

on voit des réseaux vasculaires distendus par l'injection poussée dans les artères. Cette même injection s'est épanchée dans quelques autres de ces lacunes ou larges cellules; enfin, quelques unes d'entre elles sont remplies de couches albumineuses formées par du sang coagulé, comme on en voit dans les tumeurs anévrismales anciennes. Les cartilages, presque intacts, sont seulement décollés des surfaces osseuses et mobiles au milieu du désordre.

Cette observation mérite d'être profondément méditée sous le rapport de la ligature de l'artère fémorale, des hémorrhagies consécutives qui eurent lieu jusqu'au vingt-deuxième jour de l'opération, de la disparition de la tumeur et du long intervalle qui s'est écoulé jusqu'à la réapparition.

Obs. IV. — *Fongus hématode à l'extrémité supérieure du tibia. — Amputation. — Mort. — Autopsie. — Examen du membre.* — T..., âgé de vingt-deux ans, d'une constitution faible, n'ayant jamais eu d'autre maladie que de la gourme dans son enfance, éprouva, en faisant un effort pour éviter de tomber, au mois de décembre 1824, un craquement dans le genou droit; depuis cette époque il ressentit, de loin en loin, des douleurs auxquelles il fit peu d'attention.

Au mois de septembre 1825, il fit un nouvel effort pour éviter une chute, et aussitôt le genou droit se tuméfia considérablement: on appliqua quarante sangsues; le gonflement devint de plus en plus grand, et les douleurs étaient très aiguës. Alors le malade employa plusieurs moyens et mit successivement en usage la graisse, l'électricité, un séton, et le tout sans succès. L'affection augmenta bientôt, et le malade ne put plus marcher. Il entra à l'Hôtel-Dieu au mois de mars 1826; il était dans l'état suivant: une tumeur existait à la partie externe de l'articulation fémoro-tibiale droite, ayant presque le volume du poing, sans changement de couleur à la peau, offrant des battements isochrones aux pulsations des artères; ces battements cessaient par la compression de l'artère poplitée: la jambe était en demi-flexion sur la cuisse, et les mouvements d'extension ou de flexion étaient très douloureux. M. Dupuytren, ayant examiné le malade, prononça

qu'il était affecté d'une tumeur érectile à l'extrémité supérieure du tibia, avec dégénérescence des tissus (fongus hématode); ce qui le porta à renoncer à toute idée de ligature de l'artère fémorale, et à préférer l'amputation de la cuisse. Le malade se refusa à l'opération et retourna chez lui; il y resta un mois; pendant ce temps on entretint le séton: l'altération ne fit qu'aller en augmentant. Un médecin pratiqua une incision dans la tumeur; il s'en écoula du sang. Enfin le malade rentra à l'hôpital le 3 mai: il était alors décidé à se laisser opérer; mais comme il redoutait beaucoup l'instrument tranchant, il s'était monté l'imagination pour ne paraître rien craindre, et il affectait un courage qu'il n'avait pas. D'ailleurs la tumeur offrait les mêmes caractères qu'à la première entrée du malade dans l'hôpital; elle avait seulement plus de volume et ses battements étaient plus obscurs. Quant à l'état général, le malade était maigre et pâle, la poitrine résonnait bien à la percussion, le ventre n'était pas douloureux, il n'y avait ni diarrhée, ni constipation; mais le moral était celui d'un homme pusillanime qui affecte d'avoir du courage.

Le 5 mai, M. Dupuytren pratiqua l'amputation de la cuisse, suivant la méthode ordinaire. On fit quinze ligatures, la plaie fut réunie immédiatement.

Dans la journée qui suivit l'opération, il ne survint aucun accident; le malade eut seulement un peu de fréquence dans le pouls et un peu de chaleur à la peau dans la soirée. (Infusion de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger, potion calmante.) — 6 mai. Le malade a peu dormi, il dit n'avoir point souffert, la bouche est sèche, les dents sont un peu fuligineuses, la peau est chaude, le pouls faible et fréquent. — 7 mai. Même état que la veille: sueurs abondantes; le malade affecte de dire qu'il est bien. L'appareil est traversé par un peu de sang (Émoullients, eau de mauve.) — 8 mai. Peu de sommeil, frissons dans la nuit, sueurs abondantes; face un peu animée, pouls fréquent et faible, langue et dents fuligineuses, aucune douleur; toute la journée même état; à quatre heures après midi, nausées, vomissements, faiblesse; l'appareil de

