

entre les mors des pinces toutes les veines dilatées ; il faut faire en sorte qu'aucun de ces vaisseaux ne s'échappe, ne glisse au moment où on les serre et ne se porte en dedans vers le canal déférent, ou en dehors vers le pédicule extérieur qu'il faut encore avoir soin de conserver pour soutenir plus tard les extrémités des plaies. Cette première pince une fois placée convenablement, il faut immédiatement après ou bien le lendemain recommencer la même opération, il faut appliquer la seconde pince. Toutes ces choses entraînent certainement quelques difficultés, et si on pouvait en douter, nous apporterions en preuve l'opinion de M. Breschet lui-même, lorsqu'il dit, en parlant de la compression des veines du scrotum chez un des deux malades qu'il opéra en premier lieu : « Ici s'offrirait beaucoup de difficultés dans l'emploi du même moyen ; quoique les veines du cordon fussent volumineuses, elles étaient bien plus difficiles à embrasser par les instruments comprimants à travers une peau épaisse et chargée de graisse ; il fallait aussi éviter de saisir au milieu des veines le conduit déférent ; quant aux artères et aux nerfs leur petit volume ne permettait pas de les isoler et de les mettre de côté.

Les procédés de MM. Velpeau et Reynaud sont incomparablement plus faciles ; d'abord ils ne nécessitent l'intervention d'aucun aide ; ils n'exposent pas à voir des veines malades rester en dehors des moyens compressifs, et ensuite, est-il rien de plus simple que de traverser un point déterminé du scrotum avec une épingle aux extrémités de laquelle on entortille un fil, ou avec une aiguille que l'on retire immédiatement après, en laissant un fil ciré dans le trajet parcouru par l'instrument. Aussi, si je voulais classer les procédés que j'examine sous le rapport de la facilité de leur exécution, l'ordre que j'adopterais serait encore le même que celui que j'ai établi pour la simplicité, c'est-à-dire que le procédé de M. Reynaud occuperait le premier rang, celui de M. Velpeau le second, le troisième appartenant à celui de M. Breschet.

Je n'ignore pas cependant que la simplicité et la facilité, conditions si précieuses pour ceux qui débudent dans la pratique des opérations, sont peu importantes, peu déterminantes dans le choix d'un procédé accompli par une main habile et exercée, aussi dois-je me hâter d'arriver à des considérations d'un intérêt moins secondaire.

Lequel des procédés, de la pince, de l'épingle et de l'aiguille est le moins douloureux ? cette question est, à coup sûr, d'un intérêt plus grand, plus immédiat pour le malade et pour le succès de l'opération.

Lorsqu'on parcourt les observations des malades traités par M. Breschet, et rapportées, soit par ce professeur, soit par MM. Nivet et Landouzy, on y trouve que des syncopes, des mouvements convulsifs, des douleurs violentes pendant quelques heures et même plusieurs jours après l'opération, des érections fatigantes, de la fièvre, etc., ont souvent accompagné et suivi l'application des pinces. La justice nous fait un devoir de convenir que chez les cinq derniers malades opérés à l'Hôtel-Dieu, ces accidents ont été moins intenses ou n'ont pas été observés. Je les considère cependant comme inhérents,

en grande partie, à la méthode de compression employée dans ce procédé. Du reste, M. Breschet nous dit encore lui-même qu'il avait à craindre dans les premières opérations *des douleurs vives, une inflammation violente, la formation d'une eschare profonde et la dénudation du cordon.*

M. Dufresse rapporte que sur quatre malades opérés par M. Velpeau, il s'est développé chez trois une vive inflammation qui s'est terminée par suppuration, et qui a été accompagnée de douleurs violentes, d'une tuméfaction considérable, d'une vive rougeur, d'une fièvre intense, etc.

