

la compression de la carotide droite faisait cesser instantanément les battements de la tumeur de l'orbite gauche, et la compression de la carotide gauche celle de la tumeur de l'orbite droit. Ce phénomène m'a paru inexplicable. J'ai lié la carotide droite : la tumeur gauche s'est affaissée, la tumeur du côté droit a un peu diminué ; mais bientôt elle est revenue aussi grosse qu'avant la ligature de la carotide droite, et avec les mêmes caractères. J'ai proposé au malade la ligature de la carotide gauche, mais il s'y est refusé, et il est sorti de l'hôpital n'ayant recueilli de bénéfice que celui provenant de la ligature de la carotide droite. J'ai revu ce malade il y a peu de temps ; la tumeur érectile gauche est parfaitement guérie, mais à droite elle a continué à se développer. C'est une chose peu explicable, car la carotide n'a pas d'anastomoses qui rendent compte de ce phénomène.

Le second malade, qui était atteint d'un seul côté d'une tumeur érectile de l'orbite, rapportait aussi l'origine de sa maladie à un coup qui lui avait été porté sur la nuque. C'est une chose fort singulière que cette coïncidence du développement de tumeurs érectiles dans l'orbite à la suite d'un coup porté sur la nuque. Je me borne à vous citer les faits, mais sans chercher à les expliquer, car cela me semble très difficile, pour ne pas dire impossible.

*Tumeurs et fistules lacrymales.* — Messieurs, c'est, je dois vous l'assurer, une classe de maladies détestables. J'ai essayé contre elles toutes les méthodes employées, le séton, le clou, la bougie, la canule de Dupuytren. Je pourrais vous dire comme bien d'autres, en renvoyant les malades au bout de quelques jours dans un état assez satisfaisant, qu'ils sont guéris ; mais malheureusement j'apprends que chez un très grand nombre la maladie revient. La canule de Dupuytren est néanmoins le moyen auquel j'ai le plus ordinairement recours ; c'est le moins mauvais de tous peut-

être ; mais il s'en faut de beaucoup qu'il ait l'efficacité que Dupuytren lui attribuait, et que beaucoup de chirurgiens lui attribuent encore. Je n'ai donc rien de bien important à vous apprendre à l'occasion de ce groupe de maladies : il y a beaucoup à faire en thérapeutique à ce sujet.

Le traitement que j'ai suivi sur plusieurs de nos malades cette année a consisté dans l'incision du sac d'abord, puis dans l'introduction dans le canal nasal d'un clou de plomb pendant quelques jours, afin de désobstruer le canal, et à le remplacer, après avoir fait usage d'injections détersives, par la canule de Dupuytren à demeure.

*Plaies.* — Nous avons eu 57 cas de plaies.

Il y a eu 9 plaies de têtes. Parmi les individus atteints de ces plaies, 2 sont morts, l'un par suite de la complication d'une méningite, l'autre presque immédiatement après la blessure du cerveau. Il y a eu 4 plaies pénétrantes de la poitrine, 2 sont morts par suite de la gravité des lésions des viscères contenus dans cette cavité. Les autres sont guéris sans accident, et leur observation n'a rien présenté de bien remarquable.

Les plaies de l'orbite nous ont présenté un certain intérêt. J'ai appelé votre attention sur celles qui siègent sur l'angle orbitaire externe ; je vous ai fait remarquer que l'inflammation qui les complique a une grande tendance à fuser dans la région temporale, ce qui peut amener des désordres très sérieux. Je vous ai signalé la compression en dehors et en arrière de la plaie comme étant le meilleur moyen pour arrêter cette fâcheuse complication.

Nous avons pratiqué quatre amputations, qui ont été nécessitées par des plaies considérables des membres avec broiement des os ; elles ont été suivies de succès. Les autres plaies que nous avons eu occasion d'observer, disséminées çà et là dans diverses régions du corps, ne nous ont offert rien qui soit digne d'être noté.

*Brûlures.* — Les brûlures ont été au nombre de 13.



