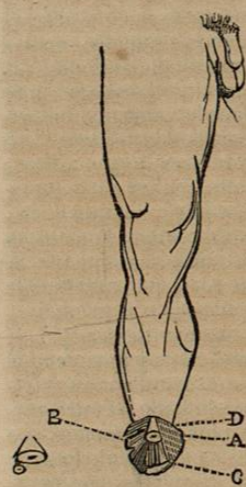


membrane des muscles, mais encore il unit ceux-ci entre eux, en s'enfonçant dans leurs différentes gaines. Remarquez en outre que dans ce point de la jambe ces gaines sont fort résistantes, que les organes qu'elles contiennent sont pour la plupart réduits à leurs tendons, et vous aurez l'explication de la fréquence des infiltrations sanguines et purulentes qui s'y rencontrent. Les premières s'y forment comme il suit: après cette amputation, c'est la règle aujourd'hui, on réunit toujours la plaie par première intention, ou du moins on cherche par un pansement convenable à obtenir cette réunion. Eh bien, si dans cet état du moignon, il se fait un suintement de sang à la surface interne de celui-ci, ce liquide trouvant, dans les bandelettes ou dans les points de suture, un obstacle insurmontable à son écoulement au-dehors, se portera du côté où la résistance est moindre, et il s'infiltrera dans les mailles du tissu cellulaire lâche dont j'ai indiqué l'existence et la position plus haut. Maintenant supposez que l'inflammation, dont la plaie d'amputation va devenir le siège, se propage dans le foyer de l'épanchement sanguin et vous aurez alors les fusées purulentes dont j'ai parlé. Ce n'est certainement pas là la seule cause, ni l'unique mécanisme des infiltrations de pus dans l'épaisseur des muscles du mollet, à la suite de l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles, mais c'est là certainement la cause la plus fréquente et le mécanisme le plus simple. Ai-je besoin maintenant de rapporter des observations pour établir la réalité de ce second accident; elles ne me manqueront pas. J'en trouve déjà deux qui ont été recueillies dès les premières tentatives d'amputation sus-malléolaire et que j'ai citées dans ma thèse de concours. L'une appartient à M. Ribéri, de Turin, et l'autre à M. Velpeau; depuis lors plusieurs autres m'ont été communiquées par différents chirurgiens, et tout récemment j'en ai eu une sous les yeux. Cet accident est donc, comme le précédent, assez fréquent, et c'est à la fois à une disposition anatomique et à un mode de pansement vicieux qu'il faut le rapporter. La première de ces deux causes ne peut être que difficilement attaquée par le chirurgien, cependant il n'est pas déraisonnable de penser qu'un bandage roulé, médiocrement serré, appliqué sur toute la longueur de la jambe, en comprimant les parties molles de ce membre et en les rapprochant les unes des autres, s'opposerait à cette infiltration du sang et consécutivement à celle du pus. La seconde de ces causes est plus facile à combattre; il suffit de tenir pendant quelques jours les lèvres de la plaie d'amputation légèrement écartées l'une de l'autre, en mettant entre elles une simple bandelette de linge fin, enduite de cérat, et de donner en même temps une position déclive au membre pour prévenir l'infiltration du sang et son séjour dans le fond du moignon.

En définitive, deux accidents graves se sont déjà assez souvent développés à la suite de l'amputation sus-malléolaire de la jambe pour attirer sur eux l'attention des praticiens, et ils se montreront sans aucun doute encore, car leur développement est lié à l'existence de certaines dispositions anatomiques, et à l'application de certaines méthodes opératoires qu'elles ne peuvent recevoir sans danger.

Comme il est évident qu'on ne peut changer la conformation de la jambe, il faut donc modifier les procédés ordinaires et les faire plier aux exigences de cette conformation; c'est là ce que j'ai tenté de faire en pratiquant, comme il suit, le manuel de la méthode circulaire.

Je suppose qu'on opère sur la jambe gauche; le malade est couché sur le bord d'un lit ou d'une table couverte d'un matelas, son pied est soutenu par un aide, l'artère fémorale est comprimée par un autre avec les doigts ou avec tout autre moyen compresseur appliqué soit dans l'aîne, soit au-dessus de l'anneau du 5^e adducteur; un troisième embrasse de ses deux mains le bas de la jambe, fixe solidement le membre et se tient prêt à relever les chairs dès qu'elles seront coupées. Un quatrième est à l'appareil et donne à l'opérateur les instruments dont il a besoin. Celui-ci se place en dedans du membre malade (position qui rend certainement plus facile la section simultanée des deux os); de sa main droite, armée d'un couteau interosseux, étroit et de moyenne grandeur, il fait, à un pouce et demi environ au-dessous du lieu où il se propose de couper les os, une incision circulaire des téguments de la jambe, qu'il achève en un ou en deux coups de couteau, et qui ne doit pas dépasser en profondeur le plan de l'aponévrose d'enveloppe du membre. Cela fait, il pratique de suite avec la pointe de son instrument une seconde incision qu'il abaisse perpendiculairement sur la première, elle doit être longue d'un pouce et demi et longer la face interne du tibia près de la crête de cet os. Saisissant alors avec les deux premiers doigts de la main gauche, l'un après l'autre, les deux angles de peau (A et B) qui résultent de la réunion de ces incisions, il coupe le tissu cellulaire qui fixe cette membrane à l'aponévrose et au périoste; et forme avec eux, deux lambeaux qu'il renverse sur leur base; il a grand



soin ici de conserver à ces lambeaux le plus d'épaisseur possible et de ne pas les prolonger au delà du tiers antérieur de la jambe, se bornant, en arrière et sur les côtés à couper les brides celluluses qui unissent la peau aux parties sous-jacentes. De cette manière il obtient une sorte de manchette fendue en avant, et dont la partie antérieure est seule renversée sur les deux côtés du tibia, ce qui donne à la partie de la jambe ainsi disséquée une forme ovalaire que

le couteau va suivre dans la première section des muscles. Pour exécuter cette partie de l'opération, le chirurgien porte le tranchant de l'instrument sur le bord externe du tibia, et, le faisant agir largement, il le ramène à son bord interne, en suivant exacte-

ment la direction oblique de la manchette cutanée. Cette section ayant spécialement intéressé dans toute son épaisseur la couche superficielle des muscles de la région postérieure de la jambe (C), l'aide tire en haut cette couche musculaire avec la peau qui la recouvre, et quand, par l'effet de cette traction, ces parties ont atteint le niveau du point où les os doivent être sciés, l'opérateur pratique une seconde section à laquelle il donne une direction tout à fait transversale à l'axe de la jambe, et qui porte uniquement cette fois sur la couche profonde des muscles du membre; après quoi il pénètre, comme à l'ordinaire, dans l'espace interosseux pour couper le périoste des os. Enfin il introduit dans cet espace le chef médian d'une compresse dite rétracteur, et finit en sciant les deux os à la fois et sur un même plan (D).