Les deux malades opérés par M. Reynaud n'ont pas eu beaucoup à souffrir ; ils n'ont éprouvé ni syncope, ni mouvements convulsifs, ni douleurs violentes, etc. ; ils n'ont eu à endurer que la souffrance légère qui accompagne une double ponction de la peau, et l'on reconnaît la vérité de ce que nous avançons lorsqu'on réfléchira que, dans ce procédé, il n'est pas essentiel de comprimer subitement et fortement la tumeur variqueuse, comme cela est indispensable dans les deux autres ; du reste, la manière d'opérer de M. Reynaud ne se distingue-t-elle pas encore des deux autres par cet avantage précieux qui n'appartient qu'à elle, je veux parler de la faculté qu'elle possède de rendre l'opérateur maître de la douleur, puisqu'il est en son pouvoir de la faire cesser lorsqu'elle vient à se développer après l'opération, et cela en desserrant momentanément la ligature, pour ne lui imprimer un nouveau degré de constriction qu'après que la susceptibilité du malade a été calmée, ou que l'inflammation trop vive des parties a été diminuée par des applications convenables. Qu'une inflammation un peu violente vienne à se manifester quand des épingles inflexibles ou des pinces solides compriment, avec la peau du scrotum, le cordon testiculaire ; que cet état détermine des douleurs vives, des spasmes, etc., qu'opposera-t-on à ces accidents phlegmasiques et nerveux ? la diète, des évacuations sanguines, des applications émollientes, des préparations anti-spasmodiques, moyens souvent utiles sans doute, mais quelquefois inefficaces, parce que la cause première subsiste toujours dans les tissus ou à leur surface. Le moyen le plus rationnel pour triompher de ces événements, ne serait-ce pas d'ôter les épingles ou d'enlever les pinces ? mais il faudrait pour cela renoncer momentanément à l'opération, et se mettre dans la nécessité de la recommencer une seconde fois sous des influences plus heureuses ; pour éviter cela, on laisse l'inflammation se terminer par suppuration, des erysipèles envahir le scrotum et les téguments voisins, des douleurs vives se développer avec une fièvre intense et se continuer plus ou moins longtemps. Du reste, si la douleur et l'inflammation sont moins à redouter dans le procédé de M. Reynaud, c'est qu'un fil qui peut être laissé flottant dans une plaie est une cause d'irritation incomparablement moins grande que ne le sont des épingles rigides qui traversent les mêmes parties ou des pinces qui compriment les surfaces étendues d'une peau délicate ; c'est enfin, et je le répète encore, parce que la compression peut être modérée ou suspendue dans le premier cas, et qu'il est nécessaire qu'elle soit permanente dans les deux autres.

Le procédé par l'aiguille n'est pas seulement le moins douloureux dans son application immédiate et dans ses suites ; mais en se plaçant au point de vue le plus général, il est encore plus sûr que les autres dans ses résultats. En effet, il découle des principes de son application que la récurrence de la maladie est impossible, puisque aucune veine variqueuse ne pouvant échapper à l'action compressive et à la section du fil, l'oblitération de tous les vaisseaux dilatés a lieu et la cure radicale est assurée. On comprend qu'il peut ne pas en être ainsi dans le procédé de M. Breschet ; on conçoit qu'une ou plusieurs veines du cordon pouvant glisser entre les branches de la pince ou ne pas être comprises dans leur écartement, la maladie soit susceptible de se reproduire. Or, cette supposition s'est réalisée dans le service du professeur de l'Hôtel-Dieu, car un des malades opérés par lui a offert une récurrence déterminée par la cause que je viens d'indiquer. Les malades opérés par M. Velpeau n'ont pas présenté de récurrence ; mais il me semble qu'en retirant les épingles le sixième jour il pourra arriver que dans une tumeur variqueuse volumineuse toutes les veines soumises à une compression nécessairement inégale ne soient pas toutes oblitérées sans retour.

Dans la compression par les pinces, la durée du traitement est de trente et un jours environ, elle a été de trente-cinq jours chez les malades opérés par les épingles et de vingt-six seulement chez ceux qu'a traités le chirurgien de Toulon. Notons que dans le premier procédé le scrotum reste mutilé par des cicatrices difformes, tandis que dans le dernier il ne reste après la guérison qu'une cicatrice linéaire que le temps efface bientôt.

Enfin, les trois procédés que j'examine sont-ils également applicables à tous les cas ? En est-il un qui mérite d'être considéré comme procédé général ? Pour présenter les conditions d'une solution satisfaisante, cette question aurait besoin, je l'avoue, de la sanction de l'expérience et du temps. Dans l'état actuel des choses, les documents statistiques que nous possédons relativement à notre sujet sont à l'avantage de M. Breschet, qui, exerçant avec habileté et sur un grand théâtre, compte plus de cent succès. Mais si nous considérons d'un autre côté que ce procédé n'a guère été employé jusqu'à ce jour que par son inventeur ou dans son service, que ceux qui en ont fait mention, tels que Chélius, Fricke, Frank, etc., y ont signalé des imperfections, nous verrons qu'il ne saurait devenir d'une application générale. Comment, en effet, atteindre avec les branches assez épaisses d'une pince les veines qui rampent sur le canal déférent quand elles participent à la dilatation variqueuse ? Comment, dit Chélius, pouvoir atteindre par ce moyen les veines situées près de l'épididyme ? Du reste cette difficulté n'a pas échappé à M. Landouzy, qui reconnaît, dans son intéressant mémoire, qu'il peut se présenter des cas où le procédé de M. Breschet soit impossible à accomplir et cela à cause des difficultés que l'on peut éprouver à comprendre sous les branches de l'instrument toutes les veines dilatées.

