien établi :

Nous avons un kyste du parovaire, et je ne discuterai pas la question toute spéciale de savoir quelle est ici l'origine première, histologique.

La désignation générale de kyste parovarien nous suffit au point de vue clinique, car elle doit entraîner pour vous des conclusions importantes, qui vous permettent de porter un pronostic relativement bénin.

Ces kystes sont moins graves, nuisent moins à la

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

santé générale que les kystes de l'ovaire. Voyez notre malade, elle n'est point affaiblie. Sa tumeur n'a pas encore, chez elle, joué le rôle du parasite, qui ne croit jamais sans détourner à son profit la vie. Ces kystes, vous dirai-je encore, ne font pas d'adhérences.

Demandent-ils une intervention, Messieurs? La simple ponction suffit quelquefois pour les guérir radicalement. Si cette première opération est suivie de récidive, c'est à vous d'apprécier quel temps le liquide a mis à se reproduire et quelle ressource vous aurez désormais dans un traitement, qui semble ne devoir plus être que palliatif.

Entre les mains de Boinet, la ponction, suivie d'injection iodée, a donné d'assez beaux succès : on pourrait y recourir avec avantage après l'insuccès de l'injection simple. Mais on ne saurait trop recommander la prudence et la précaution nécessaires quand l'injection iodée doit être faite.

Après avoir pénétré dans le kyste avec un trocart assez volumineux, on introduit, par la canule, qu'on retire ensuite, une sonde en gomme sur laquelle se fixent, sans l'abandonner, les parois du kyste. L'injection iodée à moitié, est poussée lentement par cette sonde (125 à 150 grammes suffisent). On attend cinq ou huit minutes, et on évacue complètement le liquide injecté. Après avoir retiré la sonde, en ayant soin de pincer la peau comme on fait dans la ponction de l'hydrocèle, on exerce une compression bien uniforme et forte avec des feuilles d'ouate superposées et un bandage de corps pour appliquer aussi exactement que possible les parois du kyste l'une contre l'autre.



La guérison est souvent obtenue ainsi, mais il ne faut jamais y compter absolument, et il est bon de réserver à l'ovariotomie les droits qui lui appartiennent dans les cas où la ponction et l'injection irritante ne réussissent pas.

Note. — Deux mois après cette première ponction, le kyste s'était rempli de nouveau. Une deuxième ponction fut pratiquée et donna issue à 1200 gram. d'un liquide ayant les mêmes caractères que la première fois. Après l'évacuation, l'excavation pelvienne restait parfaitement libre, on n'y rencontrait aucun noyau induré, aucune saillie accessoire.

Le liquide se reproduisit une troisième fois et un mois plus tard le kyste était aussi distendu qu'avant la deuxième ponction. Dans ces conditions, je songeais à une intervention plus active. Je voulus, avant de prendre un parti, faire encore un examen très approfondi de cette malade. Quelle ne fut pas ma surprise de constater, le lendemain, que la poche s'était affaissée et que les signes d'un épanchement péritonéal avaient brusquement remplacé ceux du kyste. Dans la nuit, celui-ci s'était rompu et avait versé son contenu dans le péritoine. Aucune réaction, aucun vomissement, aucune douleur ne suivirent cette rupture, le liquide se résorba progressivement et aujourd'hui, plus de six mois après, la guérison s'est maintenue, le ventre est souple, les culs-de-sac du vagin sont absolument libres.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

# QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON.

## Rétrécissement du rectum de nature musculaire.

Observation d'un jeune Landais présentant depuis plusieurs années des signes peu précis d'une altération du rectum.

Il est atteint de rétrécissement. — Caractères du rétrécissement. — La comparaison que permet d'établir le résultat de l'exploration clinique avec les rétrécissements classiques amène à cette conclusion : Rétrécissement par hypertrophie musculaire.

Cause probable : hémorrhoïdes.

Pronostic : peut devenir grave.

Traitement : la dilatation et l'électricité doivent faire la base de ce traitement.

MESSIEURS,

Je viens de vous présenter, à la salle 17, un jeune homme dont l'histoire, malgré tout son intérêt, laisse quelque doute dans nos esprits ; elle ne nous fixe pas d'une manière précise sur les débuts de la maladie, et c'est l'analyse des faits, l'examen clinique qui nous permettent de croire enfin à l'exactitude de nos suppositions.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Cet homme, atteint d'une variété rare de rétrécissement du rectum, nous a raconté qu'il est né dans les Landes, où, pendant son enfance, il gardait les bestiaux. Sa santé a toujours été bonne, ou du moins elle n'a pas été troublée par de grandes maladies. Jusqu'à l'âge de quinze ans, il a éprouvé des malaises du côté du rectum : il avait des besoins fréquents d'aller à la selle, et, chaque fois, il devait faire de grands efforts pour obéir à une sensation pénible de tension et d'irritation profonde; les matières étaient cependant volumineuses et bien moulées. Tantôt il y avait de la constipation, tantôt un peu de diarrhée, et quelques gouttes de sang, à de rares intervalles, accompagnaient les matières. Au surplus, pas d'accidents très douloureux dans le rectum, les lombes et le périnée.

