

après des suites d'une amputation : je profitai de l'occasion pour voir l'état des parties, je disséquai avec soin son scrotum et je vis que des adhérences cellulaires qui s'étaient déjà établies sur tous les points de la tunique vaginale rendaient impossible une récurrence.

Vous savez qu'un engorgement chronique du testicule complique très souvent l'hydrocèle de la tunique vaginale; que cet épanchement n'est même le plus ordinairement qu'un symptôme d'une affection du testicule ou de l'épididyme. L'action de l'iode est des plus efficaces pour le résoudre, et j'ai été plusieurs fois surpris de la rapidité avec laquelle ils se dissipait sous son influence.

Les injections iodées sont employées avec la même efficacité dans les hydrocèles enkystées du cordon. Je les ai substituées aux injections vineuses et j'ai obtenu des résultats absolument semblables à ceux que j'ai observés dans les hydrocèles chroniques de la tunique vaginale.

Un autre avantage précieux de l'injection iodée, c'est de ne pas faire courir par son infiltration dans le tissu cellulaire du scrotum, les dangers redoutables qui arrivent presque toujours à la suite des infiltrations vineuses. Quelques observations récentes me porteraient même à regarder son contact avec le tissu cellulaire comme presque innocent. Je voulus une fois tenter la guérison d'une hernie par l'injection de teinture d'iode dans le sac herniaire, je ne réussis pas à guérir la hernie, car la teinture n'arriva pas dans le sac et s'épancha dans le tissu cellulaire du scrotum, il ne survint pas d'accidents. La même chose m'est encore arrivée tout récemment. Un étudiant en médecine (leçon du 4 janvier 1859) voulant opérer, il y a peu de jours, une hydrocèle, injecta la teinture d'iode dans le tissu cellulaire du scrotum, au lieu de l'injecter dans la tunique vaginale, il n'en résulta point d'accidents ou très peu.

J'ai varié les proportions de teinture d'iode dans le mélange que j'en faisais avec l'eau. Ainsi j'employai d'abord

comme je vous l'ai dit, un gros de teinture alcoolique d'iode par once d'eau. J'augmentai ensuite la quantité de teinture, j'en mis un tiers, la moitié, je l'employai pure, je laissai même de cette teinture seule dans la tunique vaginale, j'en ai laissé une once, une once et demie, et j'ai réussi de la même manière et sans plus d'accidents.

Je me contentai dans quelques circonstances de n'évacuer par la ponction qu'une très petite quantité de la sérosité contenue dans le sac et d'injecter la teinture d'iode pure pour la mêler avec cette sérosité, j'eus encore le même résultat.

Quand les malades atteints d'hydrocèle de la tunique vaginale ont en même temps un gonflement peu considérable du testicule et de l'épididyme, et que ce gonflement est sans douleur, on conseille généralement de passer outre et de ne songer qu'à l'hydrocèle; mais si le gonflement s'accompagne de bosselures, d'inégalités et de douleurs lancinantes qui font craindre une dégénérescence, les auteurs recommandent de se garder de faire l'injection irritante dans la tunique vaginale; suivant eux la dégénérescence en serait accélérée. L'expérience m'a prouvé que c'était une erreur.

J'ai employé tantôt l'injection vineuse, tantôt l'injection iodée dans des cas d'hydrocèle compliquée de tubercules du testicule, de sarcocèle squirrheux ou encéphaloïde déjà avancé, et la tunique vaginale s'est oblitérée sans que la maladie principale ait été exaspérée. Je vous ai dit, du reste, que les injections et particulièrement l'injection iodée était un des meilleurs résolutifs qu'on puisse employer contre les engorgements chroniques du testicule. J'ai opéré d'après cette idée des individus qui avaient l'épididyme aussi gros qu'un œuf, et douloureux depuis plusieurs années, et qui ont été promptement délivrés de cet engorgement par l'injection iodée: aussi suis-je d'avis, lorsqu'il y a des doutes sur la nécessité de procéder à la castration dans le cas d'engorgements testi-

culaires compliqués d'hydrocèle, de recourir avant tout à l'injection rendue irritante, soit par le vin, soit par l'iode.