Je ne connais que les quatre observations rapportées dans le journal hebdomadaire, qui constatent l'application du procédé de M. Velpeau à la cure du

circocèle. Ces quatre observations ont été couronnées de succès ; mais cet heureux résultat a été acheté au prix d'inflammations si vives et d'accidents si divers, que je ne sache pas qu'on y ait eu recours depuis cette époque. D'ailleurs nous ne pensons pas que lorsqu'on a affaire à des circocèles volumineux et anciens, des épingles puissent facilement traverser ces tumeurs étendues, séjourner impunément au milieu d'elles et exercer une compression suffisante sur toutes leurs parties. Nous ne pensons pas non plus qu'il soit prudent d'appliquer sur des tumeurs variqueuses de cette nature des pinces nécessairement volumineuses et de produire la mortification de larges surfaces du cordon.

Depuis que M. Reynaud, frappé, non pas de l'impuissance, mais de l'inconvénient des procédés usités jusqu'à lui pour obtenir la cure radicale du circocèle, a été conduit à inventer le sien, il n'a eu occasion de le pratiquer que deux fois, et un succès facile et certain a toujours couronné ses heureuses prévisions. Son procédé se présente avec l'avantage saillant d'être applicable à tous les cas où les deux autres et surtout celui de M. Breschet ne pourraient être employés : car on conçoit qu'il est facile de comprendre dans la courbe d'une aiguille et ensuite dans celle d'un fil toutes les veines variqueuses du cordon testiculaire affecté, alors même que ces veines rampent sur l'épididyme, le canal déférent ou la cloison du dartos ; et si on objectait que ces veines sont alors exposées à être traversées par l'aiguille et le fil, nous répondrions que la faute devrait en être imputée à l'opérateur et non au procédé ; que du reste la lésion d'une petite veine isolée ne présenterait pas les dangers de ces procédés dans lesquels chaque veine est plusieurs fois traversée par des corps étrangers qui y séjournent trop longtemps ; enfin, le procédé par l'aiguille ne connaissant de bornes à son application que ces cas de circocèle en présence desquels l'art fait un précepte rigoureux de s'abstenir de toute opération, mérite ce nous semble d'être considéré comme méthode générale : car il est plus simple dans ses moyens, plus facile dans son exécution, moins long, moins douloureux que les autres, plus certain dans ses résultats et n'expose à aucun danger ; il est applicable à tous les degrés de maladie ; il convient à tous les cas et garantit une durée moindre dans le traitement.

Nous appelons donc sur ce point de thérapeutique chirurgicale l'attention des praticiens qui, placés dans les grands hôpitaux des capitales, sont à même de sanctionner ou d'infirmer par leurs expériences la valeur de nos considérations.

Observation d'une chute du rectum maintenue réduite à l'aide d'une boule de liège.

La chute du rectum, ou, pour parler plus exactement, de la membrane interne du rectum, rare chez les adultes, moins rare chez les vieillards, est plus fréquente chez les enfants. La réduction en est généralement facile, et nous ne pensons pas que, même

chez un adulte, cette opération exige plus d'une heure ou deux, à moins que des circonstances particulières ne compliquent l'accident; mais ce qui est très-difficile dans certains cas, c'est de maintenir l'intestin réduit.

Quand cette incommodité est ancienne, on emploie d'ordinaire, pour soutenir l'intestin, différents bandages parmi lesquels le plus efficace est celui de Boyer. Il consiste en deux bretelles ordinaires à l'extrémité antérieure desquelles on attache une bande ou courroie qui, passant entre les cuisses, pour aller se fixer à leur extrémité postérieure, soutient contre l'anus une pelote adoptée à cet effet. Mais il arrive parfois que tous les bandages sont insuffisants et que le chirurgien est obligé d'en venir à l'excision ou à la cautérisation. Quand cette incommodité est récente, la guérison en est facile, pourvu qu'on puisse remplir les trois indications suivantes: réduire la membrane muqueuse, la maintenir réduite, combattre les causes de l'accident. Ces trois indications, nous venons d'être appelé à les remplir auprès d'un adulte atteint du renversement dont il s'agit. La réduction a été facile; mais pendant que les moyens propres à combattre la nature du mal étaient mis en usage, aucun de ceux employés d'habitude n'a été capable de maintenir la membrane réduite, ainsi qu'on va le voir dans l'observation ci-jointe.