Il y a environ dix-huit mois, ces symptômes ont disparu pour faire place à certains troubles de l'appareil génito-urinaire. C'étaient des douleurs vagues dans le scrotum, la racine de la verge et le périnée, un besoin fréquent d'uriner qui n'ont pas encore complètement disparu, mais se sont amendés depuis un certain temps. Ils ont, en effet, été remplacés ou compliqués bientôt par des douleurs à la racine des membres, des pesanteurs pénibles du côté du sacrum, des régions fessières et jusque dans les parties antérieures de l'abdomen.

Ce sont ces dernières souffrances qui ont conduit le malade à l'hôpital.



Cette énumération rapide, Messieurs, ne vous permet guère de fixer vos vues : vous ne pouvez, en effet, saisir aucun signe spécial qui vous permette d'incliner vers un diagnostic probable. Pendant quinze ans, ce malade a souffert du côté du rectum; pendant dix-huit mois, il s'est plaint de la vessie; aujourd'hui, les douleurs vésicales persistent, mais l'enceinte pelvienne est devenue surtout sensible. Rien dans l'évolution de ces phénomènes pathologiques n'est fixe et précis, rien ne se trouve en rapport constant avec une lésion organique définie.

Et l'état général est bon, l'appétit persiste, le sommeil n'est jamais troublé; il n'y a point de fièvre.

Puisque le malade se plaignait tout d'abord de douleurs du côté du sacrum, c'est là que j'ai porté mon attention.

Le sacrum a un volume normal; et je n'ai pas pu découvrir sur lui le moindre signe d'altération, la plus petite trace d'ostéite ou de carie. La pression sur les vertèbres sacrées, cette même pression continuée sur les parties latérales, n'a pas amené de douleur, et l'examen le plus attentif des articulations sacro-coxales est resté sans résultat. J'ai poursuivi plus loin mes recherches, et les os iliaques me paraissent absolument sains; il est bien prouvé pour moi que l'enceinte pelvienne est intacte, et que c'est plus profondément, vers les organes contenus dans l'excavation, qu'il faut concentrer son attention.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Je n'ai pas voulu oublier d'examiner la moelle, pensant que peut-être nous étions en présence des débuts d'une myélite; j'ai interrogé ce jeune malade, qui n'a point eu et n'a pas de douleurs fulgurantes, dont la vue et l'ouïe n'ont jamais été troublées, qui marche solidement, ne perd pas l'équilibre même quand il ferme les yeux et a bien intacte sa sensibilité des membres inférieurs.

Il n'y a donc rien à la moelle. Il vous semble peut-être étrange que je fasse des recherches aussi minutieuses sur des organes qui vous paraissent peu en cause. N'en soyez pas surpris, et surtout imitez mon exemple quand, dans les antécédents d'un sujet, vous retrouvez des signes douteux d'altérations centrales, de douleurs irradiées. Ces altérations centrales, outre l'influence qu'elles exercent sur certaines affections, peuvent, à plus forte raison, les compliquer; et ne pas les reconnaître est s'exposer à des mécomptes. Mais il n'y a rien, nous le savons.

Mon exploration s'est encore adressée en vain aux organes génito-urinaires. J'ai introduit une sonde dans la vessie : le cathétérisme n'a pas fait souffrir. Je suis arrivé dans une vessie parfaitement libre, sans colonnes; je n'ai pas eu de sang.

J'arrive au point de mes recherches qui me semblait devoir être le plus fécond en résultats : je veux parler de l'examen du rectum. L'orifice anal est normal; autour de lui, pas un seul bourrelet hémorrhoïdal; il ne donne passage à aucune tumeur. Le doigt, introduit dans le rectum, ne rencontre d'abord aucune résistance; il n'est gêné par aucun spasme musculaire, ce qui prouve suffisamment qu'il n'y a ni fistule ni fissure anales.



De toute part, l'ampoule rectale est libre et large; la muqueuse qui la recouvre est flasque, souple, sans la moindre dureté, formant des anfractuosités multiples, au milieu desquelles le doigt se meut librement sans rien rencontrer qui lui résiste.

C'est seulement beaucoup plus haut que j'ai trouvé, un peu en arrière, un orifice étroit communiquant avec la partie supérieure de l'intestin, orifice dans lequel mon doigt n'entrait qu'avec difficulté.

Autour de ce point rétréci, la muqueuse est encore souple, normale, glisse sur le tissu sous-jacent.

L'orifice lui-même représente un anneau saillant, dilatable, mais sans induration ligneuse, comme l'ont quelquefois les rétrécissements de date ancienne. Formant dans la cavité du rectum une saillie d'un centimètre à peu près; il a des contours nets, sans la moindre aspérité.

J'ai franchi l'anneau, et bientôt, après avoir traversé le rétrécissement, j'ai rencontré les matières accumulées au delà.

