

les poumons, hépatisés, friables, plus lourds que l'eau, facilement pénétrables au doigt. Mais leur couleur, au lieu d'être d'un rouge clair, est souvent d'un rouge noir; la pression en fait découler en abondance du sang noir non aéré; et le parenchyme, ainsi altéré, tient le milieu entre l'hépatisation et l'apoplexie.

Dans les cas où il n'y a pas d'inflammation, la partie postérieure du poumon est d'ordinaire congestionnée, mais le tissu a conservé sa résistance normale.

Le poumon n'est pas le seul organe thoracique qui ait à souffrir de cette déformation des parois. Le cœur aussi est ou dévié ou déformé.

Si la pression s'exerce en plein sur la face antérieure du cœur, de telle sorte que, pris entre la colonne et les côtes, il ne puisse fuir la compression, une, et quelquefois deux des nodosités s'impriment sur cette face, et souvent le péricarde, soit pariétal soit viscéral, a, dans ce point, une légère teinte opaline. Cette dépression, ordinairement superficielle, disparaît par la manipulation du cœur.

Le plus souvent la pression s'exerce sur le bord gauche du cœur; alors celui-ci fuit devant elle en exécutant peu à peu un mouvement de rotation par lequel il se trouve placé de champ; son bord gauche devenant antérieur, sa face antérieure devenant droite. Ce changement de position a pour effet d'enrouler légèrement autour les uns des autres les vaisseaux qui partent de la base du cœur; mais cet effet est trop peu sensible pour avoir une influence marquée sur la circulation.

Lorsque le cœur a exécuté ce mouvement de rotation, si la compression continue, si la face antérieure, qui est devenue droite, glisse un peu sur le côté gauche de la colonne vertébrale, il en résultera que le bord droit, devenu postérieur, sera pressé latéralement entre la colonne et les nodosités; que le bord gauche, devenu antérieur, tendra à occuper tout l'espace sous-sternal, s'élargira, et qu'en définitive le cœur aura la forme d'une pyramide triangulaire.

Cette action lente des parois thoraciques sur le cœur a-t-elle une influence sur la nutrition et le développement de cet organe? Nous ne saurions résoudre complètement cette question: mais nous possédons l'observation d'un rachitique de quatre ans, chez lequel le cœur, ainsi comprimé, était remarquablement hypertrophié. Sa circonférence à la base des ventricules était de dix-huit centimètres au lieu de douze qu'elle présente d'habitude. Les parois des ventricules étaient peu épaissies; les orifices avaient à gauche sept centimètres de circonférence au lieu de cinq à six, et à droite huit, au lieu de six à sept. Aucun autre rachitique ne nous a présenté le même phénomène.

#### ARTICLE IV.

##### Mécanisme physiologique de la déformation.

Il suffit de considérer avec attention la manière dont respire un enfant rachitique pour concevoir immédiatement le mécanisme et le vice de cette respiration.

L'étranglement circulaire qui se fait à la base de la poitrine, et par lequel toutes les parties latérales sont rapprochées, indique évidemment que c'est le diaphragme qui, par sa contraction énergique et si fréquemment répétée, est, au moins en partie, la cause de cette déformation latérale.

On peut se demander, il est vrai, pourquoi les muscles antagonistes du diaphragme ne maintiennent pas les côtes au lieu de les laisser s'affaïsser; car pour que le diaphragme agisse efficacement, les côtes doivent être fixées par les muscles inspireurs. Mais il faut remarquer que ces muscles sont loin de s'insérer sur les côtes aux mêmes points que le diaphragme.

Ainsi l'insertion du petit pectoral et du grand dentelé se fait en arrière, ou plutôt au-dessus de celle du diaphragme, en sorte qu'il reste un intervalle considérable des côtes entre les attaches des muscles antagonistes; or, tant que le levier costal conserve sa rigidité, il est capable de résister à la traction exercée sur lui en sens inverse, mais s'il se ramollit dans cet intervalle, les muscles petit pectoral et grand dentelé tirant en dehors, pendant que le diaphragme tire en dedans, il se fera une constriction au point le plus ramolli, qui à la base de la poitrine, est un peu au-dessus des attaches du diaphragme. Quant au grand pectoral, son action dans ce cas, est tout à fait différente; il s'attache sur le sternum lui-même, et, dans les grandes inspirations, il tend à le porter en avant et en haut, en sorte qu'il n'a aucune action pour empêcher la dépression qui tend à se former en arrière de lui.

De toutes ces actions musculaires il résulte :

1° Que la poitrine est circulairement retrécie à sa base par le diaphragme;

2° Que le sternum est porté en avant, ou plutôt maintenu dans sa position, sous l'influence du grand pectoral et du mouvement naturel imprimé par les côtes;

3° Que les fausses côtes sont redressées au-dessous de la constriction circulaire, à cause de la résistance des organes abdominaux. Pour arriver à ces résultats, il n'est pas nécessaire d'admettre une diminution d'action dans les muscles antagonistes du diaphragme, ainsi que l'a fait M. Ruz, car les forces agissant également, mais en sens inverse, sur deux points éloignés d'un même levier, il suffit que ce levier ne soit pas rigide pour que sa déformation ait lieu.

Mais ce mécanisme bien réel de la déformation thoracique ne suffit pas pour en expliquer toutes les circonstances, la dépression verticale, qu'on dirait produite par une force invisible et centripète, est évidemment indépendante de l'action du diaphragme, et ne peut mieux être comparée qu'à l'effet produit sur la soupape d'un soufflet au moment où l'on en écarte les deux branches; c'est qu'en effet le mécanisme est le même, et que la pression atmosphérique est la cause principale de la déformation.

Il suffit pour comprendre cette action, de rappeler en quelques mots le mécanisme de la respiration.

La pression atmosphérique s'exerce en dehors de la poitrine, sur les parois costales, en dedans sur

l'arbre bronchique, et se fait ainsi équilibre à elle-même. En même temps que cette puissance exerce cette double action, le poumon, par sa contractilité, tend à revenir sur lui-même, et en est empêché par la rigidité des côtes, et l'impossibilité de faire le vide dans la cavité pleurale.