Ne croyez pas que la teinture d'iode guérisse toujours les hydrocèles avec la rapidité que je vous ai signalée, huit, dix, quinze ou vingt jours. La guérison tarde quelquefois à se faire par suite de circonstances souvent très difficiles à apprécier; elle ne se fait même quelquefois qu'au bout d'un temps fort long. J'avais opéré un individu par l'injection iodée, il y a quelques mois; au bout de six semaines, la guérison n'était pas encore obtenue. Je voulais l'opérer de nouveau, il s'y refusa. Je restai trois mois sans le revoir. Au bout de ce temps il vint chez moi, sa maladie était complètement dissipée; il ne restait plus la moindre trace d'épanchement. M. le docteur P... avait opéré un malade par l'injection iodée: au bout de cinq ou six semaines l'épanchement était à peu près comme avant l'opération; M. P... voulait opérer de nouveau, mais le malade voulut encore attendre: au bout de quelques mois, tout était résorbé. J'ai vu ce malade hier (3 avril 1859), il est parfaitement guéri.

Ceci vous prouve, Messieurs, qu'il ne faut pas se hâter de croire qu'on a échoué par l'injection iodée, et d'opérer de nouveau les malades quand la guérison ne s'est point opérée dans le temps ordinaire. Une raison d'insuccès par l'injection iodée pourrait se trouver dans la proportion trop faible de teinture d'iode que l'on mêle à l'eau; c'est ainsi, par exemple, que M. Frick de Hambourg ne met qu'un gros de teinture d'iode sur six onces d'eau; cette proportion est évidemment trop faible, aussi je ne m'étonne pas des insuccès qu'il dit avoir en employant l'injection iodée.

Toutefois l'opération peut échouer complètement, et on peut se trouver dans la nécessité de recommencer. Parmi les malades que j'ai opérés par l'injection iodée, je n'ai constaté qu'un seul insuccès. (Leçon du 21 août 1858.) On m'a parlé aussi d'un ou deux autres sujets qui n'ont

point été guéris. Mais avec les autres espèces d'injections vineuses alcooliques ou autres, on a autant sinon plus de revers; et quand même, ce que je n'admets pas, du reste, il y aurait égalité sous le rapport du nombre des guérisons définitives, les autres avantages des injections iodées n'en resteraient pas moins démontrés.

L'hydrocèle chronique peut occuper les deux tuniques vaginales, dans ces cas, il est généralement admis de ne pratiquer l'opération par l'injection vineuse que d'un côté d'abord, autrement l'inflammation pourrait être suivie d'une réaction trop forte; on opère l'autre côté quand le premier est guéri. Mais ce que je vous ai dit des phénomènes inflammatoires peu intenses qui surviennent après l'injection iodée me fait penser qu'on pourrait sans crainte opérer les deux hydrocèles à la fois, à moins qu'elles ne soient trop volumineuses; par ce moyen le malade est moilié moins de temps à guérir que par deux opérations faites l'une après l'autre.

Dans le cas de l'existence d'une hydrocèle rendue double par une cloison complète qui sépare en deux la cavité de la tunique vaginale, on peut les opérer ensemble, ou la seconde après la guérison de la première. Leur voisinage rendrait un peu plus probable, peut-être, l'inflammation de la seconde après l'opération de la première. Je crois pourtant qu'à moins de raisons particulières, il vaut mieux procéder immédiatement à l'injection des deux kystes. Chez un homme âgé de cinquante-un ans, je n'injectai d'abord qu'un des kystes, le gonflement et les autres symptômes locaux d'inflammation furent très prononcés; mais il n'en fallut pas moins opérer trois semaines plus tard le second sac.