Lorsque l'écoulement du sang est arrêté par l'un des moyens hémostatiques usités de nos jours, il ramène les chairs au-devant des os, et il les soutient à l'aide d'un bandage circulaire médiocrement serré qu'il applique sur tout le membre; il réunit à l'aide d'un point de suture les deux lèvres de l'incision verticale qu'il a pratiquée en avant du tibia, et la plaie ramenée ainsi aux conditions d'une plaie d'amputation circulaire simple, est maintenue légèrement béante par l'introduction, jusque dans son fond, d'une bandelette de linge fin; le pansement est terminé par l'application d'une ou de deux bandelettes agglutinatives qui rapprochent mollement les bords de la solution de continuité dans la direction du diamètre antéro-postérieur de la jambe, et qu'on recouvre d'un linge troué enduit de cérat, de quelques plumasseaux de charpie, d'une compresse et d'une capeline. Enfin, le malade reporté dans son lit tient son membre couché sur le côté externe et dans une position un peu déclive.

Telle est la modification que me paraît devoir subir la méthode circulaire quand on l'applique à l'amputation sus-malléolaire de la jambe. Sans doute que par elle on n'obtient pas un cône creux, régulier, également pourvu de muscles dans tous ses points, et dont le fond répond à l'os; mais aucun procédé ne donne ce résultat à la jambe. L'inégale répartition des muscles autour des deux os et l'épaisseur considérable du plan que ces derniers constituent après leur section, s'y opposent toujours. A défaut de cet avantage, elle en a d'autres, et si elle ne peut conserver des chairs musculaires là où il n'y en a pas, elle conserve toutes celles qui existent, et surtout elle les conserve dans leurs rapports de superposition en même temps qu'elle leur donne une certaine obliquité de surface, double disposition qui prévient la gangrène du tégument et qui favorise l'écoulement du pus, la rapidité de la cicatrisation et la bonne conformation du moignon.

Je pourrais, en terminant, citer à l'appui de ces paroles, quelques cas où j'ai déjà employé avec succès cette modification que je crois nouvelle; mais ces cas ne me paraissent pas encore assez nombreux ni assez probants pour rendre incontestables les avantages que je lui reconnais ici. J'attendrai donc que le temps me fournisse d'autres occasions de la mettre en usage. Je serais heureux si cette note pouvait engager mes confrères à en faire l'applica-

tion, plus heureux encore s'ils voulaient bien m'en communiquer les résultats. Je publierais ceux-ci, quels qu'ils soient, avec la bonne foi qui doit être la religion de tout homme qui écrit sur un sujet de médecine ou de chirurgie pratique.

(Archives gén. de Médecine, juillet.)

182. Nouvelle méthode pour la cure radicale de la hernie inguinale; par le professeur VELPEAU.

La hernie intestinale et, en particulier, la plus commune, la hernie inguinale constituant une maladie toujours désagréable et pouvant devenir dangereuse malgré l'emploi des bandages qui sont presque toujours mal faits et insuffisants, on a depuis longtemps cherché des moyens propres à la guérir radicalement. Les tentatives qu'on a faites, les moyens qu'on a proposés pour arriver à ce résultat sont en très-grand nombre. Cela doit déjà faire craindre qu'aucun de ces moyens ne soit suffisant; et, en effet, quelques-uns d'entre eux peuvent réussir dans certains cas, mais aucun d'eux n'est d'un emploi sûr et général. Aussi cherche-t-on, encore aujourd'hui, des remèdes pour la cure radicale de la hernie.

Ces moyens, en très-grand nombre, ne peuvent être exposés en particulier, ce serait une chose inutile et oiseuse, nous devons nous contenter d'en parler d'une manière générale. Ils se rapportent naturellement à plusieurs classes ou séries.

1^{re} SÉRIE. — Dans cette première série nous mettons les moyens internes ou externes qu'on a vantés comme devant guérir sans opération. Parmi les remèdes internes, ceux qui ont eu quelque réputation ne l'ont eue que parce qu'ils étaient secrets; mais dès qu'on en a connu la composition, les vertus qu'ils possédaient ont subitement disparu. Les astringents à l'intérieur et surtout en topiques longtemps prolongés et combinés à la compression et au repos, ont guéri dans quelques cas rares. Ces moyens ont d'ailleurs été surtout employés chez de jeunes sujets, et l'on sait que chez eux on voit quelquefois des hernies guérir sans aucun traitement. On a encore proposé et employé pour guérir la hernie la compression permanente avec la position horizontale longtemps prolongée. La compression s'exerçant fortement et pendant longtemps sur le sac herniaire peut en déterminer l'inflammation, et par suite l'adhérence de ses parois. Les bandages ordinaires sont très-mauvais pour cet usage. Ils ne compriment que l'orifice externe du canal inguinal; or, c'est l'orifice interne qu'il est important de boucher, si l'on veut guérir la hernie; c'est là sa porte d'entrée, et si on la laisse ouverte rien ne s'opposera au passage du viscère dans le canal inguinal. Il est, néanmoins, des bandages très-propres à remplir cette indication, ce sont les bandages de M. Fournier. Dans ceux-ci la pelote est triangulaire; sa base est en haut et porte sur l'orifice interne du canal in-

guinal, et sa pointe se trouve en bas. M. Fournier ajoute à cela quelques poudres auxquelles il ajoute une confiance que nous ne partageons pas, et par l'emploi de ce bandage il a pu guérir un certain nombre de hernies.

D'autres ont cru que la position horizontale longtemps prolongée suffisait pour guérir les hernies. Mais tous y ont ajouté la compression. Ce moyen ne réussit que très-rarement, il est d'ailleurs très-long et peu de personnes voudraient s'astreindre à garder pendant 5 ou 6 mois la position horizontale, lorsque d'ailleurs elles jouissent d'une bonne santé.

