

faites-lui relever de terre à bras tendus un objet très-lourd; si, au milieu de l'effort, il jette un éclat de toux et que le bandage résiste, on peut affirmer qu'il tient bien pour le moment.

Quelques bandagistes échappent encore à ces épreuves au moyen d'une petite ressource secrète qu'il est bon d'éviter. Ils feront faire volontiers tous ces exercices; mais en pinçant avec le pouce et l'index la racine du scrotum, et fermant ainsi le passage à la hernie, quand même le bandage serait trop faible. Il faut se méfier de cette ruse que j'ai vu mettre en usage plus d'une fois.

J'ai dit cependant que l'on était assuré seulement de l'efficacité instantanée du bandage. C'est que quelques soins d'usage peuvent affaïsser la pelote ou même aussi affaïsser le tissu adipeux sous-cutané; c'est que certains efforts naturels imprévus ont plus de puissance que nos épreuves pour chasser la hernie; en un mot, on ne peut répondre d'un bandage que quand le sujet l'a porté quelques jours, en reprenant les habitudes de sa vie ordinaire. Ce retard, pour prononcer en définitive, est d'ailleurs commandé par cette autre raison, qu'il ne suffit pas qu'un bandage maintienne la hernie, il faut encore qu'il ne blesse pas le malade.

J'ai vu nombre de fois un bandage tenir pendant une demi-heure, une heure, un jour, deux jours, et puis laisser passer la hernie.

En général, méfiez-vous d'un bandage qui, placé par un bandagiste, a laissé échapper la hernie; puis, replacé d'une autre façon, l'a maintenue. On vous dira bien: Mais c'est que la première fois il était mal placé; d'accord, mais si le bandagiste, homme expert, s'est trompé en le plaçant, en d'autres termes, s'il a fallu un déplacement tellement léger qu'il a été commis par des mains expérimentées, pour laisser couler la hernie, comment espérer que les malades, qui sont loin d'avoir les connaissances nécessaires, éviteront toujours ce léger déplacement? Il faut donc que le bandage tienne du premier coup; il faut qu'un déplacement de 2 ou 3 lignes ne nuise point à son efficacité, bien entendu cependant que cette limite ne doit point trop être élargie, car alors il faudrait des pelotes monstrueuses. En un mot, le bandage doit être assez bien fait pour contenir malgré une légère déviation de position. Mais l'homme de l'art n'est pas tenu de garantir les succès de l'appareil placé avec une excessive ignorance et une excessive négligence.

Et toutes ces conditions remplies, répondrez-vous enfin de tous les événements? Non, certes. Il peut se trouver une paille dans le ressort le mieux fait en apparence, et le bandage casse inopinément. Ceci est rare quand on a bien choisi les ressorts; mais cela doit être prévu; aussi est-il bon que le malade ait deux bandages, et j'insiste toujours sur cette précaution quand la bourse des clients n'y oppose point d'obstacle. Il faut savoir aussi que les bandages les plus solides ne résistent pas à certains accès d'asthme, et que dans ces cas les sujets doivent rester couchés lors de l'accès, et appuyer de la main sur la pelote, que l'impulsion des viscères refoulerait trop loin.

J'arrêterai ici tout ce que je voulais dire de l'application des bandages. Dans la prochaine séance,

nous ferons l'histoire des hernies inguinales chez la femme.

(Gazette des Hôpitaux, nos 60, 63 et 70.)

107. *Hernie ombilicale. Tympanite. Rétrécissement remarquable de l'intestin grêle;* par M. LISFRANC.

Je donne ici en peu de mots une observation qui me semble digne d'intérêt sous le point de vue de l'anatomie pathologique.

Le nommé Jean, ouvrier, de constitution faible, âgé de trente ans environ, est entré dans nos salles pour des symptômes peu intenses d'étranglement herniaire. Il porte à l'ombilic une petite hernie du volume d'une grosse noix, dont la date d'apparition est incertaine. La réduction de la tumeur fut très-facile, et il fut très-facile aussi de maintenir les parties herniées au moyen d'un simple bandage de corps, ou même sans bandage, par le simple repos dans la position horizontale. Cependant, contre notre attente, l'état du malade restait à peu près le même; il était pâle, faible, se présentait rarement à la garde-robe, et ressentait quelques légères douleurs abdominales.

Après six ou huit jours de cet état douteux, il se plaignit de nausées et de vomissements: rien n'était changé du côté de la hernie, mais la paroi abdominale commençait à devenir saillante et comme bosselée dans l'étendue d'une bande répondant assez bien aux muscles droits.

Cette disposition n'a pas tardé à se généraliser; toute la paroi abdominale antérieure faisait une énorme saillie, et traduisait au-dehors des circonvolutions intestinales énormément dilatées. Presque partout la percussion provoquait la résonnance tympanique; à des intervalles irréguliers des gargouillements se faisaient entendre, et il survenait des mouvements très-sensibles et de haut en bas dans les circonvolutions apparentes. En un mot, c'était une tympanite avec tous les symptômes ordinaires; mais quelle en était la cause? Rien vers la hernie, rien dans le rectum, aussi haut que pouvait atteindre le doigt; nulle douleur péritonéale ni spontanée, ni sous l'influence de la pression. Il fallut faire la guerre aux symptômes. Une application de sangsues fut sans résultat; on recouvrit le ventre de glace continuellement renouvelée; des lavements purgatifs, puis avec la décoction de tête de camomille, furent administrés deux ou trois fois par jour. Dans le cours de ce traitement, qui a duré dix jours, quelques selles ont eu lieu d'abord, très-peu abondantes, avec expulsion de gaz; les vomissements ont cessé, mais le ventre n'a commencé à se détumescer que trois ou quatre jours avant la mort, et n'a perdu complètement sa forme anormale que vingt-quatre heures avant. A la même époque, le malade a présenté plus que jamais de la prostration, de la petitesse du pouls, un état comme typhoïque. Enfin il est mort; je dirai si s'est éteint, sans présenter aucun symptôme de réaction.