Pendant les manœuvres nécessitées par cet examen, je n'ai point provoqué de douleurs et je n'ai vu s'écouler ni glaires ni sang.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Pour compléter mes recherches, je me suis ensuite occupé de préciser le siège, la hauteur et les dimensions de la partie rétrécie. Au moyen d'une baleine munie d'une olive d'ivoire, j'ai constaté que ce rétrécissement était à 10 centimètres de l'anus. Poussant ensuite l'olive pour franchir le détroit, après avoir marqué sur la tige le point précis du premier arrêt, je l'ai profondément enfoncée, et, la ramenant ensuite, j'ai de nouveau marqué sur la tige le second temps d'arrêt. Après avoir retiré l'instrument, il m'a été facile de mesurer, entre les deux marques que j'avais faites, une étendue de 2 centimètres et demi. J'ajoute enfin qu'une olive de 10 millimètres a traversé le rétrécissement, mais que, passé ces dimensions, je n'ai jamais pu le traverser.

Ayant ainsi constaté la forme, le siège et l'étendue de la lésion, nous devions chercher sa nature, et malheureusement nous ne trouvions rien dans les antécédents du malade qui pût nous aider beaucoup.

Vous savez tous que les rétrécissements classiques se présentent en forme de valvule, de diaphragme, qu'ils sont ou cicatriciels ou néoplasiques.

Les rectites, les gommes, les ulcérations de toutes natures sont leur étiologie.

Avions-nous affaire à un rétrécissement valvulaire ?

Les rétrécissements valvulaires ne sont autre chose que l'exagération de l'état normal de la valvule de



Houston. Jamais ils ne forment ainsi un anneau complet. On a cependant cité deux exemples, où la valvule représentait un cercle composé de deux parties saillantes : l'une antérieure, l'autre postérieure, entre lesquelles il existait une fente, un orifice elliptique ; mais remarquez que ces rétrécissements étaient toujours assez près de l'orifice anal, tout au plus à 4 ou 5 centimètres. Ils n'ont du reste jamais que l'épaisseur des tissus adossés pour former un repli, composés qu'ils sont d'une saillie de la muqueuse contenant dans son épaisseur une petite quantité de tissus, et jamais ils n'offrent une épaisseur manifeste comme celui que vous venez d'examiner.

Il ne s'agit donc pas d'un rétrécissement valvulaire simple. Ni la consistance, ni l'absence d'induration, que vous avez constatées, ne permettent de croire qu'il existe davantage un tissu cicatriciel. Les rétrécissements cicatriciels résultent d'un traumatisme, de corps étrangers, d'ulcérations quelconques, et vous vous souvenez que rien d'analogue n'a été signalé dans l'histoire pathologique de notre jeune malade. Cependant, il est bien question de pertes légères de sang par l'anus, de douleurs rectales, et nous pourrions peut-être penser que la dysenterie aurait été la première cause. Sans rien affirmer, je n'y crois pas, les troubles légers, apyrétiques, que je vous signalais, ne ressemblant en rien, ni par leur intensité, ni par leur durée indéfinie, aux symptômes d'une dysen-

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

terie commune que ce jeune garçon aurait pu contracter dans son pays des Landes.

Laissant bien loin la dysenterie, j'admettrais plutôt que les douleurs vagues, le ténesme du début, s'expliquent par des hémorrhoïdes aujourd'hui disparues, et je repousse la pensée qu'il s'agit d'un rétrécissement cicatriciel, cette dernière variété n'étant en somme que très rarement annulaire.

M. Gosselin a décrit les rétrécissements cylindriques qui ont beaucoup des particularités que vous avez aujourd'hui constatées ; telles, par exemple, la hauteur, le siège et la configuration. Et, cependant, vous devez abandonner le rétrécissement cylindrique : il n'existe pas ici.

Dans son étiologie, on fait jouer le rôle le plus important à la syphilis. MM. Despres et Gosselin pensent qu'un accident syphilitique ou vénérien, amenant dans le tissu sous-muqueux l'épanchement de produits plastiques, et plus tard la rétractilité de ces produits épanchés, peut, avec le temps, déterminer la formation d'un rétrécissement.

M. Fournier croit qu'un accident tertiaire, une gomme par exemple, qu'elle se résorbe ou soit suppurées, intervient toujours pour produire le rétrécissement cylindrique. Je reste convaincu, Messieurs, que les deux opinions, celle de M. Gosselin et celle de M. Fournier, doivent être acceptées.

Quoi qu'il en soit, cette forme de rétrécissement



n'est pas située à plus de cinq à six centimètres de l'anus, et sa consistance est bien autre. Il est fibreux, dur, il ne forme pas un anneau brusque, mais bien plutôt un entonnoir, qui conduit insensiblement le doigt explorateur, à travers de nombreuses petites irrégularités, vers un orifice étroit, de plus en plus étroit, qu'on ne peut bien souvent franchir.

Quelles différences avec le cas qui nous occupe! Ici, la muqueuse est flasque, souple et mobile, et c'est dans le dédale de ses plis qu'il a fallu trouver cet orifice étroit, saillant et encore assez souple.

Remarquez enfin, Messieurs, que si des différences existent au point de vue de la consistance, de la situation, de la configuration, il y en a bien d'autres encore au point de vue fonctionnel.