Nous avons eu l'occasion de les observer à tous les degrés. Le traitement que j'ai mis en usage a dû fixer votre attention. Nous avons employé deux genres de remèdes : pour les brûlures légères, celles de la face, du tronc, du cou, nous avons prescrit le liniment oléo-calcaire, fait avec parties égales d'huile d'olive et d'eau de chaux. Je préfère ce moyen à tous les autres, quand les brûlures au premier, au deuxième et même au troisième degré sont étendues. Nous avons traité les autres brûlures par les compressions exercées à l'aide des bandelettes de diachylon, et il vous a été facile de constater leur efficacité dans le premier degré de la brûlure. Un seul pansement suffit pour guérir les malades. Dans le deuxième, il suffit souvent aussi d'un seul pansement ou de deux tout au plus. Dans le troisième degré, trois, quatre, cinq ou six pansements sont nécessaires. Dans le quatrième degré, elles sont encore utiles, mais réussissent moins promptement, car il y a des escarres qui doivent tomber. Néanmoins, elles sont encore efficaces, et hâtent la guérison d'une manière notable.

*Abcès.* — Vous savez, messieurs, combien les abcès sont fréquents. Je ne sais pas même si on ne pourrait pas dire qu'ils ne composent point à eux seuls le cinquième des maladies chirurgicales, et cependant vous ne trouverez, dans les ouvrages que vous avez entre les mains, presque aucun détail sur les abcès considérés sous le point de vue de la région dans laquelle ils se développent; c'est ainsi qu'on ne traite point en particulier des abcès de l'aisselle, du périnée, des abcès maxillaires, de la fosse iliaque, du jarret, du poignet, de la face, etc.; il y aurait sur ce point de la chirurgie pratique un volume des plus intéressants à faire. J'ai déjà essayé de vous faire à ce sujet quelques leçons spéciales (1) dans le cours de cette année sur les abcès de quelques régions.

(1) Voyez *Abcès iliaques*, page 218; *abcès de l'aisselle*, page 397; *abcès fétides*; page 371.

Nous avons reçu cette année 63 individus affectés d'abcès dans diverses parties du corps. Je ne compte pas parmi eux les abcès par congestion produits par des maladies des os.

*Abcès de la face.* — Je vous ai fait remarquer que les abcès de la face avaient une grande tendance à demeurer circonscrits, que rarement le pus s'infiltrait dans les tissus de manière à donner naissance à des phlegmasies diffuses; cela tient à la texture des parties. Il n'y a à la face que peu ou point d'aponévroses; la peau, les muscles, la membrane muqueuse forment une masse homogène; et quand un abcès se développe au milieu de ces parties, il ne peut y trouver qu'un petit espace pour s'y développer. Cela mène à la conséquence thérapeutique suivante: comme on n'a pas la crainte de voir le pus fuser au loin, on peut attendre pour les ouvrir. Il y a néanmoins quelques exceptions: certaines régions de la face permettent aux abcès de prendre un développement assez considérable, comme, par exemple, dans la région mastoïdienne, la fosse canine, etc.; etc.; cela nous prouve encore, messieurs, combien il est inutile d'étudier les abcès dans chaque région du corps en particulier, puisque, dans une partie peu étendue comme la face, il y a déjà des différences, suivant les points où ces abcès se développent, différences dans la marche, les symptômes, les terminaisons, toutes circonstances qui entraînent également des différences dans le traitement.

A l'occasion des abcès de la face, et principalement à l'occasion de ceux qui se développent près de la bouche, je vous ai fait remarquer que le pus qui en sortait avait une odeur infecte, et qui donnait à quelques praticiens l'idée qu'il y avait une maladie aux os. Cette odeur infecte provient du voisinage de la membrane muqueuse. Depuis quelques années, je cherche à prouver cette assertion, que tout abcès développé dans le voisinage des membranes



muqueuses contracte une odeur plus ou moins désagréable, suivant la région. (Voyez ABCÈS FÉTIDES.) Les abcès des gencives, des amygdales présentent ce phénomène à un très haut degré.