C'est donc en un mot, dans la résistance de la paroi et dans la contractilité du poumon que réside la conservation de la forme de la poitrine, ou plutôt, c'est dans le rapport qui existe entre ces deux forces.

Diminuez la solidité de la cage thoracique à tel point qu'elle soit moindre que n'est la force de contractilité pulmonaire, et vous aurez une dépression aux points où la cage thoracique est plus faible.

C'est ce qui a lieu dans le cas dont nous parlons.

Augmentez la force de contraction pulmonaire, comme cela a lieu dans les épanchements pleurétiques

qui ont carnifié le poumon vous aurez encore, lors de la résorption de l'épanchement, une déformation de la poitrine.

D'où l'on voit que, dans ces cas, en apparence si opposés, le mécanisme est le même: dérangement de rapport entre les deux forces qui tendent à produire le vide dans la cavité pleurale: seulement dans un cas, c'est la paroi qui est plus faible; dans l'autre c'est le poumon qui est plus fort.

En résumé, la déformation de la poitrine, chez les jeunes rachitiques, doit être attribuée à une seule cause: le défaut de consistance des parois costales; et la déformation se produit sous l'influence de deux agents:

- 1° La contractilité normale du tissu pulmonaire;
- 2° La contraction normale des muscles inspireurs.

(J. des Conn. médico-chirurg., mai.)

## VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

### 43. Considérations pratiques sur les abcès du creux du jarret.

Quatre malades se trouvant en même temps, dans le service de M. Velpeau, porteurs d'abcès dans l'espace poplité, ont fourni à ce professeur l'occasion d'émettre, au sujet de cette lésion, quelques considérations d'un très-grand intérêt pour la pratique. Ces malades étaient couchés aux numéros 2 et 25 de la salle des femmes, et aux numéros 11 et 20 de la salle des hommes.

Le jarret, a dit M. Velpeau, comme l'aisselle, l'aîne, le périnée, les régions inguinale, iliaque, etc., est une partie fort complexe, composée de tissus de plusieurs sortes, d'os, de ligaments, de muscles, de tendons, de coulisses synoviales, de tissu cellulaire; or, toutes les régions composées d'éléments si divers offrent des maladies variées dont le diagnostic est souvent fort difficile. Les abcès se développent dans cette partie, comme ils le font partout ailleurs, sous l'influence de causes diverses. Les uns sont sous-cutanés, et comme ils ne diffèrent pas de ceux que l'on observe dans les autres points du corps, nous n'aurons rien à en dire; mais ceux qui sont situés plus profondément sont souvent fort difficiles à reconnaître, car des couches épaisses de tissus variés les séparent de la peau, et il est impossible, avant une certaine époque, de les diagnostiquer d'une manière bien précise. Ainsi cette jeune fille couchée au numéro 25 offrait bien une douleur sourde, profonde dans la région poplité, il y avait de l'empatement sur ce point, mais on ne pouvait affirmer que derrière ces épais tissus il existait une collection purulente. De plus, l'abcès formé dans cette région peut se faire jour dans un point fort éloigné; le pus peut remonter vers la cuisse ou descendre dans l'épaisseur du jarret, et même jusque sur les côtés du tendon d'Achille. Le jeune homme couché au nu-

méro 11 semble être dans le même cas; on a fait une incision au bas de la jambe, et il en est sorti une quantité énorme de pus.

Mais c'est moins vers la jambe que se dirige le pus formé dans le jarret que vers la cuisse, en suivant cette sorte de canal qui donne passage aux vaisseaux et nerfs ischiatiques. Des fusées peuvent s'établir sur leur trajet, et le pus se faire jour sur un point fort élevé, avant qu'on ait reconnu, d'une manière positive, la présence d'un abcès dans le jarret. La jeune fille couchée au numéro 2 est dans un cas pareil; il est survenu chez elle de la douleur dans le jarret; on a bien senti de l'empatement, mais non de la fluctuation; la douleur s'est étendue dans la partie inférieure de la cuisse, et enfin la fluctuation a été reconnue sur le côté externe du membre. Chez celle du numéro 25, au contraire, l'abcès est resté dans la région poplité; la peau a fait saillie en dehors, s'est amincie, et un coup de bistouri a donné issue à une quantité considérable de pus.

L'abcès peut aussi se porter en dedans ou en dehors: dans le premier cas, il devient assez facilement sous-musculaire, le vaste interne n'étant pas fixé au fémur par des liens très-serrés.

Si l'abcès se porte en avant il ne rencontre que des tissus osseux et ligamenteux; alors on a à redouter que le pus pénètre dans l'articulation. On aurait à combattre dans ce cas une arthrite purulente, ce qui est un cas excessivement grave.

Si le pus accumulé dans l'espace poplité peut se porter dans les régions voisines, il peut aussi venir de points plus ou moins éloignés, et se former en collection dans cette partie. On a vu, par exemple, du pus provenant d'une carie des vertèbres venir s'accumuler dans le jarret. M. Velpeau a donné des soins à un homme qui portait dans ce point un abcès énorme; on reconnut à l'autopsie que le pus provenait du sacrum carié. Il y avait, ces jours derniers,

à l'hôpital un homme qui portait des ulcérations du rectum et un abcès dans la fesse; le pus avait filtré et s'était porté de ce point jusque dans le jarret. D'autres fois le pus vient des vertèbres dorsales cariées, en sorte que ces abcès par congestion peuvent se former dans le jarret, prenant leur origine dans la poitrine ou dans le ventre.

La collection purulente peut venir aussi de la jambe: la carie ou la nécrose de la partie supérieure du tibia sera suivie d'un abcès qui quatre fois peut-être sur six se formera dans le jarret, parce que les parties molles de la jambe sont d'une texture de plus en plus serrée, à mesure que l'on approche de sa portion inférieure: il est donc tout naturel que les fusées purulentes se dirigent de préférence vers le jarret.

Les abcès du jarret peuvent être symptomatiques de certaines lésions; par exemple ils sont quelquefois le résultat d'une maladie de l'articulation du genou: il y a arthrite avec épanchement; l'articulation s'ouvre et l'infiltration se fait dans le jarret; mais cette terminaison est assez rare, et le plus souvent le pus se porte en avant. M. Velpeau n'en a pas vu plus de trois ou quatre exemples.