*Autopsie.* — La cavité abdominale m'ayant présenté seule quelque chose à noter, je ne parlerai que d'elle. Son aspect extérieur est resté ce qu'il était dans les derniers moments de la vie. A l'incision des parois il s'écoule deux onces ou plus d'un liquide sereux. A la première vue, il semble que l'intestin grêle remplit à lui seul toute la capacité du ventre de ses circonvolutions énormément dilatées. Avec plus d'attention, et en détruisant des adhérences péritonéales très-anciennes, à en juger par leur résistance, on retrouve l'estomac, la rate, le gros intestin, refoulés contre les parois abdominales, ratatinés et comme revenus sur eux-mêmes, sans présenter d'ailleurs rien d'anormal, si ce n'est une coloration bleu foncé de toute la muqueuse gastrique, sans aucun changement dans la consistance ni dans l'épaisseur de cette membrane. Cette teinte veineuse, disposée par larges plaques irrégulières dans l'estomac, se retrouve sur toutes les circonvolutions intestinales, formant une bande uniforme de plusieurs lignes de large dans toute l'étendue de leur bord convexe. La muqueuse de ces intestins est également partout d'une teinte bleuâtre, mais beaucoup moins foncée. La dilatation de l'intestin grêle est à son maximum dès la fin du duodénum; elle cesse brusquement au cœcum. Elle a donné à cette partie du tube digestif quatre fois au moins son volume ordinaire. Quand on y pratique une ponction, des gaz d'une odeur alliée s'en échappent avec sifflement; quand on l'ouvre, il en découle une énorme quantité de matières fécales demi-liquides, pâles et peu odorantes. Jusque-là, rien ne pouvait faire remonter à la cause déterminante; nous la trouvâmes à la fin de l'iléon. Dans une étendue de huit à dix pouces, la cavité de cet intestin était traversée par des sortes de diaphragmes incomplets dus à un développement considérable des valvules conniventes. Celles-ci laissaient persister seulement une filière étroite et sinueuse, bien insuffisante pour la circulation des matières; car avec de fortes pressions on parvenait à peine à faire passer quelques gaz de l'iléon dans le cœcum.

Du reste, nulle altération organique, rien qu'un énorme développement selon toutes les dimensions. Cette disposition se terminait brusquement à l'insertion sur le cœcum, et existait seulement encore dans les valvules de Bauhins, plus épaisses et plus larges qu'à l'ordinaire; elle se perdait progressivement en remontant vers la partie supérieure de l'intestin. Le colon moitié moins gros qu'à l'ordinaire, contenait une petite quantité de matières fécales du même aspect que celles de l'intestin grêle. L'estomac ne renfermait qu'un liquide grumeleux, blanchâtre. Enfin, j'ajouterai que la petite hernie mentionnée dans l'observation n'avait laissé de trace sur aucune partie du tube digestif, que le sac en existait encore complètement tapissé par le péritoine, qu'il s'était fait jour au dehors sur le point même de la cicatrice ombilicale, apparente encore à la peau sur son sommet; enfin que les artères ombilicales écartées étaient irrégulièrement disposées sur les côtés de l'ouverture abdominale du sac, divisées en plusieurs branches, qui passaient sans régularité de droite à gauche, et vice versa.

Je regrette de n'avoir pu recueillir les antécé-

dents de ce malade intéressant. Comment se faisait la circulation abdominale avant son entrée à l'hôpital? Son état de maigreur et de pâleur semblait indiquer des souffrances anciennes. Avait-il, à une époque antécédente, éprouvé quelque inflammation dans l'abdomen? J'ai seulement retrouvé quelques vestiges d'une ancienne péritonite; mais d'ailleurs il n'y avait nulle trace d'une inflammation intestinale, ni ancienne, ni récente; et la coloration déjà mentionnée de l'estomac et de la plus grande partie du tube digestif, doit sans doute être attribuée soit à un effet cadavérique, soit peut-être à un empoisonnement par absorption des gaz emprisonnés dans l'intestin. Je n'é mets ce doute qu'en hésitant et en rappelant que les derniers moments du malade pourraient faire naître aussi l'idée d'un empoisonnement par absorption.

(Ibidem, n° 77.)

108. *Observation de ligature de l'artère iliaque externe dans un cas d'anévrisme diffus de l'artère crurale,* recueillie dans le service de M. MONOD; par A. RICHET, interne des hôpitaux.

Vart (Louis-Victor), postillon, âgé de 37 ans, jouissant ordinairement d'une bonne santé, mais paraissant beaucoup plus âgé qu'il ne l'était réellement par suite des fatigues auxquelles l'expose sa profession, fut renversé de cheval dans le courant du mois d'octobre 1859. Dans cette chute sa cuisse du côté droit fut violemment serrée entre le sol et le corps de son cheval, l'animal s'étant abattu brusquement et avant qu'il eut le temps de dégager son pied de l'étrier.

Malgré cet accident il n'en continua pas moins sa course; mais rentré chez lui il se coucha, et le lendemain il lui fut impossible de marcher. Ayant fait alors appeler un médecin, il se plaignit d'une violente douleur dans le bas de la jambe droite. Après une exploration suffisante, le médecin déclara qu'il n'y avait point de fractures; des compresses d'eau-de-vie camphrée furent appliquées sur la partie douloureuse, et quelque temps après le malade put reprendre ses occupations habituelles. Deux mois environ après cet accident, en se palpant la cuisse, cet homme s'aperçut qu'il portait, dans la profondeur du membre abdominal droit, une grosseur dont il comparait le volume à celui d'un œuf de poule. Étonné de cette singularité, il la fit remarquer à sa femme; puis, comme il n'y ressentait aucune douleur et que le simple hasard l'avait conduit à cette découverte, il eut bientôt cessé de s'en occuper.