Les abcès du cou, beaucoup plus graves que ceux de la face, m'ont fourni l'occasion de quelques remarques curieuses; ce sont surtout ceux qui se développent dans l'épaisseur du muscle sterno-mastoïdien, et dans sa gaine fibro-celluleuse. Ces abcès n'ont pas, je crois, été décrits d'une manière spéciale. Nous en avons un en ce moment que vous pouvez observer sur un malade couché au n° 45 de la salle des hommes; vous lui trouverez de la chaleur, de la tension, et du gonflement sur les parties latérales et antérieure du cou, une tumeur inflammatoire enfin, affectant la forme d'un gros cordon, et d'un renflement fusiforme. En cherchant à faire mouvoir cette tumeur, on ébranle le muscle tout entier.

Quand l'inflammation se termine par suppuration, elle peut devenir très abondante sans que la tumeur cesse de conserver cette forme qui est maintenue par la gaine fibro-celluleuse du muscle. J'ai traité l'an dernier un étudiant en médecine d'un abcès de cette espèce qui s'était établi dans la gaine du muscle sterno-mastoïdien, et cela dans l'espace de dix jours. Quelque temps après, j'en observai un autre à gauche aussi chez un étudiant en médecine. Un malade reçu à l'hôpital cette année, et qui était affecté d'un abcès pareil, est mort d'une autre maladie que celle-ci, et j'ai saisi cette occasion pour observer les lésions anatomiques qui en résultaient. Je disséquai donc le cou, et je trouvai positivement que l'abcès était dans la gaine du muscle sterno-mastoïdien, et dans l'épaisseur du muscle lui-même. La gaine avait servi de limite au mal.

Ces abcès dans la gaine du muscle sterno-mastoïdien reconnaissent deux causes: 1° les maladies des tonsilles; 2° celles des ganglions voisins.

Si le tissu cellulaire extérieur qui recouvre les amygdales s'enflamme, comme il est lâche et abondant, le pus se forme promptement et fuse avec facilité dans la gaine fibro-celluleuse du muscle sterno-mastoïdien, qui là est très peu épaisse et existe même à peine. Il en est de même à la suite de l'inflammation des ganglions voisins: l'inflammation du tissu cellulaire qui leur est extérieur se propage très promptement à celui de la gaine du sterno-mastoïdien. Voilà donc deux causes bien manifestes d'abcès dans cette gaine, outre celle que peut amener l'inflammation idiopathique du muscle lui-même.

Il résulte de la délimitation fort exacte de l'abcès produite par sa gaine fibro-celluleuse du muscle, que tant que cet abcès s'y trouve renfermé, il ne présente aucun danger; mais s'il en sort s'il la rompt, le pus s'épanchera dans des lames celluluses lâches; il en résultera une phlegmasie purulente diffuse dont les conséquences peuvent devenir fort graves; il faut donc ouvrir ces abcès aussitôt qu'ils contiennent du pus; la guérison est alors très prompte. Je ne dois point, en quittant ce sujet omettre de vous faire remarquer qu'une des suites de ces abcès, après leur guérison, consiste dans la roideur et une espèce de raccourcissement du muscle sterno-mastoïdien, par suite de la lésion plus ou moins profonde que les fibres du muscle ont pu éprouver.

Un autre genre d'abcès qu'on observe assez souvent au cou se présente dans la région sus-hyoïdienne, et à son point de départ dans une maladie de la bouche ou d'une inflammation des ganglions qui sont autour de la mâchoire dans cette région. Lorsque ces ganglions lymphatiques s'enflamment, la masse celluleuse qui les recouvre se prend bientôt elle-même, et produit un phlegmon plus ou moins étendu. Ces foyers n'ont pas une tendance très grande à faire une saillie considérable, parce qu'il y a des limites anatomiques naturelles qui s'y opposent, et ils s'agrandis-



sent beaucoup dans l'espèce de cavité où ils sont logés en refoulant ces tissus en haut. J'ouvre ces abcès aussitôt que j'y sens de la fluctuation, et souvent même bien avant d'être sûr qu'il y a du pus, car vous avez remarqué ainsi que moi que ces perforations prématurées des foyers phlegmasiques deviennent un moyen de hâter la résolution.