2^{me} SÉRIE. — A une autre série appartiennent les opérations par lesquelles on a voulu guérir radicalement la hernie; elles se rapportent à plusieurs chefs, savoir: 1^o la cautérisation; 2^o la ligature; 3^o l'incision; 4^o l'excision; 5^o les sétons, épingles, fils, etc.; 6^o les bouchons; 7^o les injections.

La cautérisation, que les anciens ont employée de toutes les façons, est un moyen dangereux et infidèle qui est aujourd'hui complètement rejeté.

La ligature est un des moyens que les anciens ont le plus employé et d'une foule de diverses manières. Elle est aujourd'hui tombée dans l'oubli et à juste titre.

L'incision a été fréquemment employée jusqu'à J.-L. Petit. On ouvrait le sac et on opérait comme pour la hernie étranglée. Quelques malades guérissaient comme cela a lieu, dans certains cas, à la suite de cette opération. Depuis que J.-L. Petit a rapporté des observations où cette opération a été suivie de la mort du malade, et qu'il en a fait sentir tout le danger, on l'a complètement abandonnée.

L'excision du sac, que quelques-uns ont préférée à la simple incision, est une opération encore plus délicate et plus dangereuse que cette dernière. Nous ne faisons que mentionner ici la castration, opération absurde et qui est passé dans le domaine des charlatans.

De nos jours on a eu recours à une nouvelle méthode. Par elle on cherche à mettre un bouchon dans le canal inguinal, et à empêcher ainsi la sortie de la hernie. Les uns ont fait ce bouchon avec une portion d'épiploon, d'autres l'ont voulu faire avec le testicule, d'autres avec le sac lui-même, d'autres avec un lambeau de peau, d'autres ont voulu boucher le canal avec de la peau invaginée dans son intérieur.

La méthode des bouchons est efficace dans certains cas; lorsque l'on peut faire un bouchon avec l'épiploon, il peut adhérer avec le sac enflammé et amener la guérison. Mais on n'a pas toujours de l'épiploon dans la hernie, d'ailleurs cela ne réussit pas toujours; l'adhérence peut ne pas s'établir ou être incomplète. D'ailleurs, lorsque cette méthode réussit on a une bride formée par l'épiploon qui de la hernie va aux parties supérieures de l'abdomen se fixer à des viscères qu'elle tiraille. Cette bride cause des coliques fréquentes; elle peut même déterminer des étranglements internes.

La méthode dans laquelle on bouche le canal avec le testicule doit être rejetée. Elle est douloureuse et très-incertaine, car le testicule redescend ordinairement.

Quant à boucher le canal avec le sac herniaire on ne peut s'en servir que dans le cas de hernie étranglée, sinon, on doit rejeter ce moyen à cause de la difficulté et du danger de l'opération.

M. Jackson, en Amérique, a publié deux cas très-peu concluants, dans lesquels le bouchon aurait été fait avec un lambeau de peau taillée dans l'aine et introduit dans le sac ouvert. Cela est difficile, dangereux et incertain.

M. Gerdy a imaginé une nouvelle manière de boucher le canal de la hernie. Il repousse avec le doigt un repli de peau dans le canal inguinal. Ce repli forme comme un doigt de gant et double en dedans le canal inguinal. M. Gerdy fixe le sommet de ce repli à la partie supérieure du trajet herniaire à l'aide d'une anse de fil dont les bouts ressortent au dehors en traversant les parois abdominales. *A priori*, ce procédé semblerait devoir être couronné de succès; le bouchon semblerait devoir s'opposer à la sortie des viscères. Mais l'expérience a fait voir qu'il redescendait, que la peau regagnait les parties occupées primitivement. Si quelques malades ont été guéris par ce moyen c'est parce que la présence des fils a occasionné une inflammation, qui, dans quelques cas, s'est propagée jusqu'au sac et à son collet, et a déterminé l'adhérence de ses parois. Quoique aidée de la compression, l'inflammation adhésive n'a pu être que très-imparfaite et de peu d'étendue. C'est pour cela que la hernie a reparu chez quelques malades opérés par M. Gerdy et qui avaient d'abord paru guéris. On a à reprocher à cette méthode, en outre de son incertitude, d'avoir été suivie d'accidents graves et même de la mort d'un malade.

M. Bonnet, de Lyon, a pensé guérir radicalement la hernie, en traversant le sac avec des épingles vers la racine du scrotum après avoir mis de côté le cordon testiculaire, déterminant ainsi l'oblitération du sac. On l'oblitére, il est vrai; mais seulement dans sa portion placée en dessous des épingles. L'anneau et le canal inguinal qui restent ouverts permettent toujours aux viscères de s'échapper de l'abdomen, et la hernie existe toujours.

M. Mayor, au lieu d'épingles emploie des fils qu'il passe à travers le sac. C'est le même résultat. Dans ces deux derniers procédés on ajoute la compression aux moyens que nous avons indiqués.

M. Malgaigne a imaginé, pour la cure radicale de la hernie, un procédé plus rationnel et mieux imaginé que les précédents. Il veut déterminer une inflammation qui fasse adhérer le canal herniaire jusqu'à son orifice abdominal. Pour cela il enfonce des aiguilles dans le canal inguinal lui-même. A cela il ajoute la compression. On voit que M. Malgaigne est parti d'une idée bien imaginée; néanmoins, il est douteux qu'avec quelques épingles ou puisse oblitérer le canal inguinal. On n'a pas, d'ailleurs, publié d'observations de malades traités d'après ce procédé.

Ayant éprouvé que l'injection iodée, que j'emploie dans l'hydrocèle et dans divers kystes séreux produisait une inflammation limitée, adhésive et jamais suppurative, je fus conduit à l'employer pour déterminer l'adhésion des parois du canal herniaire. La seule chose qui m'arrêtait c'était la difficulté d'arriver dans le sac. Cette difficulté, qui subsiste

encore, m'a empêché de faire plus de deux ou trois essais qui ne m'ont pas satisfait. Pour empêcher l'injection d'aller jusque dans le ventre, je fais comprimer l'orifice inguinal interne pendant l'opération. Dans les cas que j'ai opérés, je ne suis pas sûr d'être arrivé dans le sac lui-même. Un des malades, mort d'une maladie de cœur, nous a laissé constater que le sac était tout à fait libre d'adhérences.