Chez les malades atteints de rétrécissement fibreux, cylindriques anciens, la constipation est opiniâtre, les patients doivent faire de pénibles efforts pour aller à la selle, efforts souvent inutiles ou sans résultats suffisants. A la constipation succède parfois de la diarrhée, de véritables débacles. Il y a des émissions de matières glaireuses, de matières sanglantes résultant d'ulcérations, de ramollissement de la muqueuse au-dessus du détroit, et, quand ces pertes de sang existent, elles sont toujours accompagnées de douleurs à cause des ulcérations qui les produisent.

Enfin, ces divers troubles retentissent sur la région abdominale : il y a du météorisme, des coliques et

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

les malades, tourmentés sans cesse, ne mangent plus dans la crainte d'éprouver des douleurs plus vives; ils vont ainsi s'amaigrissant, perdant leurs forces et la cachexie ne tarde pas à se produire.

La conclusion est donc qu'il n'y a dans notre cas, rien ni du côté de la fonction ni du côté de l'état général qui ressemble au rétrécissement cylindrique. A plus forte raison, Messieurs, ne s'agit-il pas ici d'une forme plus grave, d'une altération cancéreuse. Ce que je vous ai dit précédemment de la consistance, de la marche, de tous les caractères enfin constatés dans cette observation, vous feraît repousser ce diagnostic.

Si nous abandonnons successivement toutes les variétés de rétrécissement, nous arrivons à admettre qu'il existe chez ce malade une lésion tout à fait particulière, et vous donnant mon avis, je dirai : c'est un rétrécissement par hypertrophie musculaire. La place qu'il occupe au niveau du sphincter supérieur d'O. Beirn, la souplesse remarquable de ses bords malgré l'étendue relative et l'épaisseur des parties qui le forment, sont les premières raisons qui m'engagent à adopter cette opinion. Certainement, la muqueuse glissant facilement sur les tissus voisins, la souplesse de toutes ces parties malades, l'orifice lui-même sans bosselures, sans résistance absolue, tout cela plaide en faveur d'une modification du calibre de l'intestin par hypertrophie du tissu musculaire et non des tissus



dont l'hyperplastie aboutit toujours à l'induration comme on le voit pour le tissu conjonctif.

Mais comment comprendre cette hypertrophie du tissu musculaire? De la même manière, Messieurs, que nous comprenons celle des muscles soumis à des efforts incessants. Tout muscle qui travaille trop s'hypertrophie : le cœur quand ses orifices sont malades, la vessie quand le canal est retréci. Or, vous n'avez pas oublié que, pendant de longues années, cet homme a été tourmenté par des besoins fréquents, sollicités, produits évidemment par une cause d'irritation placée à la partie inférieure du rectum. Et quelle pouvait être cette cause sinon des hémorrhoïdes, venant cinq, six, huit et dix fois par jour pour provoquer l'envie, le besoin d'aller à la selle. L'effort qui suivait l'excitation ne se passait pas seulement dans les muscles abdominaux; le rectum associe son action à ces derniers et seul il peut chasser les matières contenues dans sa cavité. La contractilité toujours excitée, mise en éveil, a pu, pendant les années que l'excitation s'est produite, aboutir à l'hypertrophie de l'élément musculaire et le rétrécissement s'est produit.

Je n'hésite donc pas à dire que, vu les caractères physiques présentés par cette lésion, vu surtout l'absence de troubles fonctionnels graves, il s'agit ici d'un rétrécissement musculaire amenant certaines douleurs, certains troubles fonctionnels à caractère indéfini

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

qu'on pourrait à la rigueur considérer comme le premier stade d'une affection qui, si elle s'accentuait, produirait des désordres peut-être considérables.

J'arrive en effet à cette question importante : ce rétrécissement est-il curable ? Va-t-il s'agraver d'une manière inévitable?

Je crois, Messieurs, que nous devons beaucoup redouter l'avenir. La fibre musculaire hypertrophiée peut facilement dégénérer. Voyez le cœur, voyez la vessie dont les parois s'altèrent, perdant leur souplesse et leur contractilité en proportion du temps écoulé depuis le début de l'hypertrophie. Cela peut très bien se produire chez notre malade ; et de souples qu'elles sont aujourd'hui, les parois du rétrécissement deviendront résistantes, dures, offrant tous les caractères et aussi amenant tous les troubles qui font la gravité des rétrécissements cylindriques.

Si le pronostic est encore bénin, il faut réserver l'avenir.

Or, nous n'attendrons pas que ces graves modifications se soient produites ; nous agirons pour épargner au sujet les souffrances cruelles qui viendront avec elles.

Ce cas est certainement de ceux que la dilatation lente, progressive, régulière peut améliorer et guérir. La fibre musculaire ne peut résister à son action sagement conduite. Mais la dilatation n'est pas seule.

Les courants continus, qui ont la propriété de modifier la nutrition, c'est-à-dire de la régulariser, méritent, en pareil cas, que vous leur prêtiez votre attention ; et je me fais un devoir de vous indiquer leur efficacité probable.



Nous ne devons pas penser à tous les autres moyens imaginés contre les rétrécissements : moyens chirurgicaux dont l'usage est interdit quand les procédés de douceur se trouvent indiqués.

Restez convaincus que si le diagnostic est juste, vous guérirez ce malade avec la dilatation et les courants associés.