Je ne vous parlerai pas des autres abcès développés dans les autres régions du corps, et que nous avons eu l'occasion d'observer, car cela nous mènerait beaucoup trop loin. Je ne terminerai pas cependant ce chapitre des abcès sans insister sur l'emploi du vésicatoire volant, comme moyen résolutif dans les phlegmasies celluleuses qui menacent de se terminer par suppuration. J'emploie ce moyen depuis plusieurs années, et plus je vais, plus je m'applaudis d'en avoir fait choix, car il n'y a que des avantages à en faire usage. En effet, quand la maladie doit inévitablement se terminer par suppuration, le vésicatoire appliqué sur le foyer inflammatoire est un maturatif excellent, et quand la résolution est possible encore, il la hâte beaucoup. Vous avez pu dernièrement encore être témoin du succès que j'ai obtenu par son emploi dans un phlegmon de l'aisselle; sous l'influence du vésicatoire volant la résolution s'est opérée très vite. Nous l'avons aussi employé avec succès sur un malade qui se trouve actuellement au n° 40 de la salle des hommes, et qui était menacé d'un abcès dans la gaine du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Sur un autre jeune homme atteint d'une inflammation très étendue de l'avant-bras, même succès par suite de l'application d'une espèce de manche de vésicatoire. Vous avez dû remarquer que ce moyen n'est pas aussi douloureux qu'on peut l'imaginer; des malades ne s'aperçoivent même pas qu'on leur a appliqué un topique irritant sur une partie enflammée, et il m'est arrivé plusieurs fois de tromper dans l'hôpital des individus en leur disant qu'on allait leur appliquer un emplâtre émollient, et qui m'affirmaient le lendemain avoir été

immédiatement soulagés après leur application sur la partie enflammée. C'est un moyen d'une efficacité réelle, messieurs, et je ne crains pas de dire que j'ai la conviction qu'il se répandra, malgré la répugnance qu'il a inspirée et qu'il inspire encore à beaucoup de personnes.

*Érysipèles complexes.* — Je vous ai parlé trop longuement cette année, et dans des leçons spéciales, des érysipèles, pour m'arrêter sur ce sujet en ce moment (1). Nous n'avons reçu dans le cours de cette année scolaire que quinze individus atteints d'érysipèles et entrés dans l'hôpital pour cette maladie; mais nous en avons observé un nombre bien plus considérable; car, pendant leur séjour à l'hôpital pour des maladies chirurgicales diverses, une grande quantité d'érysipèles se sont développés. J'ajouterai donc peu de chose à ce que je vous ai dit sur les érysipèles; je veux fixer seulement aujourd'hui votre attention sur une forme d'inflammation diffuse de la peau qui est encore confondue avec l'érysipèle, et qui en diffère cependant beaucoup, je veux parler de l'*érythème*; il s'agit ici d'une inflammation de la peau caractérisée par une rougeur violacée, par de la douleur, de la chaleur, quelquefois des phlyctènes. Il n'y a pas de gonflement dans le tissu cellulaire sous-cutané, c'est ce qui la distingue du phlegmon diffus; pas de limite tranchée par un liséré festonné et en relief, ce qui la distingue de l'érysipèle proprement dit; pas de ces stries, de ces trainées, de ces cordons, qui caractérisent l'angio-leucite et la phlébite externe. C'est une maladie légère, une inflammation simple de la peau qui guérit facilement seule, ou en n'employant qu'une médication des plus simples, des bains émollients, des cataplasmes, etc., etc.