Parmi les méthodes employées anciennement pour guérir la hernie, il en est une, celle des scarifications, qui m'avait semblé susceptible de produire de bons résultats avec quelques modifications pour en diminuer le danger. Elle consistait à découvrir le sac et à y faire des scarifications.

Cette méthode avait été universellement rejetée comme dangereuse et inutile. Dangereuse, je l'accorde; mais inutile, je ne puis l'admettre. Quand on a scarifié le péritoine, il se produit une sécrétion de lymphes plastique qui déterminera l'adhérence des parois du canal. Restait le danger terrible d'une pareille opération! Depuis que M. J. Guérin a fait voir qu'on pouvait faire dans nos tissus des plaies profondes sans qu'il s'ensuivît aucun accident, sans qu'il y eût jamais d'inflammation suppurative et sans autre chose qu'une sécrétion de lymphes, pourvu seulement que la plaie ne communiquât pas avec l'extérieur; depuis qu'il s'est efforcé de généraliser l'emploi des incisions sous-cutanées, j'ai songé à les appliquer à la cure de la hernie. J'ai pu, dès lors, songer sans crainte à employer les scarifications du sac herniaire. Cette idée, je l'ai mise en exécution devant vous, et voici la manière dont je m'y prends: chez les personnes affectées de hernie, le canal inguinal se trouve très-large, c'est pourquoi on peut facilement reconnaître avec les doigts l'anneau du grand oblique formant son orifice externe. On y enfonce profondément le doigt indicateur, et avec son aide on écarte les vaisseaux et le cordon testiculaire. Alors on remplace le doigt par une spatule qui sert à maintenir les vaisseaux et le cordon. Cet instrument, qu'on fait basculer, sert en outre à dilater le canal inguinal. J'en propose de remplacer la spatule par des pièces que je ferai faire et qui dilateront mieux le canal tout en maintenant le cordon testiculaire. Cela fait, j'enfonce dans le canal une petite lance que je glisse sous la peau et que je tâche de faire pénétrer jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal. Je n'ai vu aucun danger à pénétrer jusques dans la fosse iliaque. Je n'ai pas craint de blesser les intestins qui fuient sous l'instrument, et qui, vu la position élevée du bassin du malade, sont éloignés de son atteinte. J'ai eu pour but de pénétrer dans le péritoine afin de fermer le canal herniaire dès son origine. Étant donc parvenu assez profondément, je fais basculer l'instrument et je laboure en tous sens la paroi interne du canal péritonéal à son orifice interne. C'est de cette manière que j'ai opéré devant vous. Il en est résulté une petite plaie qui a à peine une ligne d'étendue, qui n'a donné que deux gouttes de sang et qui sera complètement cicatrisée au bout de quelques heures. Cela n'a pas occasionné la moindre souffrance au malade, il n'en résultera pas le moindre accident. Quant à la portion du canal péritonéal qui a été scarifiée, elle va fournir une sécrétion plastique qui déterminera

son adhérence et son oblitération. Pour empêcher ces adhérences de se laisser rompre par l'effort des viscères et pour leur donner le temps de se consolider au point de pouvoir résister à cet effort, enfin, pour assurer une guérison durable, nous y ajouterons la compression à l'aide du bandage de M. Fournier.

(Le lendemain de l'opération, nous avons vu le malade, qui n'a pas éprouvé la moindre souffrance, qui n'a pas eu le moindre accident. La petite plaie était complètement cicatrisée. Il y a maintenant plus de huit jours que l'opération est faite, et l'individu qui l'a subie est aussi bien portant qu'auparavant.)

(L'Esculape, n° 41.)

183. *Considérations pratiques sur les abcès du creux de l'aisselle*; par M. VELPEAU.

Il a été reçu à la Charité, dans les premiers jours de mars, et couché au n° 30, un homme d'une trentaine d'années, atteint d'un abcès à l'aisselle. Cet homme avait eu, quelque temps auparavant, des douleurs de tête pour lesquelles on lui avait placé un vésicatoire sur la nuque. Ce vésicatoire paraît avoir été le point de départ de l'irritation qui s'est rendue à l'aisselle et y a déterminé la formation d'un dépôt. Lors de son entrée à l'hôpital, il accusait des douleurs dans cette région. L'engorgement était profond, la peau encore intacte et mobile; cependant on reconnaissait, en pressant d'avant en arrière et en maintenant avec une main la partie postérieure de l'aisselle, un empatement et une bosselle qui annonçaient la formation d'un abcès dans ce point. Les douleurs duraient, d'ailleurs, depuis huit à dix jours, et il était bien évident que depuis cette époque du pus avait dû se former. On aurait donc pu enfoncer un bistouri pour lui donner issue; mais M. Velpeau préféra attendre encore quelque temps, pour qu'il n'existât plus de doute à cet égard et que les élèves pussent l'examiner à loisir. Le 14 mars, cependant, cette opération fut pratiquée, et il s'écoula par la plaie une quantité abondante de pus de bonne qualité.

Ce cas a fourni à M. Velpeau l'occasion d'entrer dans quelques considérations pratiques sur ce genre d'abcès. L'aisselle, a dit ce professeur, est comme l'aine, le jarret et toutes les parties qui avoisinent les articulations, une région complexe, formée de muscles nombreux, de vaisseaux, de nerfs, de ganglions lymphatiques et d'une quantité énorme de tissu cellulaire graisseux. C'est un point qu'il ne faut jamais oublier quand on a à traiter des abcès dans cette région. Les dispositions anatomiques qui sont connues de tous les praticiens permettent aux abcès qui se forment dans les diverses régions du cou, dans le rocher, les amygdales, le tissu cellulaire qui enveloppe ces parties, etc., de venir aboutir dans le creux de l'aisselle, comme nous avons vu ceux du jarret correspondre avec les abcès de la poitrine et du ventre. La région postérieure du cou offre la même

communication par l'espace qui existe entre le trapèze, l'angulaire et les muscles du second plan de cette partie. D'un autre côté, la suppuration fournie par une carnie du sternum, ou par un abcès du médiastin, peut suivre le trajet des nerfs et des vaisseaux, et venir s'accumuler au même point; enfin, le pus formé sur les parois de la poitrine peut remonter entre le grand dentelé et le grand pectoral, et venir ainsi d'un point assez éloigné se réunir dans l'aisselle. Mais ce n'est pas de ce genre d'abcès que nous devons nous occuper; il nous suffira d'avoir signalé la possibilité d'une collection purulente dans cette région, venant de divers points de la poitrine et du cou.