L'injection iodée convient encore dans le cas où l'hydrocèle est constituée par un fluide trouble, sanguinolent ou simplement lactescent, et que les parois du kyste n'ont pas perdu leur souplesse; on la reconnaît aux signes que je

vous ai indiqués en commençant. Pourvu que le liquide ne soit point trop chargé de flocons albumineux, et qu'il n'y ait point de concrétions dans la tunique vaginale, les injections iodées peuvent triompher de la maladie comme dans les cas les plus ordinaires.

Malgré la rapidité avec laquelle l'hydrocèle guérit en l'opérant ainsi, j'ai pensé qu'il serait peut-être possible de la rendre plus grande encore. Vous savez que la ponction avec la pointe d'une lancette, dans l'orchite blennorrhagique, accélère d'une manière notable la résolution de la maladie. J'ai pensé que cette ponction, faite quelques jours après l'injection iodée, et alors que l'épanchement s'est reproduit dans la tunique vaginale sous l'influence de l'inflammation aiguë qui s'est emparée de cette poche, j'ai pensé, dis-je, que les mêmes résultats qu'on obtient dans l'orchite aiguë pourraient avoir lieu ici. J'ai déjà plusieurs fois usé de ce moyen, et j'ai réussi. J'avais opéré une hydrocèle très volumineuse par l'injection iodée. Au bout de trois ou quatre jours, il y avait dans la tunique vaginale plus de liquide qu'avant l'opération. Alors je pratiquai successivement deux ponctions, et au bout de quinze jours la maladie était complètement guérie. J'ai agi encore tout nouvellement de même, et j'ai eu un semblable succès. (Leçon du 12 mai 1839.) C'est donc un moyen qu'on peut employer sans aucune chance d'inconvénient dans l'hydrocèle opérée, et qui tarde trop à guérir.

On ne peut donc maintenant qu'être fort surpris de voir qu'après des succès aussi multipliés dans l'opération de l'hydrocèle par des moyens aussi simples, aussi faciles, si peu douloureux et si peu dangereux que l'injection, des chirurgiens de Londres, de Berlin, d'Amérique, et même dans quelques parties de la France aient encore recours, pour guérir cette maladie, à des opérations sanglantes, longues à pratiquer, dangereuses souvent dans leurs suites, et que nous avons abandonnées depuis longtemps avec raison.

Il y a cependant des complications de l'hydrocèle qui exigent ces opérations sanglantes; ainsi, lorsqu'il y a des masses fibrineuses ou albumineuses, soit libres, soit adhérentes, si la matière au lieu d'être séreuse est épaisse, consistante, si la tunique vaginale forme une coque dure, épaisse, solide, on peut craindre que la méthode des injections vineuses ou iodées soit insuffisante; alors il faut avoir recours soit à l'excision de la tunique vaginale suivant les procédés connus et décrits dans les auteurs, soit à l'incision. L'excision est une opération douloureuse et grave, suivie d'une inflammation considérable, de beaucoup de fièvre et d'une suppuration abondante. J'ai renoncé à cette méthode, que je remplace par l'incision simple ou par le séton. Je fais une incision longue d'un pouce environ sur le point de la tumeur où on enfonce ordinairement le trois-quarts: j'évacue par ce moyen tout le liquide contenu dans la tunique vaginale. A l'aide du doigt introduit dans cette cavité, je fais l'extraction de toutes les concrétions fibrineuses ou albumineuses qui peuvent s'y trouver. Si la cavité est peu étendue, je me borne à y mettre une tente et à y provoquer la suppuration; dans le cas contraire, je fais une autre incision dans le point le plus déclive du sac, et je passe à travers ces deux ouvertures une mèche de linge essilé, j'établis en un mot un séton que je supprime ordinairement au bout de quinze jours. L'inflammation qui résulte de ces incisions et de la présence de cette mèche, atteint son plus haut degré d'intensité du quatrième au huitième jour, elle décroît ensuite par degrés. La suppuration diminue peu à peu, et permet de supprimer le séton vers le quinzième jour environ. Dans certaines circonstances, au lieu d'employer le séton j'ai multiplié les incisions sur la tumeur; j'en ai fait trois, quatre et jusqu'à cinq, et la guérison a eu lieu comme lorsque j'avais placé la mèche de linge dans les ouvertures. Quand on a opéré l'hydrocèle de cette manière et à cause de cette complica-

tion, on ne doit pas oublier que le testicule et ses enveloppes conservent toujours après la guérison un volume plus considérable que dans l'état naturel.