Six semaines se passèrent ainsi, lorsque vers le milieu du mois de février 1860 il commença à éprouver quelques douleurs sourdes dans la cuisse où il portait cette tumeur. Puis, loin de se calmer la douleur s'accroissant continuellement, dans les premiers jours de mars il fut obligé d'interrompre ses

occupations, il fit de nouveau demander son médecin (le même qui l'avait soigné trois mois auparavant), lequel constata que la cuisse droite présentait en avant, à sa partie interne et moyenne, une tumeur assez résistante et qui causait de vives douleurs à la pression. Il fit alors appliquer des sangsues sur la partie douloureuse, et le lendemain, quand il revit le malade, il constata que l'état de la cuisse s'était singulièrement aggravé : ainsi les téguments qui, la veille, autour de la tumeur étaient souples et non tendus, étaient devenus durs, résistants, empâtés; toute la cuisse, en un mot, semblait être infiltrée d'un liquide. Étonné de la rapidité avec laquelle s'étaient développés les accidents, il interrogea le malade de nouveau très-soigneusement; mais il paraît qu'on ne put obtenir que quelques détails insignifiants. (Il est nécessaire d'ajouter ici que cet homme, outre une insouciance inhérente à son caractère propre, paraissait abruti par la débauche et l'abus de boissons.)

A partir de ce moment, les accidents allèrent continuellement en augmentant : pour les calmer, on fit appliquer des cataplasmes émollients, et le quatrième jour, à partir de celui où avaient été appliquées les sangsues, la fluctuation s'étant manifestée, le médecin croyant avoir affaire à un phlegmon profond appela un chirurgien en consultation.

Ce dernier trouva la cuisse gonflée, tendue, douloureuse dans toute son étendue, et sans qu'en aucune manière on pût distinguer une tumeur circonscrite. La peau était rouge et chaude, un empatement œdémateux avait envahi toute la couche sous-cutanée, circonstance qui accompagne si ordinairement les phlegmons profonds; puis en divers points de la cuisse une fluctuation douteuse et peu satisfaisante, il est vrai, pouvait être reconnue, et la main appliquée sur la cuisse ne percevait aucun battement ni soulèvement. D'après tous ces symptômes, le peu de renseignements qu'on avait pu tirer de cet homme et la marche rapide des accidents, il était permis de croire à l'existence d'un phlegmon siégeant dans la profondeur du membre. Cependant le chirurgien, qui concevait quelques doutes sur l'existence du pus, ne se décida à faire une ponction *exploratrice* qu'avec une extrême réserve. Un bistouri étroit fut enfoncé à la partie externe de la cuisse, à quatre travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antérieure et inférieure.

Rien d'abord ne sortit, mais une sonde cannelée ayant été introduite et le bistouri conduit dessus, un jet de sang rutilant s'échappa du fond de la plaie. On s'empressa d'introduire un tampon de charpie dans l'ouverture, un point de suture pratiqué par dessus arrêta l'hémorrhagie.

Le lendemain, le malade fut transporté à la maison royale de santé.

Mardi 10 mars, le malade offre les symptômes suivants :

*Symptômes généraux.*—Face pâle et exprimant l'abattement, bouche sèche et pâteuse, langue blanchâtre couverte d'un enduit croûteux et épais, lèvres décolorées. Le pouls est plein, fréquent et dur, la respiration est facile, le ventre mou et flasque ne présente aucune douleur à la pression. Le malade ne souffre pas beaucoup; il répond avec lenteur et

insouciance aux questions qu'on lui adresse, et ce n'est qu'en le tourmentant, pour ainsi dire, que l'on peut en obtenir des réponses qui toutefois sont précises. Les personnes qui le connaissent, et particulièrement sa femme, assurent qu'il montre ordinairement la même apathie.

*Symptômes locaux.*—Le membre abdominal droit est gonflé, tendu, mais le gonflement se montre de la manière suivante : la cuisse droite est au moins doublée de volume, l'arcade crurale semble enfoncée et comme cachée par la projection du côté de l'abdomen des parties molles de la partie antérieure de la cuisse; mais elle a limité l'engorgement de ce côté, car la peau du ventre n'est ni rouge, ni tendue, ni douloureuse. Par en bas le gonflement descend jusqu'au-dessous de l'articulation du genou. La peau, sur toute la partie antérieure de la cuisse, est rouge, chaude, mais non douloureuse; elle porte les traces d'une application récente de sangsues, et à la partie externe on remarque l'ouverture pratiquée la veille. La tension extrême des téguments empêche de sentir aucune fluctuation; le malade n'accuse que médiocrement de douleur à la pression. En résumé, on ne distingue aucune tumeur circonscrite; c'est une infiltration générale et uniformément répandue de toute la cuisse. La main appliquée sur différents points ne perçoit nulle part de battements ni de soulèvements; mais si on applique l'oreille sur la partie antérieure de la cuisse, on distingue un bruit de râpe, un susurrus très-distinct, qui a son maximum d'intensité au niveau de la jonction des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur de la cuisse, et qui disparaît, mais non complètement, quand on parvient à comprimer l'artère au-dessus de l'arcade crurale.

D'après les antécédents et les signes actuels, il est évident qu'on a affaire à un anévrysme diffus de l'artère crurale; mais comme on ignore à quelle hauteur existe la rupture de l'artère, et que d'ailleurs l'énorme gonflement qui s'étend jusqu'à l'abdomen empêche de pouvoir porter une ligature sur cette artère au-dessous du ligament de Poupert, M. Monod se décide à lier l'iliaque externe.

Une incision légèrement courbe de trois pouces de long est pratiquée un peu au-dessus de l'arcade de Fallope, partant à un pouce environ de l'épine supérieure de l'os des îles. L'aponévrose du grand oblique est incisée sur la sonde cannelée, puis successivement les fibres du petit oblique et le fascia transversalis très-résistant et très-condensé chez cet homme, probablement à cause de l'exercice fréquent du cheval. Le péritoine se présente alors; on le décolle avec précaution en le refoulant en dedans, et bientôt apparaît l'artère. On l'isole avec précaution de la cuisse, puis ayant reconnu qu'elle était parfaitement souple, son tissu élastique et sans aucune altération, on passe au-dessous un stylet-aiguille courbe, chargé d'un fil ciré quadruplé; puis après s'être assuré qu'en comprimant le vaisseau entre les doigts tout bruit de susurrus cessait dans la tumeur, on serre la ligature. Aucun écoulement de sang n'est venu entraver la marche de l'opération qui a été sûre et rapide. Les lèvres de la plaie sont rapprochées et maintenues avec des bandelettes de diachylon. (Limonaie vineuse, lavem. purgat., on entretient la

chaleur du membre avec des linges chauds et des sachets de sable fin.)