Obs. 1. — M. Penin (rue des Capucins, n. 17), apprenteur, âgé environ de trente-cinq ans; homme d'une santé florissante, se livre à des courses forcées durant la journée du dimanche 3 juin 1836; jamais, disait-il, il ne s'était autant promené que ce jour-là; aussi rentré chez lui d'assez bonne heure, il se jette sur son lit et s'endort. Réveillé à minuit par le besoin d'aller à la garde-robe, l'excrétion des matières fécales est immédiatement suivie d'un renversement de la membrane interne du rectum. Au rapport de Penin, le renversement était d'abord médiocre ainsi que la douleur qui l'accompagnait; mais peu à peu l'un et l'autre augmentèrent de telle sorte, qu'à six heures du matin le malade poussait des gémissements et présentait à l'anus un bourrelet saillant long d'un pouce et demi et d'un volume proportionné. La teinte violacée du bourrelet était un indice de l'urgence de sa réduction. Nous y procédâmes sur-le-champ, et au bout d'une heure et demie tout était à sa place; le malade ne souffrait plus. Nous prescrivîmes des demi-lavements émollients froids, des bains de siège de même nature, l'emploi d'une pommade astringente et la diète la plus sévère. Trois heures s'étaient écoulées depuis notre départ, lorsqu'on vint nous avvertir que tout était ressorti et que le malade souffrait comme ci-devant; retourné près de lui, l'intestin fut de nouveau réduit, et cette fois nous appliquâmes contre l'anus des tampons de charpie ainsi que le bandage en T. double, conseillés par tous les auteurs. Mais quelques heures après, l'insuffisance de cet appareil était manifeste; il fallut procéder à une troisième réduction. En demeurant quelques instants auprès du malade, nous nous aperçûmes que la tendance de la membrane à s'échapper au dehors était telle, qu'il ne fallait rien moins que des tentatives

continuelles de réduction pour s'opposer à sa sortie. Ce qui nous convainquit de l'insuffisance de toute espèce de moyen contentif, c'était la difficulté qu'il y avait de maintenir l'intestin au-dessus du sphincter. La membrane interne du rectum engorgée et boursoufflée, tendant sans cesse à s'engager au travers de l'ouverture anale nécessitait de la part de nos doigts, une combinaison d'efforts dirigés en sens contraire, efforts méthodiques que n'aurait pu remplacer la résistance toute passive d'un appareil quelconque. Le cas était embarrassant, car il fallait ou ne pas quitter le malade, ou placer près de lui une garde assez intelligente pour continuer les efforts de réduction. Mais soit que cette manœuvre parût trop fatigante, soit qu'on ignorât le temps qu'elle pourrait durer, personne ne consentait à s'y assujettir. Ce fut alors que nous tentâmes l'emploi du moyen suivant:

Un morceau de liège du volume d'une grosse noix fut arrondi avec un canif et passé à la flamme d'une bougie afin d'en bien unir la surface, à l'instar de ces globules dont se servent les prestidigitateurs. Cette boule ainsi préparée et trempée dans la pommade astringente, fut introduite dans l'anus et poussée jusqu'au-dessus du sphincter; des tampons de charpie furent appliqués comme auparavant et maintenus avec l'appareil à bretelles de Boyer. Depuis ce moment la membrane interne du rectum est demeurée réduite. Ce ne fut que trente heures après que le malade, pressé de besoin d'aller du ventre, nous pria d'enlever l'appareil et de retirer la boule à l'aide d'un fil que nous avions eu la précaution d'y attacher. Le renversement n'a plus eu lieu, et la guérison a été prompte.