Toutes les maladies des os voisins peuvent produire ces abcès du jarret symptomatiques, c'est facile à concevoir; mais la collection purulente peut en outre se former dans l'espace poplité lui-même de bien des manières différentes. Les bourses synoviales, et il y en a un grand nombre dans cette région, soumises à un certain frottement, peuvent s'enflammer, suppurer et s'ulcérer du côté du creux du jarret: cette terminaison n'est pas sans exemple. Les ganglions peuvent être aussi le siège d'une inflammation, et par suite le point de départ d'un abcès, bien qu'ils soient peu nombreux et que les ganglions profonds soient d'ailleurs infiniment moins susceptibles de s'enflammer que ceux qui sont situés superficiellement. On a alors les mêmes accidents que dans l'adénite de l'aisselle; le tissu cellulaire voisin peut participer à l'inflammation, et il se forme par la suite un très-vaste dépôt qui remplit le jarret.

Il y a donc dans cette région des abcès idiopathiques de deux sortes: les uns débutent par l'inflammation du tissu graisseux lui-même, les autres par l'inflammation des ganglions; de plus, des abcès symptomatiques, qui sont fort nombreux et qui peuvent venir du bassin, de l'abdomen, peuvent résulter d'une maladie de la matrice, de la vessie, du rectum, d'une carie des os du bassin ou des vertèbres, d'une lésion organique du colon, des reins, etc. Ils peuvent aussi provenir d'une carie du grand trochanter, du corps du fémur lui-même, du tibia ou du péroné; ils peuvent être symptomatiques d'une inflammation de l'articulation, des bourses synoviales, et leur origine devra toujours être recherchée avec soin, car le pronostic variera beaucoup, suivant le point de départ de cette collection purulente. Il est évident, en effet, qu'il n'y aura, sous le rapport de la gravité, nulle comparaison à établir entre l'abcès provenant d'une inflammation du tissu cellulaire, et celui annonçant une carie des vertèbres, une maladie de la poitrine ou du ventre, une carie ou une nécrose des os du bassin, de la cuisse et de la jambe.

Mais, abstraction faite de ces différences d'origine, l'abcès du jarret doit toujours être considéré comme

une maladie grave; car, en supposant le cas le moins défavorable, que l'on ait affaire à un phlegmon du tissu cellulaire, on ne pourra donner issue au pus que lorsqu'il formera déjà une collection assez considérable; avant cette époque on n'osera plonger un bistouri dans cette région, dans la crainte de blesser des organes importants; or, il est bien difficile qu'après une longue attente il ne se soit pas formé quelques culs-de-sac, quelques fusées purulentes qu'on ne tarira pas aisément; et en outre quand, après bien des peines et peut-être plusieurs contre-ouvertures, on aura obtenu la cicatrisation, la guérison ne sera pas complète, car le tissu cellulaire sera ou détruit ou induré dans plusieurs points; les mouvements resteront difficiles, et peut-être y aura-t-il une fausse ankylose. On voit donc que l'abcès du jarret, dans la supposition même la plus avantageuse, est toujours une maladie sur laquelle il faut porter un pronostic fâcheux.

Le traitement offre ceci d'embarrassant, qu'il nécessite en quelque sorte deux choses incompatibles. Il faudrait ouvrir ces abcès dès que la collection purulente s'établit, et cependant on ne peut guère procéder à cette ouverture que lorsque l'abcès a déjà acquis un développement considérable. Si on pouvait, en effet, donner issue au pus quand il existe encore en petite quantité, il n'y aurait ni déperdition sensible, ni induration du tissu cellulaire: la plaie se refermerait sans autres conséquences fâcheuses; mais comment oser porter un bistouri dans cette région avant d'avoir bien reconnu la collection purulente, s'exposant ainsi à faire une blessure des plus dangereuses. Cependant il faut, dans ces cas difficiles, saisir toutes les indications. La fluctuation n'est pas toujours facilement sentie, mais il est d'autres signes qui annoncent la formation de l'abcès. Ainsi, si le sujet est jeune, bien constitué, et si l'inflammation est aiguë, il doit, au bout de dix ou quinze jours, exister de la suppuration, bien qu'en palpant la partie on ne trouve que de l'empatement.

Lorsque, par une investigation faite avec soin, on a constaté l'existence d'une collection purulente, il faut choisir le point où l'on ouvrira l'abcès; mais il faut savoir que si pour reconnaître la fluctuation on presse avec les doigts sur le milieu de l'espace poplité, le pus fuit sur les côtés et qu'on ne le retrouve plus; si, au contraire, on presse sur les côtés, il fuse vers le milieu; en sorte que cette investigation devient insuffisante. Pour obvier à cet inconvénient, il est nécessaire que les côtés du jarret soient préalablement embrassés par la main du chirurgien ou d'un aide, ou bien que l'on comprime fortement la partie moyenne, afin de forcer le pus à s'agglomérer sur un seul point. Cela fait, il faudra donner issue au liquide par un coup de bistouri; mais cette opération n'est pas sans danger et demande à être faite avec soin. On sait que les vaisseaux qu'il faut éviter sont situés un peu plus du côté du bord interne que du bord externe du jarret; c'est donc en dehors des vaisseaux que le pus s'accumule en général. On peut couper les tissus couche par couche ou d'un seul coup; ou enfin, s'il restait du doute sur la situation des parties, enfoncer préalablement une aiguille à cataracte, en agrandissant ensuite l'ouverture avec un bistouri étroit.

Ce que nous avons dit des abcès du jarret suffit pour prouver que ces collections purulentes diffèrent essentiellement de toutes celles qui sont placées sur les autres parties du corps, et qu'elles méritent, tant par leur gravité que par la difficulté du diagnostic, de fixer toute l'attention des praticiens (1).

(J. de Méd. et de Chir. prat. mai.)

44. Quelques mots sur l'hydrocèle et particulièrement sur son traitement; par ADRIEN SICARD, D. M., ex-chef de clinique externe près la Faculté de médecine de Montpellier, médecin-adjoint des dispensaires de la société de bienfaisance de Marseille, etc.