Les abcès de l'aisselle peuvent s'établir immédiatement sous la peau, et comme ils se développent alors dans un tissu cellulo-graisseux dont les filaments sont longs et extensibles, ces foyers ont de la tendance à rester longtemps circonscrits; ils sont peu développés et ressemblent assez à des furoncles; aussi M. Velpeau leur a-t-il donné le nom d'*abcès furonculaires*. Ces abcès sont ordinairement multiples; ils surgissent, en général, à l'occasion d'un frottement du membre, d'une irritation de la peau déterminée soit par le contact des corps extérieurs, soit par la liqueur des follicules sébacées de l'aisselle, qui prend souvent un degré d'acreté considérable. C'est, en un mot, le résultat d'une irritation locale de la peau.

La marche de ces abcès furonculaires est très-simple; c'est à peu près celle des clous. Jamais ils n'acquièrent un grand volume; ils s'ouvrent en général spontanément et n'offrent aucune gravité. Cependant ils peuvent persister pendant un long temps, parce que l'irritation de la peau qu'ils produisent est suffisante pour en engendrer de nouveaux; qu'ils se multiplient ainsi indéfiniment, et finissent par devenir un accident fort pénible. D'un autre côté, lorsqu'on les ouvre, le foyer de suppuration ne se tarit pas toujours très-vite, et quelquefois la plaie faite aux téguments s'accompagne d'eczéma ou d'érysipèle.

On ne peut conseiller autre chose contre ces sortes d'abcès que des soins de propreté, des cataplasmes et l'ouverture avec la lancette, quand on le juge nécessaire.

Le tissu cellulaire lamelleux en contact avec l'aponévrose est aussi le siège d'*abcès sous-cutanés phlegmoneux*. Les premiers, beaucoup plus voisins de la peau, avaient une tendance toute naturelle à s'abcéder à l'extérieur. Ceux-ci peuvent suivre une même marche; mais ils franchissent aussi quelquefois l'aponévrose et deviennent abcès profonds de l'aisselle. Ils naissent aussi souvent par irritation de la peau; mais ils peuvent se développer spontanément. Les malades accusent une douleur assez vive; il y a de la chaleur, de la réaction, et la suppuration qui se forme s'étend de manière à envahir le creux de l'aisselle. Il y a presque des chances égales à ce que cet abcès étant abandonné à lui-même, la suppuration se porte à l'extérieur ou pénètre plus profondément.

Ces abcès doivent être traités avec une certaine énergie. Quand les douleurs se manifestent, on doit appliquer vingt, trente, quarante sangsues, suivant la force du sujet; la saignée générale peut être utile;

puis on emploie les pommades résolutes, les frictions avec l'onguent mercuriel à haute dose. Tels sont les moyens auxquels on doit se hâter de recourir pour faire avorter l'inflammation; mais quand la suppuration est établie, il faut bien recourir à d'autres expédients. Il faut alors faire une large ouverture, et cette opération doit être pratiquée plus tôt que plus tard, car il n'y aurait point d'inconvénient à ouvrir l'abcès avant que la collection purulente fût bien formée, tandis qu'il y en aurait beaucoup à laisser le pus fuser dans la profondeur de l'aisselle.

Les véritables abcès du creux de l'aisselle peuvent être rangés en deux catégories: les uns sont des *abcès phlegmoneux* qui prennent leur point de départ dans le tissu cellulaire qui garnit cette région; les autres débutent par la phlegmasie des ganglions de l'aisselle, ce sont des *abcès ganglionnaires* ou par adénite. Les abcès purement phlegmoneux sont rares; ils ne surviennent guère qu'à la suite d'une blessure qui a pénétré dans cette région, tandis que les abcès ganglionnaires sont très-communs; ce sont eux qui résultent des lésions de la main et du bras, qui succèdent si souvent aux piqûres des doigts et surtout aux piqûres anatomiques, aux eczéma, aux lichens, aux vésicatoires, aux irritations quelconques du membre thoracique.

La marche de ces deux abcès est différente: ceux dont le siège primitif est dans le tissu cellulaire débutent par une vive inflammation qui s'annonce par de rapides progrès; il n'en est pas ainsi de l'autre variété. Tandis que l'abcès ganglionnaire, met six, huit, dix jours à arriver à suppuration quatre ou cinq jours ont ordinairement suffi pour conduire à la dernière période l'abcès phlegmoneux, et on conçoit qu'il en doit être ainsi, car l'abcès de l'aisselle n'est aigu que lorsque le tissu cellulaire devient le siège de l'inflammation, car dans l'adénite un certain temps est nécessaire pour que la phlegmasie ait gagné ce tissu.

Les phlegmons profonds du creux de l'aisselle ne se terminent que bien rarement par résolution, et, à moins de pouvoir les combattre dès leur début, il ne faut pas espérer cette heureuse terminaison; il faudrait d'ailleurs, pour s'opposer à leur développement, si on pouvait les reconnaître dès le début, un traitement antiphlogistique très-énergique. Ainsi, lorsqu'il existe une piqûre, une blessure, une irritation quelconque du membre thoracique, et que l'on veut prévenir le développement d'un abcès dont on a reconnu l'origine, on doit saigner largement, appliquer un très-grand nombre de sangsues dans le creux de l'aisselle, et donner en même temps des purgatifs énergiques: le tartre stibié à haute dose ainsi que le calomel; c'est en un mot à la méthode antiphlogistique la plus puissante qu'il faut recourir; on fait ensuite des frictions mercurielles en portant l'onguent, pour ainsi dire, à pleines mains, plusieurs fois par jour, dans l'aisselle; enfin, un vaste vésicatoire volant peut encore, à une période plus avancée, être d'un grand secours.

Ces moyens énergiques, employés dès le début, arrêtent quelquefois la formation de l'abcès dans l'aisselle; mais si déjà plusieurs jours se sont écoulés depuis l'invasion des douleurs, il n'y faut pas

songer, et on doit se borner à en favoriser l'établissement pour donner issue à la collection purulente.