pansement est traversé de sang ; la face est pâle, le nez froid : on rassure le malade, et on lève l'appareil ; le sang coulait en nappe ; on évalue la perte de ce liquide à deux palettes ; l'élève de garde ne pouvant saisir les vaisseaux qui donnaient du sang, tamponna la plaie avec des boulettes de charpie roulées dans la poudre de colophane. Le malade resta faible. M. Sanson le vit le soir et prescrivit six grains de sulfate de quinine en deux prises ; le malade ne put les garder, il les vomit. A neuf heures du soir, l'hémorrhagie n'avait point reparu ; la faiblesse était la même. (Bouillon, potion avec du sirop de quinquina et l'éther sulfurique.)

Il n'y eut pas de changement : le malade succomba le 9 mai, à trois heures du matin.

Autopsie du corps vingt-huit heures après la mort.—1^o *Examen du moignon.* — L'os est coupé à quatre pouces et demi au-dessus de la rotule, la peau et les muscles sont d'un gris noirâtre, l'os est dénudé dans l'étendue de quatre lignes, toutes les ligatures persistent, les vaisseaux fémoraux sont noirâtres, le caillot qui se trouve dans l'artère fémorale commence au-dessus de la portion noirâtre qui paraît être putréfiée ; ce caillot, long de plusieurs lignes, est peu adhérent, il est rouge et semble de plus récente formation que ceux que l'on trouve dans les autres vaisseaux du moignon. L'appareil sensitif interne, l'appareil circulatoire, l'appareil digestif et l'appareil génito-urinaire, examinés successivement, n'ont offert aucune altération appréciable. En général tous les organes étaient pâles et presque privés de sang. La tumeur a été portée à la faculté de médecine pour y être injectée et examinée par M. Breschet.

2^o *Examen du membre.* — La tumeur était moins volumineuse qu'avant l'opération ; elle était surtout affaissée dans le point qui avait été le plus saillant ; en la comprimant, on sentait qu'elle résistait sous le doigt, dans des points beaucoup plus que dans d'autres, et, en augmentant la pression, elle cédait en faisant entendre un petit bruit. Comme la tumeur avait été fendue dans sa longueur pour en montrer la nature aux élèves de la clinique, on pouvait voir qu'à l'inté-

rieur elle était formée d'enveloppes seulement fibreuses à quelques points, fibro-cartilagineuses en d'autres, et enfin cartilagineuses dans une assez grande étendue de sa circonférence. Sa partie supérieure n'était plus que cartilagineuse ; les fibro-cartilages, tuméfiés, ramollis, indiquent la part que l'articulation commençait à prendre à la maladie ; les ligaments latéraux étaient gonflés, ramollis, et dans quelques parties, surtout en dehors et en avant, il y avait un commencement de dégénérescence squirrheuse et carcinomateuse. L'artère poplitée et ses divisions à la partie supérieure de la jambe n'offraient aucune altération, si ce n'est que le calibre de ces vaisseaux était supérieur à ce qu'il aurait dû être. La section de la tumeur ne permettant pas de faire une injection régulière, c'est-à-dire avec une substance solidifiable et colorée, on se contenta de pousser de l'eau par l'artère poplitée : ce liquide arriva dans le tissu de la tumeur et y parut par une multitude d'orifices. Il ne s'en écoulait point à l'extérieur, ce qui démontre que le système artériel de la jambe était sain, hors du tissu osseux affecté. L'examen attentif du tissu même de la tumeur permit de reconnaître qu'elle était remplie par du sang dans le lieu où aurait dû exister le tissu cellulaire ; que ce sang était par couches concentriques, qui ne formaient pas les parois d'un foyer unique, mais un assez grand nombre de loges, comparables, pour leur apparence, à celles d'un favus ou rayon de miel, d'une dimension plus grande. Les couches extérieures étaient moins colorées, plus denses que celles du centre, qui avaient la couleur et la consistance d'un simple caillot. De l'eau pure injectée dans les artères antérieures, arrivait au centre de ces loges et indiquait assez bien qu'elles semblaient appartenir à autant d'artères distinctes. L'altération des artères était donc ici moins due aux branches extérieures qu'aux divisions qui pénétraient ces os et qui se distribuent dans leur substance.