La maladie qui va nous occuper est beaucoup plus commune qu'on ne le pense; c'est pourquoi l'on a essayé une foule de médications destinées à obtenir une guérison radicale de cette incommodité. Nous passerons sous silence tous les moyens employés par les praticiens, cela nous mènerait trop loin, et du reste nous serions conduit à conclure de cette énumération que, sauf des cas exceptionnels, les injections ont un grand avantage sur les autres procédés; aussi sont-elles généralement adoptées.

Nous croyons que l'on n'a pas assez insisté sur le traitement médical de cette maladie; il est prouvé en effet que dans le commencement de sa formation on peut obtenir la résolution de l'hydrocèle, soit par l'emploi de remèdes internes, soit par des appli-

(1) Quelques jours après avoir fait ces leçons sur les abcès du jarret, M. le professeur Velpeau présenta aux élèves une pièce anatomique qui démontrait l'exactitude d'une partie de ses réflexions sur ce sujet. La jeune fille couchée au n° 2 succomba. Elle avait été prise, sans cause connue, d'une inflammation gangréneuse de la jambe gauche. Cette inflammation s'était promptement terminée par un vaste abcès avec chute des téguments sphacelés. Quand elle entra à l'hôpital elle présentait vers la partie moyenne de la jambe une vaste ouverture, et des fusées purulentes se dirigeaient dans diverses parties du membre, indiquant une cause profonde à ces graves désordres. Il survenait en même temps un gonflement au genou et au creux du jarret du côté opposé. Ce gonflement prit bientôt les caractères d'un abcès du jarret, et il était aisé de voir que le pus remontait dans cette région de la partie supérieure de la jambe. L'ouverture en fut faite au côté interne et inférieur de la cuisse. Cette jeune fille, épuisée en outre par une diarrhée abondante, ne tarda pas à succomber. L'autopsie a montré une vaste périostite avec nécrose du tibia et du péroné, fusées purulentes remontant dans le jarret, et diffusion du pus jusqu'à la partie supérieure de la cuisse.

La jeune fille couchée au n° 23, au contraire, portait un abcès idiopathique circonscrit dans le jarret. Une ouverture ayant donné issue au pus, la guérison ne s'est pas longtemps fait attendre. Enfin, un homme couché au n° 11 présentait des fusées purulentes s'étendant dans l'épaisseur des muscles de la jambe; mais comme il n'y avait probablement point de périostite, que la lésion était moins profonde, il allait mieux et on espérait en obtenir la guérison. (Note du Réd.)

cations locales. Il est donc rationnel de penser que l'on doit toujours employer ces moyens avant d'avoir recours à ceux que nous présente la chirurgie (1). Laissant de côté ces quelques généralités, nous allons nous occuper de plusieurs cas d'hydrocèle invétérés qui ont été radicalement guéris par deux modes d'injections pour lesquels les praticiens sont encore partagés.

Hydrocèle; opération; injection avec le vin; guérison.

OBS. — Lebon (Jean-Baptiste), âgé de 25 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, est artilleur au 15<sup>e</sup> d'artillerie; il est natif d'Avène-le-Sec (Nord).

Quatre ans environ se sont écoulés, depuis que notre malade s'est froissé le testicule en montant à cheval. Peu de jours après cet accident, il survint un gonflement du scrotum, auquel Lebon ne fit pas attention; mais les bourses ayant augmenté de volume et cet artilleur ne pouvant plus monter à cheval sans de grandes douleurs, il se décide à se rendre à l'Hôtel-Dieu de Montpellier le 20 août 1858; il a été couché au n° 28 de la salle Saint-Côme.

Au premier aspect, on remarquait au côté gauche du scrotum une tumeur énorme dont la forme ne peut être mieux comparée qu'à celle d'un concombre; une dureté très-forte et des bosselures y étaient ressenties quand on la pressait entre les mains. En appliquant le stéthoscope, il fut aisé d'apercevoir une transparence parfaite; le testicule se trouvait au centre de la tumeur; il était donc bien évident que l'on avait affaire à une hydrocèle. Le diagnostic étant établi, l'opération fut décidée pour le 28 courant. Ce jour étant arrivé, le malade est placé sur le lit en face de l'opérateur; celui-ci plonge le trois-quart vers la partie inférieure du scrotum; il s'écoula environ 18 à 20 onces d'un liquide verdâtre.

Toute l'eau ayant été évacuée, on fait trois injections dans la tunique vaginale avec du vin chaud; le malade ressentit de très-fortes douleurs qui remontaient jusque dans les reins; il eut aussi quelques nausées. L'opération terminée, Lebon est couché dans son lit; on soutient le scrotum au moyen d'un coussin placé entre les cuisses, et l'on y applique des linges trempés dans le vin chaud.

Le 29, le malade a souffert hier pendant toute la journée; il n'a pu reposer de toute la nuit. Le matin, à la visite, il est un peu mieux; la réaction est modérée.

Le 30, il y a un peu de chaleur sur le scrotum; le liquide épanché commence à être rénitent. (Deux bouillons.)

Le 31, on continue les applications avec le vin chaud; il y a plus d'engorgement, et en même temps plus de renitence.

(1) Nous ne saurions assez répéter que la chirurgie proprement dite n'est qu'un moyen thérapeutique, aussi ne doit-on l'employer que dans les cas où les traitements médicaux ne nous présentent aucune ressource.

Prescription *ut supra*.

Le 1<sup>er</sup> septembre, rien de nouveau, si ce n'est qu'on suspend les applications locales. (Quatre bouillons.)

Le 5, M. Serre ordonne un laxatif et fait appliquer sur le scrotum des compresses avec l'eau végétominérale.

Le laxatif qui a été administré hier a produit son effet : la tumeur a diminué de volume.

Le 6, on purge de nouveau le malade, et on suspend les applications locales. (Deux soupes.)

Le 7, il y avait de la diminution; on donne le demi-quart pour aliment.

Le 28, nouveau laxatif.

Notre malade sort enfin tout à fait guéri dans les premiers jours d'octobre.