NOTE. — Deux mois après son entrée à la salle 15, le malade, soumis immédiatement à la dilatation progressive, sortait de l'hôpital complètement guéri.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

# TABLE DES MATIÈRES


Pages

PREMIÈRE LEÇON : *Ostéite épiphysaire.* — Observation d'ostéo-myélite aiguë. — Marche vers l'état chronique. — Examen du malade. Physiologie pathologique. — Nécrose. — Influence des lésions périostiques et des lésions osseuses sur sa production. Rôle du cartillage épiphysaires. — L'ostéo-myélite du jeune âge est mieux désignée sous le nom d'ostéite épiphysaire. — Traitement... 1

DEUXIÈME LEÇON : *Ostéite Epiphysaire.* — Suite de la physiologie pathologique et de l'anatomie pathologique. — Ostéite suppurative. — Ostéo-périostite albuminoïde. — Ostéite fibreuse. — Ostéite raréfiante et fractures spontanées. Observation d'ostéo-myélite. — Arthrites, musculaires et articulaires. — Arthrites consécutives. — Variétés. Conséquences éloignées de l'ostéo-myélite. — Récidives. — Retour des accidents après de longues périodes de repos. Origine microbienne. Traitement..... 11

TROISIÈME LEÇON : *Sur un cas de tétanos aigu traumatique.* — Observation d'un malade récemment admis dans les salles. — Examen clinique. Signes classiques du tétanos aigu traumatique, comparés à ceux qui se trouvent consignés dans l'observation. Faits révélés par l'autopsie. — Névrite. — Propagation vers les centres démontrée par les pièces recueillies. Nature du tétanos..... 35

QUATRIÈME LEÇON : *Luxation traumatique de la hanche et du pied.* — Observation. — Lésions trophiques, troubles de la fonction consécutifs à une luxation ancienne non réduite.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Luxation ancienne de l'astragale, — Diagnostic différentiel. — Modifications imprimées à l'attitude du pied.
Luxation ancienne de la hanche. — Diagnostic. — Conséquences.
Physiologie pathologique des altérations trophiques observées après ces traumatismes.
Discussion des indications fournies par l'état du blessé..... 47

Cinquième leçon : *Désarticulation de la hanche.* — Observation d'ostéo-myélite du moignon après amputation de cuisse. — Suppuration abondante. — Nécessité d'une intervention,
Discussion du mode d'intervention. — La désarticulation seule indiquée. — Choix du procédé de désarticulation de la hanche.
La dissection avec ligature préalable des vaisseaux, d'après les préceptes de M. Farabeuf, est plus sûre.
Quelques modifications à apporter au pansement et à la réunion : Résection de la partie inférieure du sourcil cotyloïdien..... 63

Sixième leçon : *Sur un cas de coxalgie hystérique.* — Observation d'une malade entrée dans la salle 8. — Signes offerts par elle : ils appartiennent à la coxalgie hystérique.
Diagnostic différentiel de cette affection. — Son pronostic. — Son traitement..... 81

Septième leçon : *Luxation incomplète de la rotule en dehors.* — Observation. — Examen de la malade. — Diagnostic.
Anatomie pathologique. — Variété des luxations de la rotule.
Mécanisme de ces luxations, pronostic et marche.
Traitement..... 93

Huitième leçon : *Sur un cas de fracture de l'atlas et de l'apophyse odontoïde.* — Observation d'un malade admis à la salle 17.
Signes observés à son arrivée. — Marche progressive des troubles locaux et généraux après une période de calme ayant succédé au traumatisme (résultat d'une hémorrhagie).
Discussion du diagnostic et du traitement : La compression n'étant pas produite par un os déplacé, mais par du sang épanché, il faut s'abstenir..... 105

Neuvième leçon : *Sur un cas de fracture de l'atlas et de l'apophyse odontoïde.* — Explications nécessaires sur une erreur de diagnostic commise dans la précédente leçon.
Il ne s'agit pas d'une luxation de la quatrième vertèbre cervicale comme paraissaient le démontrer les signes observés.
Pièces anatomiques. — L'épanchement de sang soupçonné existe, en effet, très abondant. — Fracture de l'atlas et de l'apophyse odontoïde.



Causes de l'erreur commise. — Comparaison avec d'autres faits analogues..... 115

Dixième leçon : *Epithélioma du maxillaire inférieur.* — Observation. — Signes spéciaux qui démontrent bien que l'affection a pris naissance au centre même de l'os.
Explications fournies sur ce début exceptionnel et diagnostic différentiel établi facilement d'après les traits saillants de l'observation.
Comparaison de ce cas avec une autre tumeur du maxillaire supérieur actuellement en traitement dans le service.
Pronostic et traitement : Résection de la partie correspondante de l'os.