Le fongus hématoire peut se développer dans l'épaisseur de l'os maxillaire inférieur ; nous en avons cité un exemple en traitant de l'amputation de la mâchoire inférieure. Le seul moyen de guérison est encore ici l'ablation de l'os malade.

Le plus ordinairement la guérison vient récompenser les efforts de l'art : c'est ce qui est arrivé dans le fait dont nous venons de parler.

Le sujet que nous traitons n'est point de ceux qu'on connaît suffisamment par une ou deux observations : la difficulté du diagnostic, la gravité du pronostic, font sentir le besoin des faits ; aussi croyons-nous suivre une bonne marche en citant encore l'observation suivante :

Obs. V. — *Tumeur sur le dos du pied.* — *Ponction exploratrice.* — *Fongus hématoïde.* — *Amputation partielle du pied.* — *Guérison.* — L..., âgée de trente-trois ans, ouvrière en linge, entra à l'Hôtel-Dieu, le 5 juillet 1825, pour s'y faire traiter d'une maladie qu'elle portait sur le dos du pied. Cette femme, d'un tempérament sanguin, fortement constituée, fit, dix mois avant son entrée dans l'hôpital, un faux pas, dans lequel le talon était fortement tiré en arrière et le pied étendu sur la jambe ; tout le poids du corps porta sur l'extrémité digitale du membre gauche ; elle entendit alors, assure-t-elle, un craquement dans cette partie, et y ressentit une vive douleur. Le pied se tuméfia rapidement, devint rouge, douloureux : l'on y appliqua des sangsues, puis des résolutifs ; mais le repos ne fut pas observé.

Trois jours après cet accident, une tumeur parut dans la direction du second orteil ; elle était, suivant la malade, mobile et pulsative ; elle augmenta successivement de volume pendant cinq mois ; son développement cessa alors, et la tumeur resta comme elle était encore lorsque la malade entra dans l'hôpital. Avant de venir à l'Hôtel-Dieu, cette femme avait consulté beaucoup de médecins, et presque tous pensèrent que la maladie était un anévrisme. Un très grand nombre de sangsues fut appliqué, on en mettait de trente à quarante sur la tumeur ; et, à chaque application, les battements et la douleur étaient affaiblis ; mais deux ou trois jours après, ces symptômes reparaissaient. Les émollients, puis les résolutifs ont été aussi mis à contribution et sans plus de résultats satisfaisants. Lorsque la malade fut examinée, sa tumeur était située au dos du pied, sur les deuxième et troisième os

métatarsiens, s'étendant latéralement du premier au quatrième os du métatarse, et d'arrière en avant d'un à deux pouces au-devant de l'articulation tibio-tarsienne, jusqu'à la base des orteils, saillante d'un pouce environ au-dessus du dos du pied, adhérente par sa base, sans chaleur, rougeur, ni altération de la peau. Au premier examen on crut que la tumeur était gommeuse, et la malade, interrogée pour savoir si elle avait eu des affections vénériennes, assura n'avoir jamais présenté aucun symptôme de ces maladies. La tumeur, explorée avec plus de succès, on reconnut des battements profonds, obscurs, mais cependant distincts. M. Dupuytren pensa d'abord que les battements n'existaient que dans la direction de l'artère pédieuse, et que la tumeur était un abcès derrière lequel était placée l'artère, qui lui imprimait un mouvement de soulèvement. Quelques personnes crurent que la maladie pouvait bien être de nature anévrismale ou fongueuse. En effet, la tumeur offrait évidemment des pulsations, comme en présente une tumeur anévrismale, dans toute son étendue ; l'artère pédieuse déplacée et portée en dedans et vers le sommet de la tumeur, laissait distinguer des battements distincts de ceux de la tumeur qui, comprimée sur toute sa surface, soulevait la main par des mouvements d'expansion en tous sens, isochrones aux battements du pouls, et le doigt promené sur tous les points de la circonférence de la tumeur, sentait très bien ces battements, qui cessaient aussitôt qu'on comprimait l'artère tibiale antérieure. La malade se plaignait de douleurs très aiguës qui, suivant elle, l'empêchaient de dormir ; mais son état général n'indiquait pas qu'elle fût privée de repos. De nouveau examinée par M. Dupuytren, la tumeur parut d'un diagnostic moins clair et moins facile à établir ; il flotta incertain entre un abcès au-devant de l'artère et une tumeur anévrismale. Le déplacement qu'on pouvait faire éprouver à l'artère pédieuse, sans faire cesser les battements dans la tumeur, vint encore augmenter l'incertitude de ce diagnostic, et porter de plus en plus à penser à la possibilité de l'existence d'un anévrisme. M. Dupuytren fit descendre la malade dans l'amphithéâtre, et dit qu'il ferait