Pendant longtemps, on a accordé à Monro l'honneur d'avoir découvert le traitement de l'hydrocèle par l'injection; c'est à tort, et il est démontré que Lambert (1), chirurgien de Marseille, a été le premier à la mettre en usage; cependant pour être juste envers Monro, nous devons dire que ce praticien a substitué le vin à la dissolution du sublimé corrosif dont se servait Lambert. Ce procédé a joui pendant longtemps d'une réputation méritée; mais l'on a sans doute remarqué qu'il oblige à pousser plusieurs injections, à chacune desquelles le malade ressent de très-vives douleurs; quelquefois même des nausées et des vomiturations en sont la conséquence.

L'opération terminée, le malade est obligé d'appliquer pendant plusieurs jours des compresses trempées dans le vin chaud; enfin pour tout dire en un mot, il souffre fort longtemps, et se trouve dans l'impossibilité de se lever pendant une grande partie de la durée du traitement. Voyons donc si nous ne trouverions pas une substance qui, employée en injection, ne produisit pas autant de douleur et procurât cependant une guérison aussi solide.

Le lecteur a déjà deviné que nous voulons parler de la teinture d'iode; en effet, cette solution que M. Martin (2), chirurgien de Calcutta, emploie depuis huit ans, et qui a été récemment introduite en France par M. Velpeau, est de beaucoup préférable au vin.

Déjà dans une brochure (3) que nous avons publiée l'an passé, nous nous étions déclaré le partisan de cette méthode; maintenant que de nouveaux faits sont venus nous en démontrer toute l'utilité, nous croyons pouvoir affirmer que ce procédé remplacera avantageusement le vin, dans les cas où ce dernier pouvait être employé et aura la préférence sur lui dans ceux où l'on osait le faire, à cause de l'infiltra-

(1) Voyez les Commentaires ou Œuvres chirurgicales d'Antoine Lambert, maître chirurgien à Marseille. 1 vol. in-4<sup>o</sup>, 3<sup>e</sup> édition, Marseille, 1677.

(2) Voyez, dans la Gazette Médicale, un article du docteur Ch. Dujat, intitulé : *Considérations sur l'hydrocèle au Bengale et sur le traitement de cette maladie par les injections iodées, selon le procédé de M. J. R. Martin, chirurgien de l'hôpital des natifs à Calcutta.*

(3) Mémoire sur l'emploi du coton en chirurgie, suivi de quelques considérations sur l'utilité des injections iodées dans la cure radicale de l'hydrocèle. In-8<sup>o</sup>. Montpellier, 1838.

tion du liquide qui produisait nécessairement la gangrène. L'observation qui va suivre, quoique peu concluante, nous servira cependant de texte à quelques réflexions.

*Rétrécissement de l'urètre guéri par la cautérisation; hydrocèle; opération par les injections iodées; guérison.*

Obs. II. — Le 17 juillet 1838, est entré à l'Hôtel-Dieu-Saint-Eloi de Montpellier, le nommé Jean B., d'une forte constitution et d'un tempérament lymphatico-sanguin. Ce malade est âgé de 64 ans; il habite Olargne.

C'est peu à peu et à la suite d'un rétrécissement dont ce malade est atteint depuis longtemps, que l'hydrocèle est survenue. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, notre malade se plaignait d'une forte douleur à la courbure du canal; les urines ne sortaient que difficilement. M. Serre qui était de service ayant voulu le sonder ne put y parvenir, ce n'est qu'avec peine qu'il fit pénétrer une bougie du plus petit calibre. Peu à peu le canal se distendit à tel point qu'on put cautériser le rétrécissement vers la fin du mois; depuis lors ce malade rendit les urines avec plus de liberté. Restait l'hydrocèle dont la production était évidemment due au rétrécissement.

Le 28 août fut fixé pour l'opération.

La ponction donna issue à une verrée environ d'un liquide rougeâtre; dès que l'eau qui était contenue dans la tunique vaginale eut été évacuée, on fit une injection avec quatre onces d'eau distillée et quatre gros de teinture d'iode; le tout à froid. L'opérateur a fait séjourner le liquide dans le scrotum pendant cinq minutes; il avait soin de le malaxer, afin que tous les points de la tunique vaginale fussent en rapport avec l'injection. Notre malade a été mis ensuite dans son lit; on lui a soutenu les bourses au moyen d'un coussin placé entre les cuisses; aucune application n'a été faite; nous le voyons dans la journée, il ne souffre pas.

Le lendemain, Jean avait reposé pendant toute la nuit; on lui permit une soupe et un bouillon.

Le 50, le liquide épanché dans la tunique vaginale est peu consistant; l'inflammation est très-moderée.

Le 31, M. Serre, voyant que la réaction était assez faible et que le liquide épanché ne prenait pas de consistance, ordonne des applications sur le scrotum avec des compresses trempées dans une dissolution de deux gros de sel ammoniac sur trois onces d'eau distillée.

Le 1<sup>er</sup> septembre, nous présumons qu'il y a encore un peu d'eau dans la tunique vaginale; car le liquide épanché est très-transparent; on continue les applications locales. (Demi-quart pour aliment.)

Le 5, après s'être bien assuré, soit par le taxis, soit au moyen du stéthoscope, qu'il y avait de l'eau, M. Serre fait avec la lancette une ponction qui donne issue à environ une cuillerée de ce liquide.

B. sort le 8; les parties sont revenues à leur état normal.

Le malade avait promis en sortant de nous faire savoir dans quelque temps si l'hydrocèle s'était reproduite; comme depuis cette époque nous n'avons

pas eu de ses nouvelles, tout porte à croire qu'il a été radicalement guéri.

Si nous comparons cette dernière observation à la précédente, l'avantage est sans contredit en faveur de la seconde. En effet, les douleurs qu'a éprouvées ce malade au moment de l'opération ont été tout à fait nulles; quant aux suites, elles sont aussi bien différentes. Celui chez lequel on a employé les injections iodées n'a pas souffert dans la journée; il a bien reposé pendant la nuit; tandis que chez l'autre les douleurs, qui étaient très-fortes après l'opération, ont continué pendant toute la nuit et l'ont empêché de dormir.