Onzième leçon : *Tumeur pulsatile de la région sternale.* — Observation de la malade qui fait l'objet de cette leçon.
Traits saillants de cette observation : double tumeur, — tumeur pulsatile, — troubles fonctionnels divers.
Diagnostic. — Considérations générales sur les tumeurs pulsatiles des os appliquées au cas actuel.
Diagnostic du siège primitif de cette tumeur dans l'os.
Diagnostic de la variété de néoplasme. Pronostic et traitement..... 137

Douzième leçon : *Sur un cas d'épithélioma glandulaire de la peau.* — Observation d'un malade atteint de tumeurs multiples de la peau.
Tumeur volumineuse de la région dorsale ayant présenté, dès le début, des poussées inflammatoires.
Diagnostic de la nature de ces tumeurs diverses. — Modifications que certaines tumeurs peuvent subir dans leur texture.
Indications thérapeutiques fournies par la nature de la tumeur et les lésions voisines du système lymphatique, ainsi que par la santé générale du sujet..... 153

Treizième leçon : *Abcès par congestion. — Diagnostic différentiel avec le psoïtis.* — Observation du malade.
Signes divers présentés par cette observation : attitude du membre inférieur, exploration du bassin, exploration de la région lombaire. État général.
Diagnostic différentiel avec le psoïtis et la coxalgie.
Nature de la tumeur observée. — Diagnostic précis de la lésion : diagnostic.
Traitement : Il se heurte à une double difficulté, l'attitude vicieuse du membre inférieur et la nature spéciale de la lésion accompagnée d'une vaste collection..... 167

Quatorzième leçon : *Sur un cas de phlegmon de la fosse iliaque.* — Observation établissant la liaison probable entre l'état puerpéral et la maladie actuelle.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Diagnostic de la lésion elle-même, — de sa cause première, — de son siège. — Influence du système lymphatique. — Comparaison entre les abcès profonds sous-aponévrotiques et les abcès sous-péritonéaux.
Marche de la maladie. — Indications qui en découlent. — Traitement.. 185

Quinzième leçon : *Mal perforant.* — Histoire du malade. Autres exemples de sujets traités dans le service. Théories diverses sur la pathogénie de cette affection.
Influence d'une attitude vicieuse du pied sur le siège de la lésion : pressions mécaniques.
Traitement : Opérations graves auxquelles peut conduire le mal perforant..... 203

Seizième leçon : *De la gangrène sénile des extrémités.* — Exemples de deux malades admis dans le service.
Caractères divers que peut revêtir la gangrène des extrémités. — Sa marche.
Influence du diabète.
Influence de l'ergotisme.
Considérations générales sur les causes de la gangrène des vieillards.
Pronostic et traitement..... 219

Dix-septième leçon : *Chondrosarcome de l'omoplate. — Extirpation de l'omoplate.* — Observation. — Diagnostic du siège de la tumeur. — Diagnostic de la tumeur. — Diagnostic de la variété.
Indications fournies par l'état général du sujet. Discussion sur l'opportunité d'une intervention dans les tumeurs de l'omoplate.
Règle à suivre dans l'extirpation de l'omoplate.
Note sur l'opération pratiquée..... 235

Dix-huitième leçon : *Névrome du nerf tibial postérieur.* — Observation. Tumeur ancienne développée derrière la malléole interne.
Caractères présentés par cette tumeur : sa forme, son siège, les troubles fonctionnels auxquels elle a donné lieu.
Diagnostic différentiel. — Diagnostic de la nature de la tumeur.
Les symptômes recueillis dans l'examen clinique permettent de fixer d'avance le manuel opératoire.
Résultat de l'opération..... 249

Dix-neuvième leçon : *Sur un cas d'épithélioma du pied.* — Observation. — Vaste ulcération du pied, diagnostic différentiel avec les ulcérations et les autres tumeurs qu'on peut observer dans cette région.
Pronostic et indications thérapeutiques.



Choix d'une opération radicale : Désarticulations sous-astragalienne et tibio-tarsienne. — Amputation sus-malléolaire.
Amputation de jambe : Opération de choix pour le cas actuel. — Quelques considérations sur le manuel opératoire de cette dernière amputation..... 267

Vingtième leçon : *Epithélioma du canal nasal et du sac lacrymal.* — Observation d'un malade atteint tout d'abord d'une affection présentant la plupart des signes de la dacryo-costite.
Aspect spécial de l'ulcération consécutive à ces premiers accidents.
Diagnostic basé sur la marche, les caractères de l'ulcération, les troubles fonctionnels.
Traitement..... 279

Vingt-unième leçon : *Sur un cas de contusion du poumon.* — Observation d'un blessé admis à la salle 17.
Contusion de la poitrine. — Troubles fonctionnels et signes physiques concomitants.
Conclusion. — Il y a contusion du poumon, sans fracture de côtes.
Mécanisme de la contusion du poumon. — Marche, suites, traitement.. 291

Vingt-deuxième leçon : *Sur deux cas d'ulcération de la langue.* — Comparaison entre deux malades de la salle 17 atteints tous les deux d'ulcérations de la langue.
Ulcères syphilitiques, ulcères cancéreux.
Diagnostic des ulcérations de la langue.
Un mot de pathogénie. — Marche et suites..... 301

Vingt-troisième leçon : *Sur le traitement du cancer de la langue.* — Autre observation de tumeur de la langue.
Diagnostic en rapport avec l'intervention.
Choix du procédé. — Détails de médecine opératoire.
Méthode sus-hyoïdienne..... 315