Je dirai quelques mots encore sur la combinaison des diverses espèces d'érysipèles entre eux, sur ce que je nomme des *erysipèles complexes*. Si ces diverses phlegmasies, que

(1) Voyez page 235.



l'on a englobées sous le nom d'érysipèles, se développaient seules, marchaient toujours isolées, il vous serait toujours facile de les distinguer aux caractères que je vous ai indiqués; mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, elles s'associent au contraire assez souvent. Rien n'est plus commun, par exemple, que l'association de l'érysipèle avec l'érythème, de l'angio-leucite avec le phlegmon diffus, de celui-ci avec la phlébite externe. Toutes ces phlegmasies sont distinctes comme éléments pathologiques; mais quand elles sont réunies, il devient beaucoup plus difficile de les distinguer; cependant si vous vous rappelez les caractères propres à chacune de ces maladies, vous parviendrez à les reconnaître, malgré la confusion que la réunion de ces symptômes variés doit nécessairement amener. Les résultats de nos modes de traitement, dans ces érysipèles isolés ou combinés, ont toujours été en rapport avec les distinctions que je vous ai faites. Je me suis assez étendu au sujet du traitement de chaque érysipèle en particulier pour ne pas être obligé d'y revenir aujourd'hui.

*Hémorrhagies interstitielles.* — Quelques cas d'hémorrhagies interstitielles et par exhalation se sont offerts dans notre service cette année et nous ont présenté beaucoup d'intérêt. Un jeune homme, placé au n° 40, fut reçu dans cet établissement pour une inflammation siégeant au bras, survenue sans coup, sans violence extérieure aucune, et présentant les caractères d'un phlegmon diffus. Je pratiquai une incision au milieu de ce foyer; il en sortit seulement du sang; j'agrandis l'incision, ne rencontrai pas de pus, mais seulement du sang qui sortit en abondance. Il se manifesta à plusieurs reprises, pendant le séjour du malade à l'hôpital, par la plaie des hémorrhagies abondantes et très difficiles à arrêter; on ne vit aucun vaisseau d'un certain calibre fournir ce sang, il l'était uniquement par les capillaires ou autrement dit par exhalation; enfin ces hémorrhagies cessèrent et le malade guérit. Nous avons

cette année observé un autre exemple de ces hémorrhagies par exhalation sur un malade atteint d'une tumeur mélanique à l'orbite, et auquel je pratiquai l'extirpation de l'œil en même temps que celle de sa tumeur. Ces hémorrhagies s'annoncèrent de la manière suivante: le malade après avoir subi son opération sans aucun accident notable demeura avec des douleurs dans le fond de l'orbite et dans la tête; il eut des bouffées de chaleur et de la rougeur à la face; une hémorrhagie abondante et fournie par exhalation, car on ne voyait aucun vaisseau, se fit, et le malade fut très soulagé. Il se trouva très bien pendant quelques jours; la plaie marcha régulièrement vers la cicatrisation. Au bout de ce temps, retour des accidents, maux de tête, étourdissements, chaleur, rougeur de la face, frissons, inappétence, nouvelle hémorrhagie, soulagement marqué; ces phénomènes se sont renouvelés jusqu'à trois fois et jusqu'à la sortie du malade de l'hôpital. Sur un troisième malade, auquel j'avais enlevé cette année une tumeur maxillaire, nous avons encore eu l'occasion d'observer tous les phénomènes de cette hémorrhagie par exhalation. Les vaisseaux avaient été liés avec soin; il y eut à plusieurs reprises des hémorrhagies abondantes et qui allèrent même jusqu'à compromettre sa vie; ces hémorrhagies étaient précédées de frissons, de malaise, de bouffées de chaleur à la face, de douleurs de tête, etc. Les ligatures tombèrent à l'époque ordinaire; et après avoir opéré la section des vaisseaux à l'époque voulue pour leur oblitération, les hémorrhagies ne s'en renouvelèrent pas moins jusqu'à la cicatrisation de la plaie, cicatrisation qui ne fut nullement entravée dans sa marche par ces hémorrhagies abondantes et répétées. Messieurs, on s'est beaucoup moqué de ce que l'école de Stahl a nommé *molimen hemorrhagicum*, mouvement particulier, tendance, effort de l'économie pour se débarrasser d'une certaine quantité de sang; on a eu tort, car ce mouvement, cet effort sont réels,