Il n'est pas très-aisé, quand l'abcès est formé, de reconnaître la fluctuation avant que la collection purulente ait acquis une étendue considérable. En effet, pour que la présence du pus soit sensible sous les doigts qui le pressent, il faut que ce liquide repose sur un plan solide et résistant. Or, l'aisselle est une cavité qui n'offre d'aucun côté des parois assez dures pour résister à la pression; ce sont des muscles, des aponévroses, et cette circonstance fait que souvent une assez grande quantité de pus s'est épanchée avant qu'on en ait constaté la présence. M. Velpeau s'est attaché à trouver les moyens de rendre ce diagnostic moins difficile. Pour diriger convenablement ses investigations à cet effet, il faut savoir que les abcès de l'aisselle sont plutôt portés en dedans qu'en dehors de cette cavité; ils sont en quelque sorte plaqués le long du thorax, en sorte qu'on peut, le plus souvent, glisser les doigts le long du bras, de manière qu'en repoussant l'abcès le long des parois de la poitrine, on a un plancher résistant qui permet de reconnaître la fluctuation.

Quand on ne peut parvenir à introduire ainsi les doigts le long du bras, il faut, avec une des mains, chercher en arrière et soutenir le bord postérieur de l'aisselle et le refouler un peu en avant, puis, quand on a ainsi déprimé les tissus, avec l'autre main on cherche à les refouler de haut en bas et d'arrière en avant; l'engorgement se trouve ainsi emprisonné entre les deux mains, et, avec les deux pouces, on peut appuyer sur la bosselure que l'on a formée, et reconnaître ainsi la fluctuation.

M. Velpeau a vu, il y a deux ou trois ans, un malade qui portait un abcès dans l'aisselle depuis une quinzaine de jours. On hésitait à en faire l'ouverture parce que la fluctuation ne paraissait pas bien manifeste. Ce mode d'investigation démontra évidemment la présence du pus, et l'on se décida immédiatement à lui donner une issue.

Le seul remède à opposer aux abcès de l'aisselle, lorsque la fluctuation a été constatée, est de les ouvrir. Il faut être bien convaincu qu'on ne peut les ouvrir trop tôt, parce que si l'on attend trop tard le pus fuse et s'échappe par toutes les voies que nous avons indiquées au commencement de cet article; il peut remonter vers le cou, retomber dans la poitrine, pénétrer dans la vaste caverne qui se trouve entre le grand dentelé et le rhomboïde, descendre sur les parois du thorax, etc. Il faut donc inciser les parois du foyer le plus promptement possible. Malheureusement les chirurgiens hésitent souvent et montrent de la timidité à cause des parties importantes qui se trouvent dans l'aisselle et qu'ils craignent de léser. Or, pour ouvrir un abcès de l'aisselle sans danger pour le malade, il suffit de faire écarter le bras du tronc, et de diriger l'incision horizontalement comme si on voulait pénétrer dans la poitrine. On est certain, de cette manière, de ne pas léser les vaisseaux et les plexus nerveux qui suivent le bras. Les chirurgiens n'ont donc aucun motif pour retarder cette ouverture, et ils se hâteront d'autant plus que bien des exemples ont déjà prouvé que cette incision fût-elle faite avant la formation complète de la collection purulente, l'opération serait encore

plutôt utile que nuisible, car, dans certains cas, elle a déterminé une prompte résolution qu'on n'aurait pas osé espérer. Ainsi, d'un côté, il n'y a aucun danger à ouvrir de bonne heure ces abcès; de l'autre, les accidents les plus graves peuvent être le résultat de la temporisation; les praticiens n'auront donc pas à hésiter sur le parti à prendre.

Quant à la forme à donner à cette ouverture, M. Velpeau pense qu'une simple ponction suffit lorsque le foyer est peu étendu et que l'incision est faite en quelque sorte à titre d'abortif ou de résolutif; mais quand le foyer est considérable, c'est par une très-large incision qu'il faut y pénétrer. Les larges ouvertures ne retardent jamais la guérison des abcès; mais quand le foyer n'est pas suffisamment découvert, on s'expose à des complications qui augmentent encore la gravité de cette maladie.

En résumé, le traitement des abcès de la cavité de l'aisselle se réduit à ceci: si la résolution est encore possible, un traitement antiphlogistique très-actif, des saignées, des sangsues nombreuses, des purgatifs énergiques, l'émétique à haute dose, les frictions mercurielles sur l'engorgement, et enfin un large vésicatoire volant qui offre l'avantage de hâter la formation de la collection purulente lorsqu'il ne peut la prévenir. L'abcès une fois établi, on constate l'existence de la suppuration par les deux moyens que nous avons indiqués, et l'on fait une simple ponction si l'abcès est très-peu considérable, ou une large ouverture si le foyer a plus d'étendue, l'incision étant dirigée presque perpendiculairement aux parois de la poitrine.

Ce n'est pas seulement dans le creux de l'aisselle qu'il faut étudier les abcès de cette région. Ceux que l'on observe dans l'épaisseur des parois de l'aisselle, de l'épaule, de la poitrine, méritent aussi des considérations particulières. Ainsi, nous avons dit que le pus pouvait s'accumuler dans le creux de l'aisselle et provenir de la carie d'un os voisin ou de l'intérieur de la poitrine; il peut fuser dans ce point par la partie supérieure, en suivant le trajet des vaisseaux et des nerfs, ou traverser les parois de la poitrine et tomber directement dans l'aisselle. Il est important d'établir ces distinctions, car, quand on s'est assuré qu'il vient par la partie inférieure du cou, on sait que la plèvre n'est pas perforée, et que l'abcès doit avoir son siège sur un autre point, dans le médiastin antérieur, par exemple. Le diagnostic ne sera donc pas aussi défavorable, et il faudra ouvrir l'abcès de bonne heure pour donner issue à la matière purulente. Quand, au contraire, l'abcès s'est formé directement à travers les parois de la poitrine, le cas est beaucoup plus grave; c'est une sorte d'emphyème que l'on aura à pratiquer, l'air pénétrera dans le foyer, et il en résultera une énorme cavité purulente avec tous les accidents qui en sont inséparables. Il faut dans ce cas retarder l'ouverture le plus possible et porter un pronostic des plus fâcheux. Il est à peine utile d'ajouter que si le malade est phthisique, il doit nécessairement succomber; que s'il existe une carie du sternum ou des côtes, il en résultera une fistule très-difficile à guérir, et que la maladie sera fort grave, sinon mortelle; si le pus était fourni par une carie de l'apophyse mastoïde ou des os du crâne, le pronostic serait un peu moins

fâcheux que s'il existait une carie des côtes; il s'établirait un trajet sinueux dont l'origine recouverte par un grand nombre de muscles serait placée en un point assez éloigné. L'ouverture en serait donc moins dangereuse, et l'on devrait porter un pronostic plus favorable que si le pus arrivait directement de la poitrine. Dans ce cas encore, il faut ouvrir de bonne heure pour éviter que le pus ne stagne dans le foyer, et ne fuser dans les parties voisines, en produisant des complications fâcheuses.