Vingt-quatrième leçon : *Sur un cas d'angiome de la langue.* — Volumineux angiome de la langue chez une jeune femme.
La tumeur est restée longtemps stationnaire. — Influence du traumatisme sur son accroissement rapide.
Diagnostic du siège et de la nature de la lésion.
Utilité d'un traitement rapide. — Discussion sur le choix de la méthode à employer.
Ablation avec l'écraseur de Chassaignac.
Note sur le résultat de l'opération..... 331

Vingt-cinquième leçon : *Sur un cas de kystes congénitaux du cou.* — Observation d'un malade de la salle 17. — Deux tumeurs situées sur les parties latérales du cou.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Tumeurs congénitales en général. — Kystes simples et kystes composés. Il n'existe aucune différence entre les kystes composés et les kystes dermoïdes.
Diagnostic par exclusion des tumeurs observées chez le malade : kystes congénitaux composés ou dermoïdes.
Indications thérapeutiques qui appartiennent à ces genres de lésions. 345

VINGT-SIXIÈME LEÇON : *Contusion du rein.* — Observation : Grave traumatisme de la région lombaire, du thorax et de l'abdomen. — Hémoptysie. — Hématurie.
Diagnostic précis des divers degrés de contusion ou de déchirure du rein.
Conséquences graves des contusions du rein.
Pronostic : Grave en général. — Se trouve très atténué dans le cas actuel malgré les lésions des organes respiratoires.
Traitement : Ce qu'il faut ne pas faire surtout..... 357

VINGT-SEPTIÈME LEÇON : *Sur un cas d'uréthrotomie externe.* — Observation d'un malade admis à Saint-André après une série d'accidents consécutifs à plusieurs blennorrhagies.
Rétention d'urine, abcès urineux, infiltration d'urine, trajets fistuleux, accès de fièvre.
Rétrécissements perméables et infranchissables.
Indications fournies par les accidents antérieurs, l'exploration de l'urèthre, l'état général du sujet.
Uréthrotomie externe. — Règles générales du manuel opératoire.
— Note sur les résultats de l'opération pratiquée..... 373

VINGT-HUITIÈME LEÇON : *Hydrocèle enkystée de l'épididyme.* — Observation du malade qui fait l'objet de cette leçon. — L'examen méthodique conduit au diagnostic de kyste du testicule, de kyste de l'épididyme.
Caractères présentés par ces kystes et qui les distinguent de l'hydrocèle de la tunique vaginale.
Théories émises sur leur formation. — Aspect spécial présenté par le liquide qu'ils contiennent.
Indications auxquelles ils donnent lieu.
Traitement..... 385

VINGT-NEUVIÈME LEÇON : *Sur un cas d'hématocèle de la tunique vaginale.* — Observation d'un sujet atteint subitement d'un épanchement considérable de sang dans la tunique vaginale et le tissu sous-cutané du scrotum.
Existait-il antérieurement une lésion du testicule ou de la tunique vaginale ?
Physiologie pathologique de l'hématocèle. — Diagnostic différentiel.
Indications fournies par un cas de cette nature. L'incision est nécessaire..... 399



TRENTIÈME LEÇON : *Hématocèle de la tunique vaginale (suite).* — Sujet atteint d'une tumeur ancienne du scrotum.
Accroissement rapide pris par cette tumeur à un moment donné.
Diagnostic de cette lésion : hématocèle. — Quelle a été la cause de l'épanchement de sang.
Était-il prudent de s'assurer de la présence du sang par une ponction ?.. 413

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..... 423

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 [illegible] ganglionnaire.
Indications thérapeutiques..... 433

TRENTE-TROISIÈME LEÇON : *Épithélioma de la glande mammaire.* — Observation d'une malade de la salle 8 atteinte d'une tumeur du sein ayant présenté deux périodes distinctes dans son évolution. Au début, marche lente; à un moment donné, accroissement rapide et tuméfaction des ganglions auxilliaires.
Diagnostic différentiel avec les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes du sein.
Quelle valeur faut-il attribuer à l'écoulement séro-sanguin du mamelon souvent observé dans les tumeurs du sein.
Quelques détails d'histologie à propos de l'épithélioma de la glande mammaire et des kystes observés dans son épaisseur.
Influence de la disposition des lymphatiques du sein sur la marche de cette tumeur.
Conclusions pratiques fournies par l'anatomie pathologique..... 451

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON : *Déchirure du périnée.* — *Périnéorrhaphie.* — Histoire et examen d'une malade de la salle 8, atteinte d'une déchirure étendue du périnée.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Description du procédé qui fut employé avec succès pour ce cas particulier : Préparation de la malade; premier, deuxième et troisième temps. — Soins consécutifs.
Avantages présentés par l'affrontement de larges surfaces. — Avantages qui paraissent appartenir au procédé écrit.
Note sur le résultat de l'opération..... 467

TRENTE-CINQUIÈME LEÇON : *Du prolapsus utérin.* — Observation. — Signes cliniques du prolapsus. — État du rectum, de la vessie. — Renseignements fournis par l'exploration du rectum et le cathétérisme. — Diagnostic différentiel du prolapsus et de l'inversion utérine. — Du prolapsus et de l'allongement hypertrophique. — Le dernier diagnostic établi par le mode suivant lequel la réduction peut être obtenue.
Conditions nécessaires à la production du prolapsus. — Du prolapsus chez les jeunes filles..... 477