Il a fallu au malade chez lequel on a injecté du vin, un mois et quelques jours pour que la guérison fût complète; chez le second, au contraire, qui a été opéré en même temps, douze jours ont suffi; il est vrai qu'il s'est reproduit un peu de liquide: mais nous avons vu beaucoup d'autres opérés chez lesquels on avait injecté du vin et qui ont été dans la même position.

Qu'on fasse aussi attention qu'à l'âge de ce malade les tissus ont perdu la plus grande partie de leur contractilité; l'artilleur, au contraire, était dans toute la vigueur de la jeunesse; cela explique pourquoi la réaction a été faible chez le premier. Du reste, le silence qu'il a gardé prouve assez que l'hydrocèle ne s'est pas reproduite.

Ce n'est pas, nous l'avons déjà dit, d'après ce seul cas que nous raisonnons; j'en ai observé plusieurs dans la pratique particulière du professeur Serre (1). Je me rappelle entre autres un malade qui lui fut amené de Lafarre; il s'agissait d'une tumeur du scrotum qu'on avait présumée devoir être une hydrocèle; ce qui avait fait hésiter le médecin sur le traitement applicable dans ce cas, c'était non-seulement le défaut de transparence, mais encore la dureté de la tumeur.

Dès que M. Serre eut palpé la partie affectée, il reconnut une hydrocèle; mais il n'y avait qu'un seul point situé à la partie supérieure de la tumeur dans lequel on pouvait sentir un peu de fluctuation. Quel était le procédé à suivre dans un cas pareil? Assurément on ne pouvait ponctionner vers la partie inférieure, puisque le défaut de transparence et la dureté de la tumeur empêchaient de savoir la position qu'occupait le testicule, et qu'on s'exposait ainsi à léser cet organe.

Après y avoir mûrement réfléchi, il fut décidé que la ponction serait faite dans le point qui faisait percevoir au doigt explorateur le lieu d'élection; il fallait encore savoir quel serait le procédé que l'on mettrait en usage: si l'on avait injecté du vin, on se serait exposé à une infiltration qui aurait nécessairement produit la gangrène; c'est pourquoi on se résolut à employer les injections iodées.

L'opération a été pratiquée ainsi qu'on l'avait dé-

(1) Qu'il me soit permis de lui exprimer ici toute la reconnaissance dont je lui suis redevable pour les bontés dont il m'a toujours comblé, et les moyens d'instruction qu'il s'est fait un plaisir de me procurer, lorsque je faisais mes études médicales.

cidé; la ponction faite, il s'écoula une très-grande quantité d'eau sanguinolente; l'injection fut poussée comme à l'ordinaire, et le malade partit de Montpellier trois semaines après parfaitement guéri. Chez lui aussi la réaction a été très-moderée; mais il n'y a pas eu reproduction de la maladie; c'est aussi ce que l'on a remarqué chez presque tous les malades.

Les laxatifs ont une propriété toute particulière pour hâter la résorption; c'est pourquoi nous ne saurions trop recommander leur usage dans les cas d'hydrocèle.

J'ai dit l'an passé que je ne savais pas si la liqueur iodée étant absorbable n'exposait pas aux inflammations gangréneuses comme le vin; c'était une assertion avancée par M. Velpeau; maintenant je puis affirmer que dans les cas où il y a infiltration de la matière dans le tissu cellulaire du scrotum, le malade ne court aucun risque; en effet, un cas de ce genre s'est présenté à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, dans le service du professeur Lallemand. L'opération avait été faite comme à l'ordinaire; mais il s'infiltra une partie de la liqueur dans le tissu cellulaire du scrotum; et toute l'injection est restée dans la tunique vaginale. Il n'est survenu aucun accident, le malade a été guéri tout comme à l'ordinaire.

Nous pouvons donc conclure que, dans tous les cas, l'injection iodée a sur l'injection vineuse l'avantage de ne pas procurer autant de douleurs, et de n'exposer le malade à aucun des accidents inflammatoires qui sont quelquefois la conséquence de ce dernier procédé.

(Gazette médicale de Paris, n<sup>o</sup> 21.)

45. *Des abcès qui surviennent en diverses parties du corps pendant le cours des maladies de l'appareil urinaire et pendant celui du traitement dirigé contre elles; par M. CIVIALE.*

Je vais examiner ici un point important de pathologie, qui paraît avoir été négligé entièrement par mes devanciers, si l'on en juge d'après le silence qu'ils gardent à son égard. Il s'agit néanmoins d'états morbides graves, dont les exemples se multiplient chaque jour davantage; depuis qu'on a songé à s'en occuper, et qui méritent d'autant plus d'être étudiés avec soin, que les ressources de l'art deviennent inutiles quand on ne se hâte pas de les appliquer en temps opportun.

Il arrive quelquefois, durant le cours de la blennorrhagie et autres maladies de l'urètre ou de plusieurs des lésions auxquelles la prostate est sujette, par suite de la strangurie, de la dysurie ou de la présence d'un corps étranger dans la vessie, enfin pendant le traitement de ces diverses affections, que certaines parties du corps, notamment les extrémités et les grandes articulations, sont attaquées de douleurs, tantôt vagues, diffuses, sourdes, profondes; tantôt vives, aiguës, circonscrites, qu'assez généralement on prend ou pour des symptômes de rhumatisme, ou pour des abcès phlegmoneux suivant la

forme qu'affecte l'inflammation. Mais bientôt la maladie revêt des caractères nouveaux, qui conduisent le praticien à rectifier son diagnostic. Si on l'abandonne à elle-même, la phlegmasie se circonscrit de plus en plus et se termine par de vastes abcès, différents à plusieurs égards de ceux qui surviennent dans le phlegmon ordinaire.