Le 10, *au soir*. Le malade a dormi, le lavement l'a fait aller à la garde-robe, le pouls est dur, vif et fréquent, la langue sèche; il se plaint de mal de tête; le ventre est souple, le membre est à la même température que l'autre, il n'y éprouve aucune douleur et y conserve très-bien le sentiment.

Le 11, *au matin*. La nuit s'est passée assez bien, cependant le sommeil a été agité, il a parlé et gesticulé; mais il paraît que c'est son habitude normale. Langue sèche, pouls fréquent (100, 110), ventre souple. Le membre conserve sa chaleur. Le malade demande à manger. (Limonaie vineuse, lavement purgat.)

Le 12, le ventre est tendu, météorisé, quelques hoquets font craindre une péritonite, le pouls est dur et fréquent. Cet homme ne cesse de dormir, même pendant qu'on l'examine; il remue les lèvres convulsivement, a des soubresauts, et semble sous le poids d'un subdélirium continu. La tension du membre a beaucoup diminué; il conserve du reste sa chaleur et sa sensibilité. (Suppression de la limonaie vineuse, saignée de 8 onces, lavement purg., cataplasmes sur l'abdomen. On recouvre de bandelettes la plaie qui existe à la partie externe de la cuisse.)

Le 13, la nuit a été tranquille, du sang noir et liquide s'est écoulé par la plaie située à la partie externe de la cuisse, le ventre est plus souple et le pouls moins dur, le membre est à la température voulue, la plaie par laquelle on a lié l'artère est belle et ne donne qu'une petite quantité d'une suppuration satisfaisante. On découvre l'ouverture de la partie externe de la cuisse, et en pressant modérément on en fait sortir plein un crachoir de caillots sanguins, noirs et d'une odeur fétide. Le membre est bien moins tendu, mais plus sensible à la pression. (Un verre d'eau de Sedlitz, lav., catapl.)

Le 14, nuit tranquille. L'état du malade n'est point satisfaisant; il est toujours plongé dans cette espèce de subdélirium; il siffle et se croit à cheval. Nouvelle évacuation de caillots par la plaie de la cuisse. (Vin de quinquina avec lequel on panse la plaie de la cuisse pour l'irriter un peu.)

Le 15, la cuisse présente à sa partie externe, au pourtour de l'ouverture, une teinte jaunâtre; l'épiderme s'y détache et annonce une gangrène de la peau; mais ni le pied ni la jambe, qui sont à la température normale, n'en présentent de traces. On pratique à la cuisse une contr'ouverture pour donner libre issue aux caillots. Même état général que les jours précédents.

Le 16, le malade dit souffrir beaucoup moins; le membre qui a conservé sa chaleur ne présente de traces de gangrène qu'au pourtour de l'ouverture. Eruetation, langue sèche, pouls petit, ventre non douloureux, selles un peu fréquentes et liquides. La plaie de l'abdomen devient pâle, grisâtre; une énorme quantité de caillots sanguins sort par les plaies de la cuisse, qui se trouve ainsi ramenée à son volume naturel. On ne constate encore aucun battement de retour, soit aux pédieuses, soit aux articulaires. (Soupe.)

Le 17, la nuit a été tranquille, beaucoup plus qu'à

l'ordinaire. La soupe que l'opéré a mangée hier n'a pu être supportée; il l'a vomie. La plaie de l'abdomen a un aspect grisâtre; le membre conserve sa chaleur même sans l'usage des sachets. Aucun battement sensible ne se fait sentir, soit à la poplitée, soit à la pédieuse. Il est toujours plongé dans un coma continu. (Potion avec l'acétate d'ammoniaque, application d'une ventouse monstre de M. Junot sur la jambe saine.)

Le 17, *soir*. Le malade est plus mal, l'état général s'est aggravé; il y a soubresaut de tendons, subdélirium, carphologie. On fait une large incision sur l'eschara qui menace de se former à la partie externe de la cuisse. — Le 18, après une nuit très-agitée le malade meurt à six heures du matin.

*Autopsie* 26 heures après la mort. — Tout le membre abdominal est tellement dégonflé que c'est à peine s'il paraît plus volumineux que le gauche. Le ventre est souple et non météorisé.

Une incision est pratiquée à la partie externe et antérieure de la cuisse, là où ont été faites primitivement les ouvertures pour donner issue aux caillots sanguins. Les téguments sont disséqués avec précaution, on trouve que la peau est décollée du tissu sous-jacent dans un espace d'environ quatre pouces carrés autour de la ponction première. Sous cette peau décollée, à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope, on observe un trajet fistuleux pouvant admettre l'index, et qui se dirige du côté interne de la cuisse en suivant une direction oblique de haut en bas et passant au-dessous du muscle couturier. En suivant ce trajet et coupant en travers le couturier, on met à découvert une large cavité remplie de putrilage et de caillots sanguins, cavité à parois non distinctes, située entre la face profonde du couturier et le droit antérieur de la cuisse.

Cette poche s'étend par en haut, le long du trajet des vaisseaux jusqu'à la naissance de la profonde, c'est-à-dire à deux pouces et demi de l'arcade crurale; par en bas, elle se prolonge jusqu'à l'anneau du troisième adducteur. Sa largeur n'est pas considérable en dedans, si elle ne dépasse point la ligne des vaisseaux fémoraux; tandis qu'en dehors et supérieurement, elle se prolonge jusque sous l'insertion du couturier à l'épine iliaque. C'est avec cette poche que communiquait l'ouverture pratiquée à la paroi externe et supérieure de la cuisse, à quatre travers de doigts au-dessous de l'épine iliaque, le long du bord externe du couturier.