En réfléchissant sur l'action mécanique de ce morceau de liège, on comprend facilement que, par son volume, il tenait écartées les parois du rectum et s'opposait par là même à leur renversement. En second lieu, étant d'une grosseur proportionnée à la dilatation forcée du sphincter de l'anus, cette boule avait besoin d'une puissance expulsive supérieure, pour vaincre la résistance de ce même sphincter; tandis que si elle eût été plus petite, poussée qu'elle était par l'intestin, elle eût franchi sans obstacle l'ouverture de l'anus. De plus, nous observerons que dans la chute du rectum, la portion de la membrane intestinale qui est engagée au travers du sphincter étant poussée peu à peu au dehors facilite l'engagement de la portion supérieure, et que cette disposition est un obstacle au maintien de la réduction. Le morceau de liège par sa présence paralyse ce mécanisme.

Concluons de ce fait que la guérison de notre malade a été puissamment secondée par l'emploi de ce moyen. Assurément, la médication émolliente et astringente en diminuant l'irritation et l'engorgement portés sur le rectum, diminuait aussi la force expulsive de la membrane qui aurait fini par céder à la résistance du sphincter; mais ce résultat demandait plusieurs jours de traitement; et durant ce temps-là, l'intestin ne pouvait être maintenu réduit par aucun des moyens connus.

GERVAIS, D. M. à Lyon.

MÉDICO-CHIRURGICALES.

FÉVRIER 1839.

Mémoire sur l'hémorrhagie des méninges.

(SUITE. — Voir tome XXXVI, 2^e série, p. 103.)

Maintenant que la partie la plus aride de ma tâche est achevée, il faut tâcher de pénétrer dans la nature intime de la maladie, établir les rapports qui doivent exister entre les altérations morbides que je viens de décrire, et les symptômes par lesquels elle se traduit à l'extérieur; je glisserai rapidement sur les causes, car d'assez longues recherches, entreprises dans le but de les déterminer, ne m'ont fourni aucun résultat bien précis et bien satisfaisant: je vais indiquer seulement la fréquence de l'hémorrhagie des méninges suivant les saisons; cette étude nous montrera une différence remarquable dans les différentes époques de l'année, et une prédilection toute particulière de la maladie pour le printemps:

Causes prédisposantes générales.

Saisons.

Janvier,	1	}	4
Février,	2		
Mars,	1	}	16
Avril,	4		
Mai,	9		
Juin,	5	}	7
Juillet,	1		
Août,	4	}	3
Septembre,	2		
Octobre,	2		
Novembre,	5	}	0
Décembre,	0		

52

Maintenant je passe à l'examen des symptômes en commençant par les signes précurseurs:

Sur quarante et une observations, dix-huit fois se montrent des signes précurseurs; six fois ces signes n'existent pas, dix-sept fois leur existence n'est pas indiquée.

Symptômes précurseurs.

Céphalalgie,	5
Assoupissement,	1
Perte de la parole,	1

TOME III. 3^e s.

Agitation,	2
Faiblesse des membres,	2
Délire chez un maniaque,	1
Congestion subite,	1
Vomissements,	1
Engourdissements et céphalalgie,	1
Vertiges et malaises,	1
Céphalalgie et gêne des mouvements,	1

18

Dans 5 cas pas de prodromes, dans les 17 autres il n'y avait rien d'indiqué.

Il est vrai de dire que dans quelques cas il est impossible de savoir au juste si les symptômes appelés précurseurs ne constituent pas le début de la maladie elle-même; mais ce doute n'existe que pour une ou deux observations, et dans les autres l'état des membranes et du sang épanché, comparé à l'époque où les signes précurseurs se sont manifestés, ne permet pas de douter que ceux-ci n'aient précédé l'hémorrhagie d'un espace de temps assez considérable. M. Rochoux a constaté sur soixante-neuf cas que six malades seulement ont éprouvé des symptômes précurseurs. Comme la plupart des autres auteurs ne donnent pas de chiffre qui exprime la fréquence de ces symptômes dans l'apoplexie, je me contente de comparer mes résultats avec les siens; je remarquerai, en outre, que dans le ramollissement cérébral les signes précurseurs sont loin d'exister d'une manière constante, et qu'il est, je crois, presque aussi commun de noter leur absence que d'observer leur présence. Comparés ensemble sous ce rapport, l'apoplexie méningée et le ramollissement présentent par conséquent une certaine différence; mais sous le point de vue de la rapidité de l'invasion, nous allons trouver une bien moindre analogie. En effet, sur trente-trois cas, nous ne noterons que sept fois une invasion lente des symptômes.

Invasion.

Graduelle,	4
Rapide,	20
Assez rapide,	2
Lente de tous les symptômes, excepté de la paral., dont l'invas. est subite,	4
Lente de tous les symptômes, une fois avec rupture veineuse,	3

33

1 F.