Il n'est pas très-rare de rencontrer dans le creux de l'aisselle du pus provenant d'une maladie de l'articulation. La véritable nature de cette affection peut être méconnue: le malade souffre d'abord dans l'épaule, puis on observe dans l'aisselle de l'empatement et enfin de la fluctuation. On croit que le pus s'est formé dans l'endroit où on l'observe, et l'on ne s'aperçoit du siège primitif du mal que lorsqu'après avoir vidé l'abcès, les mouvements du bras restent douloureux ou impossibles. C'est ainsi que dernièrement M. Velpeau a ouvert un abcès dans le creux de l'aisselle chez un malade du service de M. Rayer: il y avait sous l'aisselle une large plaque phlegmoneuse; la fluctuation était évidente, on plongea dans ce point un bistouri qui donna issue à une énorme quantité de pus; mais après l'opération, il restait de l'engorgement et de l'induration dans l'épaule, et le malade ne pouvait lever le bras; ce fut alors qu'on apprit qu'il avait depuis longtemps une maladie de l'articulation, point de départ de l'abcès de l'aisselle.

Quand on a reconnu la nature de ces abcès, il ne faut pas trop se hâter de les ouvrir; cependant on ne doit pas attendre aussi longtemps que lorsque le pus provient directement de la poitrine. Il faut aussi prévenir les malades que, l'abcès ouvert, il restera une affection de l'épaule et souvent un trajet fistuleux, de la roideur dans l'articulation, etc.

Indépendamment de ces sortes d'abcès, il en est qui s'établissent dans les parois mêmes de l'aisselle; ainsi, quand le pus s'accumule entre le grand dentelé et les parois de la poitrine, on ne reconnaît que très-difficilement la fluctuation, parce que le liquide est recouvert par une couche musculaire très-épaisse. Les malades se plaignent de douleurs dans cette partie: il y a de la chaleur et des symptômes d'inflammation, mais on ne sait pas bien dans quel point s'est formé l'abcès. Cependant on soupçonne la formation d'une collection purulente, lorsqu'après les symptômes d'une phlegmasie locale, on voit la paroi de l'aisselle se tendre, se soulever de ce côté, et sa cavité s'effacer en partie; si le foyer continue à se développer, il finit par dépasser en arrière le bord de l'omoplate qui semble s'enfoncer, et on sent dans ce point une fluctuation vague d'abord, mais bientôt plus évidente.

M. Velpeau a vu, en 1812, un malade qui offrait un cas singulier: on voyait ainsi un bourrelet saillant à l'angle inférieur de l'omoplate; ce bourrelet remontait dans l'aisselle et venait faire saillie jusque dans la région claviculaire, en sorte que le creux de l'aisselle était en grande partie effacé, et ne présentait plus qu'une sorte de fente. Il sortit d'une incision deux litres et demi de pus, et en introduisant le doigt dans la plaie, on vit que le foyer s'était

formé sous le grand dentelé, et que le pus provenait des cinquième et sixième côtes qui étaient nécrosées. Ce qu'il y eut de singulier, c'est que cet homme, qui avait l'aspect d'un scrofuleux, guérit complètement après l'ouverture de son abcès: la plaie se ferma, et la maladie des côtes ne se produisit plus. Ce fait, dont la terminaison parut singulière, ayant été publié à cette époque, M. Bedor chirurgien distingué de Troyes, affirma à cette occasion, dans le journal qui avait reproduit cette observation, que des faits de ce genre n'étaient pas très-rare, et qu'ayant à traiter chaque année un très-grand nombre de scrofuleux, il en avait vu plusieurs atteints de carie des côtes, et par suite d'abcès de l'aisselle et des parois thoraciques qui, après l'évacuation du pus, s'étaient trouvés entièrement guéris.

Si l'abcès qui nous occupe était purement phlegmoneux, il faudrait l'ouvrir de très-bonne heure. Le gonflement produit par le pus peut s'étendre dans toute la longueur de l'espace compris entre le grand dentelé et le grand dorsal, il peut faire saillie en haut ou en bas. Le plus souvent c'est dans ce dernier point. Cependant on voit quelquefois l'abcès proéminer à la partie supérieure, et M. Velpeau a ouvert une fois un abcès de ce genre chez une femme, à travers le trapèze: ce sont des variétés d'abcès de la possibilité desquelles il faut être prévenu.

Les abcès dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'aisselle sont assez communs, et ils donnent fréquemment lieu à des erreurs de diagnostic; ainsi il s'en développe parfois entre les deux muscles pectoraux; le pus alors n'a pas grande tendance à se porter dans le creux de l'aisselle, cependant tantôt il se fait jour à l'extrémité à travers les fibres du grand pectoral; tantôt il fuse et descend dans le creux de l'aisselle; d'autrefois enfin il éraïlle la cloison axillaire, et c'est en arrière de cette région qu'il se fait jour à l'extérieur.

Cette sorte d'abcès ne se vide pas bien quand on l'ouvre, et souvent on est obligé de pratiquer plusieurs incisions.

Les abcès des parois thoraciques présentent une particularité dépendant de la disposition anatomique de ces parties. Lorsque le pus se forme on observe un gonflement modéré, œdémateux, qui peut descendre jusque dans le flanc; la laxité du tissu cellulaire de cette région permet au pus de fuser jusqu'à la partie inférieure du tronc, et l'on a alors un véritable érysipèle phlegmoneux qui s'étend à la crête iliaque et dans la région lombaire. On peut éprouver même de très-grandes difficultés pour le diagnostic; car la peau est assez épaisse, le tissu cellulaire et l'aponévrose offrent une certaine résistance, et du côté opposé, les muscles intercostaux cédant à la pression, la fluctuation est assez difficile à sentir. Le passage du pus de l'aisselle aux parois thoraciques est, du reste, assez facile, grâce à la laxité du tissu cellulaire qui se continue dans ces deux régions, et comme sur la ligne moyenne ce tissu cellulaire est plus dense, le pus fuse en avant et en arrière, laissant au milieu un trajet aplati. L'an dernier on a vu ici un jeune garçon qui offrait un cas semblable: il portait au pli du bras un ulcère fistuleux, suite d'un abcès de l'aisselle. Le trajet

fut agrandi avec un bistouri; mais, au bout de huit jours, il survint de la fièvre et un état général de souffrance. Bientôt on vit la tumeur de l'aisselle descendre le long des parois thoraciques, se diviser en deux, et s'étendre ainsi jusqu'au flanc. On donna dans ce point issue à du pus qui provenait de l'inflammation d'une glande de l'aisselle.