Avant d'aller plus loin, je rapporterai un cas qui s'est présenté à mon observation, il y a quelques années, et qui m'a beaucoup frappé. Un officier de marine, âgé de trente-six ans, était attaqué d'un rétrécissement de l'urètre, source d'accidents dont la cause méconnue avait été faussement rattachée à une affection calculeuse. La coarctation était peu avancée; je conseillai l'usage des bougies, que le malade s'introduisit lui-même. Le désir d'accélérer sa guérison le fit sans doute procéder à la dilatation d'une manière trop rapide. Telle fut, du moins, la cause à laquelle on rapporta un accès de fièvre qui éclata au bout de quelques jours. Cet accès se reproduisit, accompagné de malaise, d'inquiétude et de douleurs vagues dans les membres, la jambe gauche notamment. Il survint un peu de toux et beaucoup d'anxiété; la langue se sécha et rougit; la douleur quitta la jambe et fixa son siège à l'épaule droite, où elle devint très-aiguë. Alors seulement je fus appelé. Un abcès superficiel existait au-devant du scrotum, j'en fis l'ouverture. Une petite sonde introduite dans la vessie évacua une urine d'un jaune orange foncé et fétide. Au moment où je vis le malade, la douleur de l'épaule était accompagnée de rougeur de la peau et de gonflement. On employa les antiphlogistiques qui demeurèrent sans résultat, et l'inflammation se termina par un vaste abcès, d'où sortit une grande quantité de pus lactescent, mal lié et très-fétide. La suppuration qui suivit l'ouverture de cet abcès fut assez abondante, sans toutefois faire craindre qu'elle entraînant l'épuisement du malade. A la jambe gauche se forma un autre petit abcès superficiel, qui s'ouvrit de lui-même et donna issue à un pus semblable à celui de l'épaule. Bientôt la suppuration se tarit du côté de la jambe et diminua d'une manière sensible à l'épaule. Mais l'état général, au lieu de s'améliorer, empira de plus en plus, et le malade mourut dans un état complet d'anéantissement, quoique tellement irritable qu'à peine pouvait-on le toucher, du moins dans les derniers temps de sa vie.

Jusqu'à la mort, l'urine conserva la couleur orange foncé dont j'ai parlé. Cette couleur, que j'ai observée dans plusieurs autres cas, m'a paru dépendre spécialement d'un vice de la sécrétion rénale. Elle s'accompagne d'une fétidité assez prononcée. Le praticien ne saurait trop y faire attention; toutes les fois que je l'ai rencontrée, la maladie a été fort grave, et j'insiste beaucoup sur elle; car il ne s'agit là, ni d'un dépôt quelconque, ni de ce qu'on appelle urines concentrées, épaisses, bourbeuses: le liquide offre la teinte orangée, quelque abondant qu'il soit. A part sa couleur et son odeur fétide, l'urine est à l'état normal. La fétidité manque même quelquefois.

Le développement d'un état morbide si grave, sans cause appréciable, la marche des accidents et leur terminaison funeste, suffisaient et au delà pour fixer mon attention. En consultant mes notes, j'ai

trouvé quelques cas qui avaient de l'analogie avec celui dont je viens de rapporter les principaux traits. Bientôt la pratique m'en présenta d'autres, de plusieurs desquels j'ai donné les détails dans la première partie de mon traité sur les maladies des organes urinaires; d'autres encore ont été observés, spécialement par MM. Lallemand et Sanson, et tout récemment il s'en est présenté deux dans mon service à l'hôpital Necker. D'où je me crois autorisé à conclure qu'ils ne sont point rares.

Chez les sujets qui se sont offerts à moi, je n'ai découvert aucune prédisposition spéciale qui pût faire présumer la manifestation des accidents dont il s'agit. Tous étaient des adultes. Le tempérament nerveux prédominait chez plusieurs; mais d'autres avaient une constitution lymphatique bien prononcée. Dans quatre cas il existait un rétrécissement urétral, et ce fut pendant le traitement de cette coarctation, une fois par la cautérisation, et les trois autres par la dilatation temporaire, que les abcès se formèrent. Dans un cinquième cas, il y avait à combattre de graves désordres du côté du col vésical, et ce fut de même pendant le cours d'un traitement rationnel qu'on vit survenir un dépôt énorme au dos, consécutivement à plusieurs abcès existant dans la cavité pelvienne; les autres malades étaient calculeux. Chez l'un, des abcès apparurent pendant le traitement par la lithotritie; chez un second, l'expulsion spontanée d'un petit calcul détermina les accidents; chez les autres, ceux-ci eurent lieu avant qu'on eût procédé à la destruction de la pierre. Ainsi, dans tous ces cas, il y avait déjà état morbide de l'urètre, du col de la vessie ou de son corps, et l'exaspération de l'irritabilité ou de la phlegmasie locale, soit par le traitement, soit par les seuls progrès de la maladie, a paru être la cause déterminante du développement de l'inflammation dans des parties qui semblaient n'avoir aucun rapport spécial ou direct avec les organes primitivement affectés.

Ce qui frappe le plus, quand les douleurs accidentelles se manifestent, c'est l'espèce d'empatement et d'engourdissement du point où elles se fixent, lors même qu'il existe à peine du gonflement; c'est l'état d'hébétéude, d'affaiblissement, de malaise général, d'anxiété, qui contraste d'une manière frappante avec la douleur locale, généralement sourde et diffuse dans les premiers moments. Rarement, en effet, on remarque d'abord une franche attaque de rhumatisme. C'est plus tard seulement que les douleurs acquièrent de l'intensité, de l'acuité; encore même ne suffisent-elles presque jamais pour rendre compte des phénomènes généraux dont l'explicable gravité va toujours croissant. Presque toujours il y a perte complète de l'appétit et du sommeil, prostration considérable des forces, amaigrissement rapide, aridité de la langue, petite toux sèche et fatigante, trouble des facultés intellectuelles, délire. Le début de tous ces accidents est un accès de fièvre plus ou moins fort, qui tantôt se reproduit les jours suivants avec beaucoup de régularité, et tantôt se convertit en une fièvre continue. Le pouls est, en général, faible mais fréquent. Chez un malade dont je rapporterai l'observation, on avait de la peine à découvrir l'artère. Ces particularités réunies à la colo-

ration spéciale de l'urine doivent faire craindre la formation des abcès dont je m'occupe, bien qu'il n'y ait encore, sur le point douloureux, ni rougeur, ni gonflement, ni aucun des indices qui ont coutume d'annoncer une collection purulente. Mais ces indices ne tardent pas à paraître. Seulement il est trop tard.

