

années aux États-Unis, où ils ont acquis une circulation considérable. Nous ne doutons nullement que le talent avec lequel ils sont conduits, leur assure un succès légitime et toujours croissant. Nous espérons qu'ils nous parviendront régulièrement.

N. B.—La livraison de Février du *Medical Examiner* ne nous est pas encore parvenue.

CORRESPONDANCES.

À L'ÉDITEUR DE LA "LANCETTE CANADIENNE."

M. l'ÉDITEUR.—En vous adressant un article le mois dernier, au sujet des signes qui doivent indiquer la péritonite dans les antrospies, j'avais deux buts : l'un, purement scientifique, d'établir les vraies marques qui doivent nous guider en déclarant que la péritonite avait existé ; et (ayant établi ces marques) l'autre but était de faire voir que l'opinion que j'avais donnée dans le cas de Champeau était juste.

Ces deux buts étant accomplis, (car le Dr. N. aujourd'hui soutient "OPINATIVEMENT" une position identique à celle qu'il avait émise autrefois,) je me serais retiré de l'arène, si le Dr. N. ne se fut pas permis l'usage de termes offensifs (gladateur, dogmatisme, monomanie, etc.); mais cela étant, je me crois obligé de faire voir l'extrême faiblesse de ses argumens et la hardiesse admirable avec laquelle, pour cacher sa défaite, il s'approprie l'opinion véritable de son adversaire.

10. Il admet, enfin, que les effusions, etc., sont les suites ordinaires de la péritonite; mais, dit-il, il y a des exceptions. Où sont les preuves? Il dit qu'il avait "donné plusieurs exemples tirés des œuvres des plus savans écrivains, lors de la discussion." Si l'on veut se donner le trouble de référer à la *Gazette Médicale*, on verra que j'avais démontré, de la manière la plus convaincante, que les extraits donnés par le Dr. N. étaient tout-à-fait inexacts, et quelquefois (par les retranchemens) donnaient un sens tout-à-fait contraire à celui de l'auteur. (Voyez Mackintosh, Craigie, Eye, of P. Med., Diet. des Sc. méd.)

20. Admettant que dans le cas de Champeau il pouvait y avoir eu effusion, il en explique l'absence, chez le cadavre, par les saignées, les sueurs, la transudation; raisons tout-à-fait gratuites et pure théorie, vu que les apparences principales de la péritonite sont l'effusion de lymphes solides, et des adhésions qu'il forme.

Mais voyez l'inconséquence! en même tems que les révolutions avaient agi si merveilleusement en enlevant la lymphes et le sérum et en détruisant les adhésions, ils n'étaient d'aucune force pour ce qui devait être plus aisé, c.-à-d. pour faire disparaître l'engorgement des vaisseaux, car le Dr. N. dit que "les plus petits vaisseaux étaient injectés."

30. Je me servirai ici des colonnes doubles qui paraissent tant plaire au Dr. N. pour démontrer son inexactitude et son peu de mémoire, en faisant deux extraits de ses lettres.

1847. Je n'ai jamais prétendu que ces suites de l'inflammation n'eussent lieu que seulement après une longue durée de la phlegmasie; ce n'est qu'avec dessein qu'on cherche à donner une telle interprétation à mes expressions.

40. Encore employerai-je les colonnes doubles pour rendre évident le progrès qu'a fait le Dr. N. depuis trois ans dans la pathologie.

1847. Voici la position que je veux soutenir OPINATIVEMENT (!!!); que l'effusion, etc., est une des suites, un des résultats de l'inflammation, et une de ses premières phases.

50. J'indique le manque de candeur en voulant faire paraître qu'il opposait l'opinion que l'inflammation et les "suites" étaient simultanées et isochrones;—comme si j'avais dit que la cause et l'effet étaient identiques!—voyez *Gaz. Médicale* p. 201, où mes mots sont "la véritable chose que j'ai l'intention d'établir, savoir, l'effusion comme résultat de l'inflammation péritonéale." Encore (p. 202): "Elles sont le résultat presque inévitable d'une inflammation intense dans peu de tems."

60. Un autre exemple de la même faute, c'est vouloir faire croire que j'avais nié la valeur de symptômes pour connaître les maladies, attendant la mort pour *solécisme* leur nature, tandis qu'il avait sous les yeux mes remarques dans la *Lancette*: "et (combinant avec elles les symptômes précédens), à connaître plus nettement l'état pathologique des parties affectées DURANT LA MARCHÉ DE LA MALADIE."

Le Dr. N. reconnaît les "immenses avantages" de la pathologie. Mais en quoi consistent-ils si ce n'est pour constater le diagnostic qu'on a fait avant la mort? Néanmoins, si l'on se fie au Dr. N., la pathologie ne peut être que d'un bénéfice médiocre, puisque "mille circonstances peuvent masquer une affection, en changer son aspect à la mort et après la mort." "Une foule d'événemens peuvent hâter, retarder ou en changer le caractère, ainsi que les apparences cadavériques." Réellement la pathologie paraît être avec ses "immenses avantages" une affaire sur laquelle l'on ne doit pas compter.