Après avoir vidé cette cavité de la sanie et des caillots qui l'obstruaient, on découvre dans le fond la gaine des vaisseaux fémoraux. Alors, en disséquant avec précaution l'artère et la veine depuis l'arcade, on rencontre, à six pouces environ de cette arcade, un renflement qu'on reconnaît appartenir à l'artère crurale. Après avoir épongé avec précaution et enlevé un caillot sanguin qui l'obstruait, on reconnaît les débris d'une poche anévrysmale développée sur le côté externe du vaisseau. D'après ce qui en reste, il est difficile de juger du volume auquel a pu parvenir le sac anévrysmal avant de se rompre. Il est cependant permis de penser qu'il n'excédait pas le volume d'une grosse noix. Au fond de ce sac se trouve une ouverture large d'environ trois lignes, faisant

communiquer la cavité de l'artère avec le sac, et du pourtour de cette ouverture s'élèvent, en se continuant avec les tuniques artérielles, les parois du sac, qui sont ramollies et évidemment en état de suppuration. Tout ce qui formait la partie supérieure de cette poche anévrysmale a disparu, de sorte qu'on avait une idée exacte de sa forme actuelle, en se la représentant analogue à une cupule percée par le fond, et communiquant avec l'artère au moyen de cette perforation. Du reste, il est facile de constater que le sac ainsi ouvert par sa partie supérieure communique largement avec la grande cavité décrite plus haut, et que c'est par là qu'a dû se faire l'épanchement sanguin entre les muscles de la cuisse.

Les tuniques de l'artère sont parfaitement saines depuis l'aorte jusqu'à la naissance de la profonde, à partir de cette division et jusqu'au-dessous de l'anévrysmale, elles deviennent rugueuses, cassantes, et parsemées de plaques calcaires. Il y a là bien évidemment une dégénérescence athéromateuse. Du reste, le tube artériel, depuis l'endroit où a porté la ligature, ne contient ni liquide ni caillot; il est absolument vide.

Si nous passons maintenant à l'examen de l'abdomen et de l'endroit où a porté la ligature, nous trouvons : 1° Que le péritoine est parfaitement sain, sans rougeur ni injection, même dans la portion qui a été décollée en allant à la recherche de l'artère; 2° qu'aucun liquide ne baigne les vaisseaux; 3° que la ligature a porté sur l'artère iliaque externe à un pouce au-dessus de la naissance de l'épigastrique; qu'un caillot sanguin, d'une longueur de deux pouces environ, remplit le tube artériel au-dessus de la ligature; que ce caillot est solide et adhère à sa partie inférieure surtout aux parois de l'artère; que la membrane interne est un peu enflammée au niveau du caillot, et qu'enfin là où a porté la ligature, les tuniques interne et moyenne ont été coupées, de telle sorte que, tant au bout supérieur qu'au bout inférieur, elles se sont agglutinées et constituent ainsi deux cloisons, l'une inférieure, l'autre supérieure, unies par la membrane externe restée intacte et obturant chacune de leur côté le bout inférieur et le bout supérieur de l'artère.

(Archives gén. de médecine, juin.)

109. Résection d'une portion du corps du premier métatarsien. Procédé nouveau; utilité de la scie à chaînons; par M. VELPEAU.

Le nommé Lalande, maçon, âgé de vingt-huit ans, couché au n° 43 de la salle Sainte-Vierge, reçut, il y a sept mois environ, un coup de pied de cheval sur le dos du pied gauche. Cet accident donna lieu aussitôt à un gonflement total de l'extrémité inférieure du membre, et à une vive inflammation autour d'une plaie primitivement assez large, mais réduite aujourd'hui à l'état d'un petit ulcère fistuleux. Sous l'influence de cataplasmes émollients et de divers topiques appliqués pendant longtemps, la

rougeur et la tuméfaction du pied disparurent. Mais la plaie, en perdant de son étendue, sembla gagner en profondeur de manière à laisser craindre qu'elle n'allât attaquer la portion d'os qui se trouvait au-dessous, c'est-à-dire le corps du premier os métatarsien. Le malade, ennuyé de ne retirer aucun avantage des soins que lui donnaient les médecins de la ville où il demeurait, et désirant recouvrer au plus tôt, l'usage de son membre, dont l'affection le faisait d'ailleurs beaucoup souffrir, résolut de venir à Paris chercher un remède plus prompt, plus efficace contre la lésion profonde que l'on soupçonnait. Elle devait être, en effet, indiquée par l'état de la suppuration qui n'a jamais cessé d'être fournie; mais on pouvait, de plus s'en convaincre, comme on l'a fait, en introduisant par l'ouverture assez rétrécie de la plaie un stylet dont la pointe est venue tomber directement dans la cavité médullaire, à travers un trou intéressant toute la paroi supérieure du cylindre osseux. Il n'était plus possible alors de douter d'une grave altération de l'os; pour en guérir le malade et l'empêcher de s'étendre dans le reste des tissus encore sains, il n'y avait pas d'autre indication que de l'isoler en faisant l'extraction soit de la totalité de l'os, soit seulement de la partie affectée.

L'ablation totale ou partielle du premier os métatarsien n'est pas une opération aussi nouvelle qu'on a pu le croire. M. Blandin s'est trompé en pensant la pratiquer un des premiers, il y a une douzaine d'années; M. Barbier, au rapport de Beauvils, l'a faite avec succès en 1795. M. Petrequin dit même que Monro l'a aussi pratiquée; puis encore M. Bell, M. Arbey, etc. Enfin, depuis M. Blandin et à la même époque plusieurs cas de ces extirpations ont été offerts par MM. M'Farlan, Fricke, Kramer, Champion, Barbotin, Heister, Graefe, Josse, Jobert, Roux et Lisfranc. M. Velpeau l'a aussi pratiquée plusieurs fois à l'hôpital Saint-Antoine, à la Pitié et à la Charité. Mais parmi tant d'exemples fournis par la pratique de ces chirurgiens, aucun ne s'applique à l'excision seulement d'une portion du corps de cet os; les uns, en effet, ont enlevé l'os tout entier par désarticulation; les autres ont simplement réséqué l'une ou l'autre de ses extrémités, avec une plus ou moins grande partie du corps qui y adhérait. C'est donc la première fois, suivant l'avis de M. Velpeau, qu'il va tenter l'extirpation d'une portion du corps de l'os sans attaquer aucune de ses extrémités. Il convient donc de dire un mot des avantages que présente ce mode opératoire.

Il est un fait constant et à peine utile même à rappeler, c'est que ce premier os métatarsien enlevé tout entier ne se reproduit nécessairement pas, et laisse au membre une difformité irrémédiable, qui devient encore un très-grand obstacle aux usages du pied. L'orteil, retiré en arrière par sa cicatrice, soutenu par de simples parties molles, est exposé à se tourner en dedans, à changer de position, flottant qu'il est à la manière d'un doigt inerte et incapable de servir à la station. Si l'on n'a extirpé que l'une ou l'autre des épiphyses avec une plus ou moins grande portion du corps, on sait également que la reproduction n'est pas à espérer pour les extrémités cartilagineuses articulaires qui ont été détruites.