TRENTE-SIXIÈME LEÇON : *Des complications et du traitement du prolapsus utérin.* — Histoire clinique des complications du prolapsus utérin. — Observations précédemment citées.
Prolapsus utérin à ses divers degrés. — [illegible] généraux qu'il réclame. — Traitement médical.
Le prolapsus utérin n'est justiciable que d[illegible]aitement palliatif.
Ce traitement est réalisé soit par les tuteurs [illegible]niques, les pessaires, soit par certaines opérations sanglantes.
Notions générales sur les opérations sanglantes. — Opérations de M. Le Fort. — Modifications apportées à ce dernier procédé par M. Lane-longue de Bordeaux..... 487

TRENTE-SEPTIÈME LEÇON : *Cancer utérin. — Diagnostic et traitement.* (Première partie). — Observation. — Malade de quarante-six ans atteinte d'une tumeur ulcérée du col utérin.
Hémorrhagies persistantes après quarante ans, écoulement de sanie fétide, douleurs irradiées dans les lombes et les cuisses : Signes caractéristiques d'une lésion grave de l'appareil utérin.
Diagnostic de la nature de cette lésion : cancer utérin.
Diagnostic du siège : muqueuse intra-cervicales.
Pronostic : Pronostic général du cancer utérin : lésion de voisinage et lésions générales.
Indications générales fournies par la marche fatale de cette affection.. 499

TRENTE-HUITIÈME LEÇON : *Du cancer utérin* (2e partie). — Discussion sur le choix d'une opération.
Opérations incomplètes. — Opérations radicales.
Amputation du col. — Hystérectomie.
Comparaison des résultats fournis par ces deux dernières opérations.

1030000490





L'amputation du col est et restera une très bonne opération.
Divers procédés d'hystérectomie. Mauvais résultats de l'hystérectomie abdominale.
Hystérectomie vaginale. Cas personnels. L'avenir de cette opération est très incertain. On ne peut encore le juger..... 513

TRENTE-NEUVIÈME LEÇON : *Fibrome de l'ovaire.* — Observation détaillée d'une malade atteinte d'une tumeur volumineuse dont l'apparition fut précédée de divers troubles locaux et généraux de nature à compliquer le diagnostic.
Diagnostic du siège de cette tumeur. — L'ovaire seul peut être mis en cause.
Diagnostic de sa nature. — Tumeurs sanguines, hématocèle. — Phlegmons chroniques. — Tumeurs liquides. — Tumeurs solides.
Cette tumeur absolument solide n'offre aucun des caractères d'une tumeur maligne : il s'agit bien d'un fibrome de l'ovaire.
Le fibrome est une tumeur bénigne qui peut revêtir des caractères graves 527

QUARANTIÈME LEÇON : *Fibrome utérin* (suite et fin). — Observation de la leçon précédente et nou[illegible] observation de fibrome utérin. — Comparaison entre les tume[illegible]rines et les tumeurs de l'ovaire.
Diagnostic différentiel entre c[illegible] variétés par les signes recueillis dans l'examen clinique.
Pronostic commun aux fibro[illegible]térins et ovariens. — Influence de la ménopause.
Traitement. — S'abstenir d'opérations radicales, quand la vie n'est pas en danger. — Choix d'une opération dans le cas contraire.
Traitement médical. — Résultat excellent qu'il peut avoir quand il est bien dirigé. — Eaux minérales, seigle ergoté, électricité..... 545

QUARANTE-UNIÈME LEÇON : *Kyste du parovaire.* — Observation d'une malade récemment admise. — Tumeur liquide uniloculaire saillante du côté de l'excavation. — Caractères cliniques qu'elle présentait. — Pas de troubles de la santé générale.
Diagnostic : Tumeur liquide. — Nombreuses tumeurs liquides qu'on peut rencontrer dans la région abdominale inférieure, nées dans cette région ou venues des régions voisines. — Les diverses tumeurs éliminées, il ne reste plus que l'ovaire.
Diagnostic différentiel entre les kystes de l'ovaire et les kystes du parovaire.
Examen chimique et histologique du liquide retiré par la ponction. — Il est de peu de ressource pour confirmer le diagnostic.
Pronostic et traitement. — Utilité de la ponction simple. — Ponction et injection iodée. — Ovariotomie..... 563

QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON : *Rétrécissement du rectum de nature mus-*

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

*culaire.* — Observation d'un jeune Landais présentant depuis plusieurs années des signes peu précis d'une altération du rectum.
Il est atteint de rétrécissement. — Caractères du rétrécissement. — La comparaison que permet d'établir le résultat de l'exploration clinique avec les rétrécissements classiques amène à cette conclusion : Rétrécissement par hypertrophie musculaire.
Cause probable : hémorrhoïdes.
Pronostic : peut devenir grave.
Traitement : la dilatation et l'électricité doivent faire la base de ce traitement..... 579

Bordeaux. — Imp. O.-L. FAVRAUD, rue Porte-Dijeaux, 91.

179