Je vous ai dit que j'avais renoncé à l'excision de la tunique vaginale pour la guérison des hydrocèles compliquées. Il est des cas cependant où cette méthode peut devenir indispensable, c'est quand il y a dégénérescence de la tunique vaginale, que celle-ci est convertie en une coque pierreuse, ostéo-calcaire, crétacée ou en une matière lardacée; cas dans lesquels on ne peut espérer le développement d'une inflammation qui fasse adhérer entre elles tous les points de la cavité qui contenait le liquide, et par conséquent assurer la guérison d'une manière définitive.

Si on se décidait à opérer par excision dans les cas où les dégénérescences que j'ai cités plus haut n'existent pas, on rendrait moins dangereuse l'opération, en n'enlevant pas la tunique vaginale dans toute son étendue, ainsi que le veulent certains chirurgiens, *Boyer*, par exemple. On pourrait n'en exciser qu'un tiers, un quart, un cinquième même. Je me suis comporté de cette manière dans deux cas, et les malades sont bien guéris et sans accidents fâcheux.

La multiplicité des kystes dans la tunique vaginale ne permet pas d'avoir recours à la méthode par injection. La tumeur représente alors une éponge à larges mailles, qu'il n'est possible ni de vider entièrement par une simple ponction, ni d'enflammer partout convenablement. L'incision est préférable ici à toutes les autres méthodes. On fend largement le scrotum et toutes les cellules; on place des boulettes de charpie entre les lèvres et dans le fond de la plaie. On établit la suppuration sur toute l'étendue de la poche, de manière à amener une cicatrisation qui prévienne toute espèce de retour de la maladie.

La complication d'un varicocèle ne change point le traitement de l'hydrocèle. Mais il n'en est pas de même de la complication avec une hernie scrotale. Si c'est une entero-

cèle, il est en effet possible alors que l'intestin proémine dans la tunique vaginale, par suite d'une déchirure faite à cette tunique, et qu'il subisse une espèce d'étranglement à cette ouverture accidentelle. Laisant de côté l'embarras, on doit jeter une semblable disposition pour le diagnostic, soit de la hernie, soit de l'hydrocèle, le chirurgien ne doit point oublier que par la ponction, il peut blesser la hernie, avant d'arriver dans la tunique vaginale, si l'intestin occupe le plan antérieur de la tumeur, ou bien, après l'avoir traversée, s'il se trouve en arrière, et que si par une ouverture soit ancienne, soit récente, une injection irritante pénètre dans le sac herniaire, il en pourrait résulter les plus graves accidents. On doit donc, avant tout, faire rentrer la hernie. Cette manœuvre opérée, si la pression ne disperse pas l'hydrocèle, on procède sans crainte à l'injection irritante, puisqu'on a acquis la certitude que la tunique vaginale ne communique point avec le péritoine.

### § III. HYDROCÈLE CONGÉNITALE.

Cette hydrocèle est celle qu'on rencontre chez les sujets dont la tunique vaginale a conservé sa communication avec le péritoine. C'est presque exclusivement chez les enfants qu'on l'observe. Sa formation s'explique par les rapports primitifs du testicule avec la cavité abdominale. Je dois relever à ce sujet une erreur anatomique généralement répandue. *Le gubernaculum testis* ou cette espèce de cordon qui s'étend depuis le canal inguinal jusqu'au testicule n'est pas constitué, comme on le croit, par un prolongement du fascia-superficialis, mais bien par le crémaster qui forme une anse à convexité supérieure, précisément en sens inverse de celle qu'il offrira plus tard et parfaitement bien disposé pour abaisser le testicule jusqu'à l'anneau. Je me suis convaincu de cette disposition anatomique sur des pièces préparées par M. *Thomson*. Ces mêmes pièces m'ont