on ne peut les nier. Il y a des individus chez lesquels la nature veut absolument évacuer du sang, tantôt par un point, tantôt par un autre; quand il y a une plaie, un ulcère, c'est souvent de cette voie qu'elle se sert; et si les trois malades dont je viens de vous parler, n'avaient pas eu de plaie, peut-être cette congestion hémorragique se serait-elle faite sur un organe important, le cerveau, le poumon, les intestins. Nous ne pouvons pas expliquer ce fait, mais il existe, il faut en tenir compte.

*Ongle incarné.* — Nous n'avons reçu pour résider dans l'hôpital que quatre malades atteints d'ongle rentré dans les chairs, mais nous en avons opéré un grand nombre venus du dehors; tous indistinctement ont été traités par l'extirpation de l'ongle. Je n'ai employé aucun des mille moyens qui ont été inventés pour guérir cette maladie si fréquente et en même temps si incommode. Bien des motifs, messieurs, m'ont déterminé à abandonner tous ces moyens: d'abord le redressement de l'ongle pour éviter l'extirpation, est long, exige un repos plus ou moins prolongé, des soins minutieux auxquels les gens de la classe du peuple ne peuvent que difficilement se soumettre; en outre ces moyens quels qu'ils soient échouent souvent.

Cet arrachement de l'ongle est évité ou repoussé principalement à cause des douleurs excessives qu'on lui attribue; mais il y a évidemment ici exagération. Sans doute cette opération est douloureuse, mais vous avez dû voir cependant que les malades auxquels je l'ai pratiquée n'ont pas paru éprouver ces atroces douleurs dont nous parlent les auteurs. Quelques uns se sont plaints à peine; d'autres ont dit que la douleur qu'ils avaient éprouvée était médiocre. Je crois du reste que nous avons trouvé un assez bon moyen pour modérer la douleur que cause inévitablement cette opération; c'est d'étrangler la racine du gros orteil avec une bande que l'on tourne avec un garot à la base de cet appendice; cette manœuvre l'engourdit et

empêche le malade d'éprouver une douleur aussi vive.

L'ongle incarné, me direz-vous, messieurs, peut ensuite repousser dans une mauvaise direction après avoir été arraché; cela est vrai, sans doute, mais n'en est-il pas de même et plus souvent encore quand on a redressé l'ongle par les autres procédés? En résumé, l'arrachement est le meilleur moyen à employer contre l'ongle incarné, et il ne faut avoir recours aux autres méthodes ou procédés que l'on possède, c'est-à-dire aux caustiques, au redressement, etc., que chez les individus pusillanimes et qui se refusent à toute espèce d'opération sanglante.

Le pansement le plus avantageux, après l'extirpation de l'ongle, et que j'emploie de préférence à tout autre maintenant, c'est une bandelette de diachylon gommé; sous cette bandelette qui entoure l'orteil et le comprime modérément, la plaie se cicatrise très vite et les malades peuvent reprendre très promptement leurs occupations.

*Maladies des bourses synoviales tendineuses et sous-cutanées.* — Ces maladies, quoique moins nombreuses que les années précédentes, nous ont présenté de l'intérêt. Parmi les cas remarquables de maladie des bourses synoviales tendineuses, je vous rappellerai celui de la gaine synoviale du jambier postérieur; il s'agissait dans ce cas d'une hydropisie de cette gaine près de la malléole interne; la tumeur qu'elle formait était considérable, elle était fluctuante, douloureuse, et plusieurs d'entre vous crurent à une maladie de l'intérieur de l'articulation tibio-tarsienne, à une arthrite. J'ai guéri cette maladie de la manière suivante: j'ai pratiqué une piqûre à l'aide d'un bistouri étroit, il en sortit un liquide synovial en grande quantité; la tumeur s'est affaissée, et le malade a été notablement soulagé. Mais bientôt une certaine quantité de liquide s'est reproduite; j'ai fait appliquer sur la tumeur des vésicatoires volants, pratiquer ensuite des frictions avec l'onguent mercuriel, la guérison s'est faite et s'est maintenue. Ce



cas est intéressant sous plusieurs rapports; d'abord parce qu'il prouve qu'il pourrait en imposer pour une maladie de l'articulation, et qu'il faut y faire une certaine attention; ensuite que la ponction de ces tumeurs peut être faite avec avantage, surtout quand on la fait suivre de l'emploi des vésicatoires volants et des frictions mercurielles.