Une autre circonstance que j'ai remarquée, est la tendance de la maladie à changer de place. Presque toujours, elle apparaît en divers points à la fois ou successivement, avant, de se fixer. Souvent même, à mesure qu'on l'attaque dans son siège primitif, elle se développe ailleurs. Dans quelques cas l'urètre et le col vésical sont d'une irritabilité excessive; dans d'autres, cette disposition n'existe pas, et la fièvre semble constituer toute la maladie jusqu'à ce que les symptômes locaux aient atteint le degré de gravité qui les signale plus tard. Dans les cas de cette dernière catégorie, il faut suivre pas à pas la marche des désordres, si l'on veut découvrir l'influence que l'appareil urinaire exerce.

Une chose digne de remarque, c'est la coïncidence d'abcès au scrotum, au périnée, ou dans le voisinage de l'urètre ou du col de la vessie, avec ceux qui se forment dans des parties plus ou moins éloignées. Je n'ai point aperçu de différence dans la suppuration provenant de l'un et l'autre point. Sans décider formellement la question, cette coïncidence, jointe à quelques autres particularités que j'ai notées, autorise à penser que la même influence s'exerce dans les deux régions. On sait d'ailleurs, par les faits dont j'ai donné les détails, et par d'autres qu'ont recueillis divers observateurs, qu'un grand nombre d'abcès au périnée, au scrotum, au sacrum, au pubis, à l'anus, à la partie interne et supérieure des cuisses, surviennent par suite des maladies de l'urètre et de la vessie, pendant le traitement dirigé contre elles, sans qu'on puisse découvrir la moindre trace de communication entre leur foyer et la poche urinaire ou son conduit excréteur, quoiqu'évidemment le point de départ de la formation des collections purulentes soit dans l'appareil urinaire. Or, entre ces abcès si fréquents et ceux dont je parle, il n'y a qu'une différence de quelques centimètres de plus entre le point de départ de l'ébranlement et le siège de la suppuration.

Du reste, pour les abcès qui sont le sujet de cette note, il m'a été également impossible d'apercevoir aucun vestige de communication entre eux et l'appareil urinaire. A la vérité, les autopsies sont peu nombreuses encore, et la plupart d'ailleurs n'ont pas été faites avec tout le soin désirable. Une fois seulement j'ai remarqué une trainée douloureuse à la partie interne de la cuisse depuis la branche de l'ischion jusqu'au foyer purulent qui occupait la partie interne de la jambe. Dans un cas récent dont je vais donner les principaux détails, j'ai pu constater, d'une manière plus rigoureuse, les désordres qu'avait causés la maladie.

Un journalier, âgé de cinquante-quatre ans, d'une constitution faible, d'un tempérament nerveux, ressentit, il y a deux ans, du côté des voies urinaires, quelques symptômes propres à faire soupçonner l'existence d'un calcul; on combattit en

vain ces accidents par des moyens du ressort de la médecine. On eut enfin recours à la sonde, et la pierre ayant été reconnue, on prescrivit les carbonates alcalins, que le malade prit en abondance, sans éprouver aucun soulagement, ce qui le détermina à se faire admettre dans mon service. Je m'assurai par le cathétérisme ordinaire que la vessie contenait plusieurs calculs qui me parurent peu volumineux. Sous ce rapport les conditions paraissaient favorables à la lithotritie; mais l'urètre et le col vésical étaient d'une irritabilité telle, que je crus devoir ajourner tout traitement spécial contre la pierre, et me borner à combattre cette disposition fâcheuse par des moyens appropriés. Le malade venait de la province, il était fatigué. Le repos, les bains, les boissons abondantes, les lavements émollients et même calmants, et un régime très-doux amenèrent, pendant quelques jours, une amélioration qui ne se soutint pas. Sans nulle autre cause qu'une légère douleur à la région lombaire, il survint un accès de fièvre. Le lendemain cet accès reparut avec plus de force, et l'urine prit une teinte safranée, ce qui m'inspira des inquiétudes. Néanmoins, comme il ne présentait point d'indication spéciale à remplir, je me bornai aux émollients et à l'application de quatre ventouses scarifiées sur le point douloureux de la région lombaire. Je prescrivis aussi des laxatifs pour faire cesser une constipation qui avait succédé au premier accès de fièvre. Le sixième jour de cet état, qu'une sorte de pressentiment me fit juger fort grave, l'articulation du genou fut prise avec violence; le lendemain, celle du pied le fut également. On appliqua des sangsues, et l'on couvrit les points douloureux de cataplasmes laudanisés. La douleur locale se calma, mais l'état général s'aggravait d'une manière notable, la langue était sèche, le pouls petit, concentré et à peine perceptible; il y avait un peu de toux, une tristesse profonde et une sorte de prostration. L'urine continuait d'être abondante quoiqu'elle n'eût pas changé de teinte; du reste, les douleurs articulaires étaient tolérables, et à peine y avait-il du gonflement. Au bout de deux jours parut un peu d'empatement au-dessus de la malléole; on pratiqua quelques mouchetures qui donnèrent issue à de la sérosité jaunâtre. Le lendemain, en examinant le membre, je reconnus que l'inflammation avait établi son siège dans la profondeur du mollet. Deux incisions furent faites; il ne s'en écoula que du sang et de la sérosité sanguinolente; nulle amélioration n'eut lieu, et le jour suivant, l'appareil qui recouvrait les plaies était à peine mouillé. Ce ne fut que le surlendemain qu'on remarqua une petite quantité de pus; les jours suivants la suppuration devint si abondante qu'on pouvait craindre qu'elle n'épuisât les forces. Cependant l'état général paraissait s'amender; la langue s'humecta, mais le pouls était toujours filiforme. Le malade prit quelques bouillons, des potions légèrement toniques. L'espérance commençait à renaître, d'autant plus que l'urine avait déjà perdu une partie de sa couleur foncée, lorsque l'articulation du genou se prit de nouveau. Il y eut des douleurs atroces, et en même temps un accès de fièvre qui persista les jours suivants, bien qu'à un moindre degré, la langue redevint sèche, le dévolement