également forcé d'admettre, contrairement à l'opinion de *Scarpa*, que le canal inguinal est aussi oblique chez le fœtus et chez l'enfant que chez l'adulte, que loin de se trouver exactement l'un derrière l'autre, les deux anneaux de ce canal sont également séparés par un assez long trajet chez le fœtus. Quoi qu'il en soit, le testicule ne traverse point la paroi de l'abdomen sans être accompagné d'un prolongement du péritoine. C'est dans l'infundibulum qui résulte de ce prolongement que se fait l'hydrocèle congénitale. Ordinairement dans cette hydrocèle, le testicule et le liquide sont dans les mêmes rapports que dans l'hydrocèle ordinaire; mais quelquefois le liquide en déprimant le péritoine forme une tumeur qui s'engage au devant ou en arrière du muscle cremaster, et alors l'hydrocèle pourra se montrer seule dans le scrotum, au dessous du testicule encore retenu ou caché dans le canal inguinal. Dans quelques cas, c'est tout le contraire, le testicule descend le premier, la tumeur aqueuse se voit au dessus. J'admets sans doute que la sérosité peut arriver directement de la cavité abdominale dans la tunique vaginale qui communique directement avec elle, mais je crois que le plus ordinairement elle est exhalée à la surface interne de la tunique vaginale. Les frottements du scrotum pendant le travail de l'enfantement, les irritations qui résultent de son contact répété avec les urines, tous les genres de pressions auxquelles il est exposé dans les premiers temps de l'existence, en expliquent mieux l'apparition qu'en supposant une maladie du péritoine. En définitive, l'hydrocèle congénitale reconnaît les mêmes causes que l'hydrocèle des adultes, sauf qu'elle naît très rarement d'une affection du testicule. On la distingue de l'hydrocèle ordinaire, en ce que l'on peut vider la tumeur par la pression et faire rentrer dans le ventre le liquide qu'elle contient. Elle diminue pendant le coucher et augmente quand le malade est debout. Jamais la tension de la tumeur n'est aussi grande que dans

l'hydrocèle ordinaire. D'ailleurs la communication de la tunique vaginale avec le péritoine est quelquefois tellement étroite, que la pression fait rentrer très lentement et très difficilement le liquide dans le ventre, et que souvent la tumeur rentre en masse à travers l'anneau.

L'hydrocèle congénitale est à la fois moins grave et plus grave que l'hydrocèle ordinaire. Elle est moins grave, parce qu'elle guérit souvent sans opération et par les seuls progrès de l'âge, ou par des moyens très simples; elle est plus grave lorsqu'une opération devient nécessaire, car celle-ci est plus dangereuse. Aussi ne doit-on en venir à l'opération que le plus tard possible, et quand on n'espère plus que le temps ou une médication simple pourront en débarrasser les malades. J'ai vu guérir l'hydrocèle congénitale chez deux enfants de cinq à sept ans par le seul emploi de compresses trempées dans de l'eau de saturne.

On a appliqué à l'hydrocèle congénitale toutes les méthodes mises en usage contre l'hydrocèle chronique ordinaire. Mais la communication de la tunique vaginale avec le péritoine rend possible et éminemment dangereuse la suppuration qui peut résulter soit de l'incision, soit de l'excision ou du séton, etc. D'ailleurs l'absence de toute complication dans l'hydrocèle congénitale, telle que hématocele, épaissement de la tunique vaginale, etc., rend inutiles ces méthodes opératoires. Il ne reste que l'injection irritante destinée à amener l'oblitération de la tunique vaginale. On regarde cette injection comme très dangereuse, attendu la difficulté ou l'impossibilité, malgré la compression la plus exacte exercée sur l'anneau, d'empêcher le liquide injecté de pénétrer en partie dans le péritoine, et d'y développer une inflammation des plus redoutables, qui peut entraîner promptement la mort. Ces craintes me semblent exagérées. J'ai vu opérer à Tours, pendant que j'étais élève dans l'hôpital de cette ville, au moyen de l'injection vineuse, un jeune garçon atteint d'hydrocèle con-