d'abord à la tumeur une simple ponction exploratrice, qui n'empêcherait pas de découvrir et de lier le vaisseau s'il était le siège d'un anévrisme. Un appareil fut disposé à cet effet, ainsi qu'un autre pour l'amputation, si cette opération était jugée convenable, dans le cas où la tumeur aurait son siège dans les os, et serait de la nature de celles qu'on a appelées *fongus hématoïde*.

La compression de l'artère crurale faite, la lame d'un bistouri fut plongée au centre de la tumeur, et il ne s'écoula qu'un peu de sang noir en nappe et point en jet; la compression de l'artère crurale fut suspendue, et l'écoulement de sang ne devint sensiblement ni plus rapide, ni plus abondant. M. Dupuytren agrandit l'incision à l'aide d'un bistouri boutonné, et sentit alors un tissu comme charnu, mou, rétif, saignant, dont l'extraction partielle fut tentée, soit avec les doigts, soit avec des pinces; mais on ne put en obtenir que des portions, et l'on reconnut alors que ce tissu avait de l'analogie avec celui du corps caverneux du pénis, ou même encore avec celui de la substance du placenta. On sentit, dans l'espace du premier au troisième métatarsien, une substance de même nature, mais parsemée de petites esquilles. Alors M. Dupuytren, reconnaissant une affection profonde dans les os, se décida à pratiquer immédiatement l'amputation partielle du pied, et elle fut faite suivant la méthode de Chopart.

Une demi-heure après l'amputation, on pansa la malade, les lambeaux sont rapprochés et maintenus en contact par trois bandelettes de diachylon, et les ligatures sont placées dans l'angle supérieur de la plaie. Aucun accident n'est survenu; il y avait un commencement de cicatrisation au sixième jour, et pourtant elle n'a été complète qu'à la sixième semaine, époque à laquelle la malade est sortie de l'Hôtel-Dieu, après avoir reçu de l'administration des hôpitaux une botte qui dissimule sa difformité et facilite la marche.

La portion enlevée fut examinée avec soin, et permit de constater que dans le lieu où aurait dû se trouver le corps du deuxième métatarsien était une substance carcinomateuse;

on sentait, çà et là sous les doigts, les débris d'une matière osseuse; on rencontrait surtout ces débris vers l'extrémité de l'os supportant l'orteil, et cette partie était cependant saine, ainsi que le cartilage diarthrodial et l'articulation elle-même. A l'extrémité postérieure de cet os, le mal avait atteint simultanément le premier, le deuxième et le troisième métatarsiens, ainsi que leurs articulations avec les os cunéiformes; et dans ce point la maladie consistait en un ramollissement de substance spongieuse ou celluleuse, avec diminution de ce tissu. A la partie postérieure du premier os du métatarsien, cette diminution était portée à un point tel, qu'il existait là une véritable caverne anfractueuse, pouvant contenir une noix, bornée en arrière par une simple lamelle osseuse, saine en apparence, supportant le cartilage diarthrodial exempt de toute altération. L'extrémité postérieure du troisième métatarsien était creusée, offrait une cavité du même genre, moins étendue, dont la face externe était recouverte par un sang grumeleux et lamelleux. Le premier os cunéiforme, détruit en partie, était aussi ramolli et raréfié, si l'on peut se servir de ce mot, et sa substance spongieuse ressemblait au tissu vasculaire d'une rate, dont le lavage n'aurait laissé que la trame ou le réseau fibreux et solide. Le deuxième cunéiforme était moins malade, et le troisième bien moins encore; cependant leur altération portait les mêmes caractères que celle du premier de ces os.