Toutefois on peut s'attendre à voir à la fin, soit le restant du corps de l'os, soit la première phalange du gros orteil retrouver en arrière un point d'appui, et dans ce cas cette amputation partielle serait encore préférable à l'enlèvement total du premier os du métatarse. Mais si le corps de l'os, étant seul altéré, il est possible de n'extraire que la partie malade, ce moyen sera incomparablement le plus précieux, attendu qu'on a chance de voir renaître la portion de diaphyse emportée, comme cela s'observe dans la même partie des autres os longs, et de conserver au pied l'intégrité de sa forme et de ses usages.

Voilà donc déjà un immense avantage dans cette dernière opération quant au résultat consécutif; reste à voir si le procédé opératoire permet de l'obtenir, sans trop de difficultés; or, rien ne paraît si aisé que la manière dont M. Velpeau s'y est pris dans le cas actuel. Voici comme : les téguments furent incisés au moyen d'une ligne courbe partant de la face supérieure de l'extrémité phalangienne du second os métatarsien, formant sa demi-ellipse sur le bord interne du pied et retournant gagner l'autre extrémité tarsienne du même os; circonscrivant ainsi un lambeau semi-lunaire à base externe parallèle à l'axe du second métatarsien et qui, relevé de dedans en dehors, laissa à découvert les tendons des muscles extenseurs qui furent mis de côté pour détacher de l'os malade les parties charnues qui y adhéraient encore; après quoi, avec une aiguille courbe contournant exactement l'os sur ses faces latérales et profondes, la scie à chaînons fut introduite pour faire la première section antérieure et verticale, comprenant toute l'épaisseur du corps de l'os; cette séparation étant achevée, la scie fut repassée en sens inverse dans la ligne qu'elle venait de parcourir, puis attirée par l'opérateur placé du côté du genou, quelques lignes en arrière pour faire la seconde section qui, pour emporter la portion d'os malade n'avait pas besoin de commencer en dessous au niveau de la lésion existant à la face supérieure; en effet, la scie fut ramenée au dehors, suivant une ligne oblique d'avant en arrière et de bas en haut, qui fit ressembler la partie osseuse extraite à une portion de cylindre ayant, au bout antérieur, une coupe verticale, et par l'autre bout, taillée en bec de flûte, de manière à présenter supérieurement sur sa surface longitudinale la plus étendue toute la partie altérée de l'os qui devait être enlevée.

Aucune ligature de vaisseaux ne fut nécessaire. La plaie abstergée, laissait voir au fond le bec de flûte correspondant de la partie postérieure de l'os laissée en place et parfaitement saine. Le lambeau fut rabaisé au-dessus de quelques boulettes de charpie que l'on mit pour remplir cette cavité, M. Velpeau ne voulant pas réunir par première intention, ce qui lui eût été bien facile et se serait fait tout seul, s'il n'y eût pas eu contre-indication.

Depuis quelques jours que cette opération est faite, l'ulcère fistuleux, qui avait été compris dans le lambeau semi-lunaire s'est complètement tari et déjà cicatrisé. Nous attendrons maintenant pour savoir si la partie du corps de l'os extirpée se reproduira, comme il y a lieu de l'espérer.

Tel est le nouveau procédé opératoire dont nous voulions rendre compte, et qui, pour ces cas et tous autres analogues, est offert par M. Velpeau à l'attention des praticiens, auxquels il croit encore assez utile de recommander l'usage plus fréquent de l'instrument dont il s'est servi; voici, en effet, les avantages que cette manière d'opérer présente :

Pour ce qui regarde les parties molles, il n'y a pas de comparaison à établir pour la préférence qui doit être donnée à une incision courbe, unique, et par conséquent d'une cicatrisation plus facile et plus prompte, contre les différentes sortes d'incisions à lambeaux, en battants de fenêtre, en T ou quadrilatères à base différemment posée, qui ne laissent pas plus de liberté et d'aisance pour découvrir les parties profondes. Et quant aux parties osseuses qu'il faut retrancher avec les procédés ordinaires, soit qu'on veuille attaquer toute l'épaisseur de l'os, soit qu'on se borne à extraire seulement la portion superficielle altérée, comme dans le cas présent, il faut toujours se servir de scies mal commodes pour le maniement, de la gouge et du maillet, ce qui rend l'opération plus longue, plus difficile et surtout beaucoup plus douloureuse; tous inconvénients que fait éviter l'emploi de la scie à chaînons, qui dans beaucoup d'autres cas offre les mêmes avantages. C'est bien à tort, suivant M. Velpeau, que l'on en a négligé l'usage; lui-même, habitué à entendre dire qu'il fallait en avoir une certaine habitude pour la manœuvrer adroitement, s'en était peu servi; mais depuis deux ans environ, il a trouvé pour l'opération que nous venons de rapporter, M. Velpeau avance qu'avec la scie à chaînons, la pince triquoise dont nous avons déjà parlé, et au moyen d'une incision semi-elliptique qu'il fait au-dessous du menton d'un angle de la mâchoire à l'autre, il trouve très-facile d'opérer et d'extraire toutes les portions malades de l'os maxillaire inférieur, en quelque endroit qu'elles soient situées et quelque étendues qu'elles soient, sans laisser au visage aucune trace de difformité, à la seule condition que les parties charnues seront saines superficiellement. En effet, s'agit-il de l'altération d'une partie du bord supérieur de l'os? Sans aucune incision, des lèvres ni de quoi que ce soit, un ou plusieurs coups de triquoise emportent la maladie, comme une dent que l'on arrache. Nous avons cité un cas et rapporté une opération de ce genre au n° 98 ci-dessus, p. 513. L'os est-il attaqué dans son bord inférieur, ou dans toute son épaisseur, même par le plus volumineux ostéo-sarcome? Après l'incision que nous avons dite et la dissection de la peau du menton, le lambeau de chair étant relevé au-dessous de la bouche, la triquoise sépare la portion malade du bord attaqué, ou bien avec la scie à chaînons passée en dedans de la mâchoire, tout le corps de l'os est séparé et emporté, s'il le faut; après quoi, le lambeau étant

rabaisé, il ne reste, en effet, sur la figure aucune trace de cicatrice, puisqu'il n'y a pas eu à y faire une seule incision, et la difformité n'est que peu apparente au-dessous du menton, comme nous l'avons vu aussi dernièrement sur la femme opérée de cette manière pour un cancer de la face, et dont l'observation se trouve au présent n° de ce journal.