Les autres cas de maladies des bourses synoviales tendineuses ont été observés au poignet et aux doigts. Au doigt médius et au poignet nous en avons vu une qui était arrivée à l'état de dégénérescence fongueuse; au poignet, nous en avons observé une qui était en bissac, et qui était remplie de ces petits corps blancs semblables à des grains de riz ou d'orge cuits, que quelques personnes ont regardés comme des corps vivants.

Cette maladie est digne d'intérêt et mérite d'être étudiée de nouveau; car il y a encore beaucoup à faire à son sujet. Elle présente trois nuances distinctes. 1° Il y a état aigu et seulement épanchement séreux ou synovial; on la guérit par les piqûres, les vésicatoires volants, les frictions mercurielles. A l'état chronique, ces épanchements sont plus tenaces, mais doivent être traités par les mêmes moyens. 2° Il y a des concrétions semblables à des grains de riz cuits, en nombre très considérable. C'est une maladie sérieuse; on ne peut guère espérer résoudre cette tumeur, et si on la perce il peut en résulter des accidents inflammatoires qui compromettent non seulement la partie affectée, mais aussi la vie de l'individu: le parti le plus prudent est donc de n'y pas toucher. 3° La dernière nuance consiste dans la dégénérescence fongueuse. Elle est très fâcheuse, et résiste ordinairement aux remèdes les mieux combinés pour la combattre.

Ces maladies, je vous le répète, messieurs, méritent qu'on les envisage de nouveau, car, sous le rapport pratique, il y a tout ou presque tout à refaire sur ce point de la science.

Nous avons observé plusieurs cas d'épanchement dans les bourses synoviales sous-cutanées, dans la bourse prérotulienne principalement. C'est une affection qui se rencontre souvent dans la pratique. J'en ai observé pour ma part un grand nombre de variétés. J'ai vu ces tumeurs sous forme d'une plaque peu épaisse, longue de quatre à cinq pouces, et larges de deux à quatre travers de doigts, offrant la forme, tantôt d'un bissac, tantôt d'une masse irrégulièrement bosselée, tantôt d'une demi-sphère, et ayant quelquefois la disposition d'un bourrelet transversal. J'en ai vu qui égalaient le volume du poing; mais ordinairement ils ne dépassent pas celui d'un œuf de poule ou de dinde. Le liquide que contient cette cavité séreuse est variable: tantôt il est purement séreux ou synovial; d'autres fois c'est du sang; dans certaines circonstances, il y a une matière concrète, solide, crépitante, des grumeaux de matière fibrineuse, rougeâtre, jaunâtre, brune, friable ou comme cartilagineuse; d'autres fois c'est du pus; il s'agit alors d'un véritable abcès enkysté.

Le traitement de ces tumeurs varie suivant la nature de la matière épanchée; s'il y a un épanchement simplement séreux ou synovial, une ponction pour évacuer le liquide et une injection irritante, l'injection iodée surtout, constitueraient le meilleur mode de traitement, celui de l'hydrocèle, en un mot. J'ai opéré de cette manière trois ou quatre malades, et je les ai radicalement guéris.