génitale et qui guérit sans éprouver le moindre accident. J'ai moi-même pratiqué deux fois cette opération avec succès. Il est d'ailleurs très facile d'éviter toute introduction dans l'abdomen du liquide qu'on injecte, en fixant le ponce dans l'anneau avec une certaine force sur le pubis, et en le comprimant sur cet os, pendant qu'un aide pousse l'injection. Il ne faut pas croire, en outre, que quelques gouttes de vin qui pénétreraient dans le péritoine pourraient être bien dangereuses. Il en faudrait une assez grande quantité pour produire une phlegmasie très grave. *M. Jules Cloquet* a rapporté l'observation d'un malade chez lequel plusieurs onces de vin avaient été injectées dans le ventre et qui n'a point succombé (1). Le gonflement qui suit l'injection irritante ne permettrait point aux quelques gouttes qui peuvent être restées dans la tunique vaginale de remonter dans le ventre. Quant à l'inflammation du kyste, c'est une phlegmasie adhésive qui s'y développe et qui généralement n'a point de tendance à s'étendre au delà des surfaces qui ont été touchées par le vin. Enfin, les injections iodées, qui n'obligent pas à distendre le sac, qui sont facilement et rapidement absorbées, ne donnent lieu qu'à une inflammation modérée, et ne sont accompagnées d'aucune réaction, pourraient donner encore une plus grande sécurité. On peut donc traiter l'hydrocèle congénitale par la teinture d'iode comme l'hydrocèle ordinaire, en ayant la simple précaution de faire fermer par un aide le canal inguinal pendant qu'on pousse l'injection et sans qu'il soit nécessaire de maintenir ensuite cette compression à l'aide d'une pelote ou d'un bandage quelconque, comme quelques personnes l'ont conseillé.

(1) Un médecin, *M. Norgeu*, a injecté du vin dans le ventre pour guérir une ascite, et la malade n'a pas succombé. Il avait précédemment fait la ponction et évacué le liquide contenu dans l'abdomen.

## ARTICLE III.

## LUXATIONS DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE.

Si on s'en rapportait aux écrits publiés il y a dix ans, sur les luxations de l'articulation scapulo-humérale, on pourrait croire que la science est arrivée sur ce point à sa dernière perfection; si, au contraire, on consulte des auteurs tout à fait modernes, *MM. Astley Cooper, Sédillot, Malgaigne, Maisonneuve*, etc., on apprend que tout est à revoir à cet égard, qu'on ne connaît bien ni le mécanisme, ni les espèces, ni les signes, ni le meilleur traitement soit immédiat, soit consécutif, des luxations de l'articulation de l'humérus avec l'omoplate. Presque toute l'histoire de cette maladie a été changée ou présentée sous des points de vue nouveaux. Il résulte de là beaucoup de faits de détails, et un peu de confusion; ayant eu de fréquentes occasions d'observer ces luxations et chaque jour venant encore nous en offrir de nouveaux cas, j'ai senti le besoin d'étudier attentivement cette question actuellement si controversée. Les résultats pratiques auxquels je suis arrivé ne combleront sans doute pas toutes les lacunes, mais ils pourront éclaircir certains points encore obscurs et diminueront je l'espère cette confusion qui se dissipera lorsqu'on aura encore approfondi davantage la matière.

A elles seules les luxations de l'humérus sont plus nombreuses que toutes les autres luxations prises ensemble. On a admis des déplacements de cet os dans tous les sens, *en haut, en bas, en avant, en arrière*.

La question de savoir si les luxations, soit en haut, soit en bas, sont possibles ou non, me semble mal posée, et roule suivant moi plutôt sur les mots que sur les choses. En effet si par luxation en haut on veut entendre le déplacement de l'humérus au dessus de la voûte acromioclaviculaire, cette espèce doit être tout à fait rejetée;