Ces détails, bien qu'étrangers à la pathologie et à la thérapeutique proprement dites, nous ont cependant paru assez intéressants, à cause de l'utilité que peut en retirer la pratique particulière, dans beaucoup de cas où les opérations seraient ainsi rendues plus simples et moins soucieuses. C'est dans ce but que nous en avons parlé à nos lecteurs. Nous souhaitons que d'autres essais confirment les avantages que nous leur faisons entrevoir.

(Gazette des Hôpitaux, n° 74.)

110. Rétrécissement urétral. Guérison au bout de deux mois. Persistance momentanée d'un écoulement. Considérations à ce sujet; par M. TANCHOU.

Le 17 avril dernier, est sorti de la Maison de santé et de médecine opératoire, un négociant de province traité par M. Tanchou pour un rétrécissement ayant mis plusieurs années à se manifester, et qui, dans ces derniers temps, était arrivé au point d'occasionner à plusieurs reprises des rétentions d'urine. Il y avait une bride valvulaire dans la portion de ce conduit comprise dans le gland, et deux rétrécissements situés à quatre et à cinq pouces, avec saillie et induration. Le traitement n'a rien présenté de remarquable, si ce n'est la rapidité avec laquelle M. Tanchou est arrivé dans la vessie avec la sonde-Mayor d'un assez gros calibre (trois lignes de diamètre). Depuis cinq ans, M. S. a toujours vu son linge mouillé: c'est pendant cette période de temps que les coarctations se sont formées.

Ce fait méritait d'être signalé sous le rapport de l'écoulement, qui a persisté et même augmenté longtemps après que le canal eût été rendu à son diamètre ordinaire. Cette blennorrhagie bâtarde, comme on le remarque ordinairement, diminuait à mesure que l'urètre était ramené vers son état normal: elle avait même complètement disparu, lorsqu'un jour le malade ayant gardé la sonde davantage que d'habitude, il éprouva de la douleur, et dès le lendemain l'écoulement se montra plus fort que jamais. Il existait encore quinze jours après, quand M. S., content d'ailleurs de la manière dont il urinait, voulut retourner dans son pays; il demande alors à M. Tanchou s'il peut communiquer cette maladie, la réponse de ce chirurgien est affirmative. Les idées dont il nous fait part à ce sujet, nous ayant paru dignes d'intérêt, nous allons les reproduire ici.

M. Tanchou pense que tout écoulement urétral, pour peu qu'il soit aigu, peut être communiqué; il compare cet état à la leucorrhée, qu'il a fréquemment occasion d'observer dans son établissement

consacré aux maladies particulières aux femmes, dont il est le médecin. Il prétend que ces deux écoulements sont absolument de même nature, et peuvent être facilement transmis avec la condition indiquée. Il ajoute qu'ils n'ont pas, en général, d'autre cause, et que leur degré d'acuité est en raison de celui qui en est la source.

Beaucoup de femmes, dit-il, transmettent des écoulements parce qu'elles sont atteintes de leucorrhée, mais ceux-là sont très-légers, et disparaissent souvent par la propreté, sans l'emploi d'aucun agent thérapeutique. De même une gonorrhée, si elle n'est pas tout à fait bénigne, limpide et indolente, est capable de produire une leucorrhée. Les blennorrhagies aiguës sont communiquées par une vaginite à l'état d'acuité, si fréquente et si facile chez un grand nombre de femmes. On ne doit donc pas toujours accuser d'inconduite celle qui donne la maladie dont il s'agit, à celui qui a cohabité avec elle.

M. Tanchou croit également que le pus d'un chancre, à moins qu'il soit en grande quantité, peut déterminer un écoulement sans qu'il devienne nécessaire de supposer l'existence d'une ulcération chancreuse dans l'urètre, ce qui est incontestable, ni sur le col de la matrice, organe où l'on en rencontre rarement. Il pense, en conséquence, que c'est là la cause des affections vénériennes qui succèdent à certaines gonorrhées. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que M. Tanchou ne croit pas qu'une blennorrhagie, lorsqu'elle vient d'une leucorrhée non accompagnée de chancre, et *vice versa*, puisse donner naissance à une syphilis constitutionnelle. Tous les écoulements muqueux, pour peu que la partie qui les sécrète soit irritée, peuvent donc être communiqués par les deux sexes. Leur degré, nous le répétons, dépend de celui de la source où ils ont été contractés, à moins d'une susceptibilité particulière aux différents individus.

Quant à la thérapeutique de l'écoulement de M. S., on sent qu'elle a dû être nulle, cette maladie devant se dissiper à mesure que le canal s'accoutumera au contact de la sonde, et qu'on éloignera l'introduction de celle-ci; ce qui est arrivé, le malade nous l'a écrit. Quant aux gonorrhées, dont on a lieu de suspecter la nature, il est prudent de soumettre les malades à un traitement antisiphilitique, comme on le faisait autrefois, sans quoi on s'expose à voir arriver des accidents consécutifs. M. Tanchou nous cite à cette occasion, entr'autres exemples, celui d'une dame qu'il traite en ce moment, laquelle n'a jamais eu, à ce qu'elle assure, qu'un écoulement regardé par le médecin qui l'a visitée dans le principe, comme le simple produit d'une vaginite. Cette malade est actuellement affectée d'ulcères dans le nez ainsi que dans la gorge, et le premier organe commence à s'affaïsser.

(Ibidem, n° 65.)