Quand il y a des matières solides, il est probable que ce mode de traitement serait sans efficacité; on peut alors inciser, vider la poche, et faire suppurer le kyste. Je préfère, dans le cas où les concrétions sont encore d'une certaine mollesse, avoir recours à des incisions multiples sur la tumeur. D'un pouce environ chacune, placées l'une au-dessus, l'autre au-dessous, et une de chaque côté, le plus près possible de la circonférence du sac, ces incisions, dont on prévient l'agglutination à l'aide d'une mèche de linge effilé



pendant les quatre ou cinq premiers jours, mettent à même de vider complètement le kyste, et y déterminent une inflammation qui produit à peu près inévitablement le recollement des parois.

Si les concrétions sont d'une grande dureté, j'ai recours à l'extirpation de la tumeur comme s'il s'agissait simplement d'une loupe.

J'ai voulu employer sur le malade que nous avons eu dans nos salles les incisions sous-cutanées; j'ai fait une ponction oblique dans la tumeur, et j'ai incisé le sac qui contenait le liquide dans diverses directions; mais nous n'avons pas été heureux dans cette circonstance, car il est survenu un érysipèle, une angio-leucite, puis un phlegmon diffus, enfin un abcès, et le malade a été dans un grand danger. Mais cette observation est loin de pouvoir décider la question de la valeur des incisions sous-cutanées, car vous savez que dans beaucoup de circonstances les moindres opérations, comme les opérations les plus graves, peuvent être suivies des accidents les plus formidables sans qu'on puisse savoir pourquoi.

Enfin, messieurs, quand il y a épanchement de pus dans cette bourse prérotulienne, on traite la maladie comme un abcès, et on a soin surtout de pratiquer des incisions de manière à ce que le pus ne puisse y stagner.

*Abcès ganglionnaires.* — 12 malades atteints de tumeurs des ganglions en suppuration ont été admis à l'hôpital. J'ai fait cette année plusieurs leçons spéciales sur l'adénite (voyez ADÉNITE LYMPHATIQUE, tome III); aussi ne m'arrêterai-je pas long-temps sur ce point. Je vous rappellerai seulement que ces malades vous ont fourni l'occasion de vérifier ce que je vous ai dit sur les variétés d'abcès dont les ganglions pouvaient être le siège: 1° *Abcès dans le parenchyme du ganglion* ou *abcès tuberculeux*, abcès dans lesquels il est rare qu'il n'y ait qu'un seul foyer, et qui marche ordinairement avec une grande lenteur; abcès des

scrofuleux. 2° *Abcès ganglionnaire*, dans lequel la suppuration se trouve placée entre la peau et le ganglion. La marche de cette inflammation est beaucoup plus rapide que la précédente; c'est un véritable phlegmon sous-cutané. 3° C'est celle dans laquelle la suppuration s'établit entre les ganglions et les parties profondes sur lesquelles ils reposent. Il y a là des *abcès ganglionnaires*, qui finissent par devenir superficiels. La marche de cette dernière variété est longue. Il est important, messieurs, que vous reteniez bien cette distinction de ces trois variétés d'abcès qui peuvent en même temps être aigus, chroniques, etc., parce que le traitement ne doit pas être le même dans tous les cas, etc. (1).

*Extirpation de ganglions lymphatiques.* — Nous avons admis aussi dans cet établissement un assez grand nombre d'individus auxquels nous avons extirpé des ganglions lymphatiques, indurés ou dégénérés, dans diverses régions du corps. Vous pouvez vous convaincre maintenant que l'opportunité de cette opération, qui a été presque toujours suivie de succès, ne doit plus faire question aujourd'hui, et qu'elle se généralisera tous les jours de plus en plus (voyez ADÉNITE), car elle me semble appelée à rendre de grands services.

*Abcès mammaires.* — Je ne vous dirai non plus que très peu de choses des abcès mammaires que j'ai traités très au long dans des leçons spéciales (2); l'observation et l'expérience me donnent chaque jour la conviction que la classification que j'ai établie pour ces abcès doit être maintenue, et est utile pour la pratique. Cette classification est absolument la même que pour les abcès des ganglions.

*Maladies des tendons.* — Les maladies des tendons se

(1) Voyez page 147, *Adénite lymphatique*.

(2) Voyez tome II, page 100, *Maladies du sein chez la femme*.