Le *fongus hématoïde*, auquel on a imposé une foule de noms divers, tels que ceux d'inflammation spongieuse, de sarcome pulpeux médullaire, de carcinome sanguin et de sarcome vasculaire, est, en raison des éléments qui le composent, une maladie fort grave. La ligature du tronc principal peut bien, lorsque la matière cancéreuse ne prédomine pas, retarder les progrès du mal vers une dégénérescence complète; elle ne saurait cependant être mise en parallèle avec l'extirpation. Cette ablation entière est donc en définitive la seule véritable chance de succès que présente le *fongus hématoïde*. Quelquefois néanmoins la maladie se reproduit, quoiqu'on ait la certitude de n'avoir rien laissé de suspect: tels sont la

plupart des cas où l'amputation a été pratiquée. Il faut bien admettre alors que la maladie tenait à une cause intérieure. On doit avoir grand soin de ne pas perdre de vue, lorsqu'on pratique cette opération, que la plus petite portion oubliée suffit pour la reproduction de la maladie. Un chirurgien anglais, ayant amputé la cuisse pour une tumeur semblable, aperçut un petit prolongement vers la partie interne du moignon ; il pensa que l'inflammation et la suppuration le détruiraient. Son erreur fut fatale au malade ; car la tumeur ayant pris de l'extension, on fit de vaines tentatives pour l'extirper. On amputa la cuisse, la plaie guérit, mais le patient mourut d'épuisement quelque temps après. N'oublions pas, en terminant cette leçon, de faire remarquer qu'on a plusieurs fois confondu les carcinomes de l'œil ou d'autres parties dans lesquelles on a trouvé des veines dilatées et un grand nombre de foyers sanguins, avec les fungus hématodes ; mais ces tumeurs n'ont entre elles d'analogie que par l'écoulement de sang, lorsqu'elles s'ouvrent spontanément ou qu'on les incise : il n'y a pas seulement entre elles différence d'espèce, mais bien différence de nature.

ARTICLE V.

DES VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS, DU VARICOÈLE, DE LEURS CAUSES ET DE LEUR TRAITEMENT.

Un grand nombre de procédés ont été mis en usage pour obtenir la cure radicale des varices, mais ils ont été presque tous successivement abandonnés. La ligature des veines et la compression, tels sont actuellement les moyens les plus employés. La compression méthodiquement appliquée est sans contredit le remède dont on retire le plus d'avantage ; s'il ne procure pas toujours une cure définitive, il soulage au moins, rend très supportables les incommodités des varices, et est exempt de danger.

Il ne faut pas croire cependant que la compression, toute simple qu'elle paraisse, puisse être prescrite sans quelques précautions, surtout lorsque les varices sont anciennes et volumineuses. Agir autrement, ce serait s'exposer à des accidents très graves qui dépendent du reflux subit du sang des extrémités inférieures dans les cavités splanchniques. Plus d'une fois, dit M. Dupuytren, nous avons vu le sang se porter vers les parties supérieures, déterminer de l'oppression, des étourdissements, et souvent des congestions sanguines vers le cerveau, la poitrine, congestions qui mettent le malade dans un grand danger. Aussi, avant d'ordonner la position horizontale continuée, la compression, ou tout autre moyen local, avons-nous pour habitude de faire pratiquer une ou plusieurs saignées du bras, pour désempir le système veineux général.

Si nous nous livrons maintenant à quelques recherches bibliographiques sur les causes auxquelles on a attribué les varices, nous serons frappés de la fidélité avec laquelle les auteurs se copient mutuellement. Galien a dit comme Hippocrate ; Celse a peu ajouté ; Paul d'Égine et Ambroise Paré ont pris le même parti ; Dionis et Heister ont seulement étendu les idées de leurs prédécesseurs ; puis Ever.-Home, Smith, Travers, Brodie, Delpech, Béclard, Chaussier, etc., ont donné à ce sujet la couleur du temps, et ils ont cru avoir trouvé quelque chose de neuf. Il faut néanmoins faire une exception honorable pour les travaux de MM. Breschet et Briquet. Nous allons maintenant vous exposer quelques unes de nos idées, et peut-être ajouteront-elles aux connaissances que l'on possède déjà sur les varices.

Les causes efficientes de cette maladie des veines des membres inférieurs sont liées à des conditions physiques que l'on peut apprécier. Ainsi, la position verticale favorise son développement. Mais quand à cette cause physique il s'en joint une autre non moins puissante, les varices se montrent bien plus fréquemment. Ainsi, à la position verticale, si vous ajoutez un certain ébranlement prolongé de tout le corps, vous avez deux conditions contraires à l'ascension des