111. Rétrécissement organique de l'urètre très-rebelle; guérison au bout de deux mois et demi; par M. AMUSSAT.

Vers la fin de mars dernier, la maison de médecine opératoire reçut un jeune homme d'une trentaine d'années, pour y être soigné d'un rétrécissement contre lequel les chirurgiens les plus distingués avaient échoué. Les renseignements que nous fournit ce malade nous ayant paru assez dignes d'intérêt, nous allons les rapporter avec détail.

En 1829, il est atteint d'une blennorrhagie cordée qui persista avec intensité pendant deux ans, malgré tous les antiphlogistiques possibles et deux traitements mercuriels complets. Ce n'est qu'à l'aide de la cautérisation que l'on put en triompher. A dater de cette époque, le jet des urines commence à diminuer, et l'année d'ensuite il est pris de strangurie. On a recours alors aux sondes en gomme élastique, qui sont gardées à demeure pendant une dizaine de jours, et déterminent un abcès de la prostate qui, confondu d'abord avec une inflammation du col de la vessie, finit par s'ouvrir quelque temps après dans l'urètre, qui devient fistuleux et donne issue à de la matière purulente. Il s'établit alors une infiltration urinaire dans le tissu cellulaire du petit bassin, et de grands obstacles sont apportés à la défécation. Le toucher par le rectum ayant fait découvrir une énorme tumeur au niveau de la région prostatique, on fait au périnée une large incision qui comprend la fistule urétrale et met trois mois à se cicatriser. Pendant tout ce temps, du pus et de l'urine s'échappent par la plaie.

En 1857, nouvelle blennorrhagie contractée à la suite d'un coït impur. Quinze jours après, la prostate s'abcède une seconde fois avec d'atroces douleurs. L'affection est encore méconnue; la collection purulente dénude le rectum et fait irruption dans l'urètre, par lequel elle s'échappe mélangée au liquide urinaire. Les efforts pour uriner sont accompagnés de la sortie, à travers la fistule recto-urétrale, d'un véritable sperme, comme le démontre l'analyse chimique. Le malade est de nouveau soumis à la cautérisation, et un mois plus tard il se rend aux eaux des Pyrénées.

En dépit de tous ces moyens divers, l'écoulement persiste; la fistule dont nous avons parlé se rouvre de temps à autre, et livre toujours passage à de l'urine et à du sperme. Cette fois-ci on se décida à mettre en usage la dilatation forcée jointe à la cicatrisation, et on proclama la guérison complète; mais dix mois plus tard, nouveaux symptômes plus désolants. Le malade éprouve-t-il le besoin d'uriner, il est obligé de s'introduire préalablement une bougie conique qu'il porte continuellement avec lui; de même lorsqu'il s'abandonne au coït, il est contraint de se sonder auparavant; car sans cette précaution, il éprouve bien, il est vrai, le plaisir attaché à cet acte, mais il ignore où va le sperme.

A partir de ce moment, il éprouve moins de désirs vénériens, et entre difficilement en érection. Enfin la plupart des chirurgiens consultés se rattachent, en désespoir de cause, à l'idée d'un spasme de l'urètre, et dirigent leur thérapeutique dans ce

sens; mais tout devient inutile, et le malade, fatigué de la vie, arrive à Paris.

État actuel. Constitution nerveuse un peu détériorée, découragement complet, organes remplissant bien leurs fonctions. L'introduction du doigt dans l'anus apprend que la prostate est fondue; on n'en trouve pas la moindre trace. La bougie exploratrice rapporte l'empreinte de deux rétrécissements situés dans la partie bulbeuse du canal; on la voit se dévier à gauche fortement, ce qui indique qu'elle est arrêtée dans son trajet. Se fondant sur les connaissances acquises par le cathétérisme, et la nécessité où se trouve le malade de se sonder afin de pouvoir uriner, ce qu'il fait aussitôt que l'extrémité de la bougie conique a pénétré de quelques lignes dans le rétrécissement, M. Amussat diagnostique à l'instant un rétrécissement calleux accompagné de ce qu'il a appelé, dans ces derniers temps, anévrysme de l'urètre, c'est-à-dire dilatation siégeant derrière la portion rétrécie. Il commence le traitement par l'emploi des sondes en gomme qu'il laisse à demeure pendant quinze jours, et dont il gradue insensiblement le volume; il a recours ensuite aux sondes métalliques, dont il finit par introduire le n° 54. En même temps il met en usage la scarification à sept reprises différentes, et à quelques jours d'intervalle. Le malade voit bientôt avec plaisir qu'il peut uriner largement et sans avoir besoin de sonde; l'éjaculation a lieu comme avant son affection, et il quitte la maison de médecine opératoire, ayant repris toute sa gaieté habituelle.

Ce fait méritait d'être signalé à l'attention des praticiens pour plusieurs raisons:

1° Il est très-rare de voir un malade qui conserve une blennorrhagie cordée pendant deux ans malgré l'emploi des moyens les plus énergiques, et dont la prostate disparaisse en totalité à la suite d'abcès développés dans cette région.

2° Le sujet rendait du sperme par le rectum, éjaculait dans la vessie lorsqu'il ne s'était pas sondé avant le coït; enfin il était obligé d'employer le cathétérisme afin de pouvoir uriner. Ces divers symptômes décelèrent à M. Amussat l'existence de l'affection qu'il a appelée dans ces derniers temps anévrysme de l'urètre, et dont il a su triompher, dans cette circonstance comme dans plusieurs autres analogues, à l'aide de la dilatation graduée et de la scarification dirigée d'après ses principes.

3° Les praticiens distingués qui ont donné leurs soins à ce malade sans venir à bout de le guérir, ont fini par se rattacher à l'idée d'un spasme du canal. M. Amussat était persuadé d'avance qu'ils étaient dans l'erreur sur ce point, l'expérience lui ayant démontré que les spasmes n'empêchent pas d'arriver dans la vessie. Lorsque le cathétérisme ne peut pas avoir lieu, c'est à une cause mécanique, d'après M. Amussat, qu'est dû le phénomène. Nous nous sommes convaincu, dans cette occasion, de la vérité des doctrines de ce chirurgien, car il nous a fait sentir à plusieurs reprises le bourrelet fibreux, l'espèce de sphincter qu'il accrochait avec son scarificateur avant de l'inciser. Il n'est donc pas étonnant qu'une guérison complète ait été obtenue.

(Ibidem, n° 65.)