D'un autre côté, ce genre d'abcès peut débiter par cette partie même, à la suite d'un frottement, d'un coup, etc., et se présenter, soit sous la forme d'un phlegmon circonscrit, soit sous celle d'un érysipèle phlegmoneux; mais, dans ce point, le pus a généralement une tendance extrême à s'épancher en nappe.

On peut, avec quelque espoir de succès, tenter d'en obtenir la résolution avant que la suppuration soit formée. Un traitement antiphlogistique très-actif, des frictions mercurielles à haute dose, un large vésicatoire volant et des purgatifs à l'intérieur, peuvent faire avorter l'inflammation plus facilement que dans le creux de l'aisselle. Quand la suppuration est formée, il est nécessaire d'inciser de bonne heure pour éviter la fusion du pus le long des parois de l'abdomen et du dos, et on peut d'autant plus se hâter d'ouvrir, qu'on n'a ni vaisseaux ni nerfs importants à épargner. On enfonce le bistouri du côté de la poitrine, jusqu'au niveau des côtes, et ces grands clapiers, une fois ouverts dans un ou plusieurs points, se tarissent en général assez facilement. Ces sortes d'abcès sont beaucoup moins graves que ceux de l'aisselle qui laissent souvent à leur suite de la gêne dans les mouvements du bras, et des indurations qu'il est fort difficile de dissiper entièrement.

(J. de médecine et de chirurgie pratiques.)

184. Luxation de l'humérus en avant. Discussion académique.

M. Walsh a présenté à la Société chirurgicale d'Irlande (séance du 25 avril 1840), une pièce anatomique relative à une luxation de l'épaule, et dont les détails, surtout la discussion qu'ils ont provoquée, nous ont paru intéressants.

Une femme âgée de cinquante ans est reçue à l'hôpital pour être traitée d'une diarrhée qui existe depuis sept semaines; elle tombe dans l'épuisement et meurt. A son entrée elle présentait les symptômes ordinaires de la luxation de l'épaule en avant; elle a déclaré que l'accident lui était arrivé depuis cinq mois, en voulant séparer deux enfants qui se battaient, ce qui l'avait fait tomber sur l'épaule.

A l'autopsie, M. Walsh trouve la tête de l'humérus luxée et placée en avant, à la partie interne du col de l'omoplate, où elle avait formé une dépression ou cavité, laquelle était couverte d'une substance fibro-cartilagineuse. Tous les tendons qui passent sur l'articulation sont sains. La membrane synoviale paraît aussi entière; la surface interne de la capsule est formée d'une portion du tendon du sous-scapu-

laire, qui est relevé à l'endroit de son attache. Les mouvements du bras, en arrière et en avant, étaient tout à fait libres, mais le mouvement d'élévation était borné. Le membre ne paraissait pas plus court que l'autre ni atrophié.

M'étant livré à des recherches sur cette espèce de luxation, j'ai trouvé, dit l'auteur, un cas analogue de sir Philip Crampton, dans le Dublin journal; la seule différence, c'est que dans celui de M. Crampton, la tête de l'humérus avait passé au-dessous du sous-scapulaire, et le tendon de ce muscle entourait le col de l'os. Un second fait analogue a été observé à l'hôpital St.-Thomas par sir A. Cooper; un troisième a été publié par M. Thomson.

La pièce que M. Walsh a mise sous les yeux de la Société, a donné lieu à la discussion suivante.

M. Houston déclare que, selon lui, la pièce qu'on a sous les yeux indique une luxation vraie (true); elle n'offre pas cependant une complète ressemblance avec les articulations luxées. Le cartilage d'incrustation de la tête de l'os, et celui de la cavité glénoïde, est parfait. La cavité glénoïde est intacte; seulement elle est rétrécie, et il existe une cavité supplémentaire distincte, encrentée de fibro-cartilage, à la partie antérieure du col de l'omoplate, et dans laquelle s'adapte la tête de l'humérus. Le tendon du biceps est intact, circonstance qui se rencontre rarement dans les cas de maladie congénitale. Les muscles sont aussi dans un état presque parfait; et, bien que M. Walsh n'ait pu découvrir la blessure qui en aurait été la cause, M. Houston ne considère pas moins le cas comme un exemple de luxation digne de l'attention de la Société. Il existe dans le Muséum une préparation sèche de la même luxation, qui éclaire parfaitement le cas de M. Walsh, et qu'il désire mettre sous les yeux de la compagnie.

Le président demande si M. Walsh a mesuré le membre pour s'assurer de la différence de longueur.

M. Walsh répond négativement; mais il assure que le membre était à peine plus court que l'autre.

M. Houston présente deux préparations sèches, dont l'une est relative à une luxation traumatique de l'épaule analogue à la précédente, l'autre à une luxation spontanée de la même région; le contraste est frappant entre ces deux pièces, bien que la luxation soit de la même espèce. La première pourtant ressemble parfaitement à celle de M. Walsh.

M. Smith est fâché de ne pouvoir adopter l'opinion des honorables préopinants; il regarde le cas de M. Walsh comme un exemple de luxation congénitale, luxation dont il possède cinq observations accompagnées des pièces anatomiques. D'abord il n'y a pas, dit-il, dans le cas de M. Walsh, cette correspondance entre l'humérus et l'omoplate qu'on observe dans les luxations traumatiques non réduites. Les altérations des parties molles n'offrent pas, en d'autres termes, les conditions propres à ces luxations. On y voit une cavité articulaire imparfaite, mais la tête de l'os n'a subi aucun dérangement; seulement son axe est dirigé de haut en bas. Il existe quelque chose d'analogue au ligament glénoïde; le cartilage d'incrustation est bleu, ce qui diffère essentiellement de celui de l'état normal. On n'observe pas de dépôts osseux autour de l'articulation, et la nouvelle cavité glénoïde, qui s'est formée à côté de la