En conclusion, M. l'Éditeur, j'espère que si je suis obligé de vous troubler davantage, ce ne sera que pour rencontrer des raisonnemens et non pas des personnalité.

Avec respect, votre, etc.

A. F. HOLMES, M. D.

25 Mars, 1847.

M. l'ÉDITEUR.—Au lieu de trouver dans la réplique de Monsieur Tavernier du raisonnement, des faits, de la science, en un mot, une réponse franche et directe à mes objections, comme j'avais le droit de m'y attendre, je n'y ai vu que des personnalité; or, ne voulant pas m'engager sur un terrain aussi peu médical, je m'abstiens de pousser plus loin la discussion et me résume en citant cet aphorisme de Baglivi: "*Ars medica est tota in observationibus*," pour bien faire comprendre le but que je m'étais proposé dans la critique.

T. H. PELTIER, M. D.

PATHOLOGIE EXTERNE.

REFLEXIONS SUR L'HYPOSPADIAS.

L'hypospadias, dit M. Bérard, est un vice de conformation que les individus apportent en naissant. La disposition anatomique des parties est différente de ce qu'elle est dans les fistules urinaires. Une muqueuse semblable à celle de l'urètre tapisse le trajet anormal. Le tissu cellulaire qui la double est souple, sans callosités. L'orifice anormal ne présente pas de végétations, de granulations purulentes. Ces diverses circonstances montrent déjà la différence qui existe entre l'hypospadias et la fistule urinaire.

Du côté de l'urètre, la différence n'est pas moindre. En effet, dans les cas de fistule urinaire, ce canal, au-devant de la perforation jusqu'au gland, est bien conformed, libre, sauf le cas où une maladie préalable, un rétrécissement, par exemple, a entraîné la formation de la fistule. Dans l'hypospadias, au contraire, il y a souvent des vices de conformation du canal et du gland.

L'hypospadias présente des variétés assez grandes pour qu'il soit utile de les étudier séparément. Dans le cas le plus simple il n'y a qu'une fente qui répond à la partie inférieure du gland et s'étend vers le frein.—L'ouverture anormale peut en suite occuper les divers points intermédiaires entre le gland et la racine des bourses, toujours située sur la face inférieure de la verge. On l'a vu plus rarement placée en arrière des bourses, au périnée même.—Tantôt l'orifice est aussi large que le méat urinaire, tantôt il est beaucoup plus étroit, et ressemble à un tout petit pertuis entouré par lequel l'urine s'échappe difficilement.

La partie de l'urètre située entre l'ouverture anormale et la vessie, n'offre rien à noter. Il n'en est pas de même de la partie opposée. Dans les cas les plus favorables, et ces cas sont malheureusement fort rares, l'urètre est perforé jusqu'au gland inclusivement, et là une simple membrane colle les lèvres du méat urinaire. Mais le plus souvent le canal n'existe pas du tout, et la verge est pleine. D'autres fois enfin la paroi supérieure du canal est seule bien conformed, et la paroi inférieure manque; on observe alors une espèce de rigole creusée sur la face inférieure de la verge, qui se termine en avant au gland, en arrière au pertuis par lequel l'urine s'échappe.

Enfin, il est des cas où l'on voit cette disposition portée au plus haut degré, de telle sorte que le scrotum est divisé sur la ligne médiane et d'avant en arrière dans toute sa longueur. Chaque moitié représente une sorte de grande lèvres, et la fente qui les sépare paraît être une vulve. Le pénis atrophié simule un clitoris hypertrophié. On ne doit point être surpris qu'en pareil cas des hommes de mérite aient commis une erreur de sexe. Sabatier raconte, avec une grande bonne-foi, comment il fut induit tout d'abord en erreur par une conformation de ce genre.

Les conséquences qui résultent de l'hypospadias sont relatives: 1<sup>o</sup> à l'acte de la copulation; 2<sup>o</sup> à la génération; 3<sup>o</sup> à l'émission des urines.

Sous le premier rapport, les hypospadias sont aptes à la copulation à peu près comme les autres hommes. La verge est susceptible d'érection; les appétits vénériens se font sentir, et l'acte viril peut s'accomplir avec plus ou moins de perfection, selon que la verge est plus ou moins bien développée.

Quant à la génération, c'est là une question qui a beaucoup occupé et qui a été résolue différemment. Tous ceux qui en ont donné une solution absolue, soit pour, soit contre, ont commis une erreur. En effet, la faculté d'engendrer dépend de la forme de l'hypospadias. Si la division est complète, si la verge n'a aucun canal, le coït, bien que suivi d'éjaculation, n'est point fécondant, puisque la liqueur séminale n'est pas projetée dans l'intérieur des parties génitales de la femme. Mais lorsque l'ouverture existe sur la verge, la fécondation devient possible. On objectait que, même dans ce cas, la direction du pertuis étant latérale, la semence est dirigée de côté et non vers le col de l'utérus, de telle sorte qu'elle ne peut être prolifique; mais il est bien reconnu que cette condition n'est point indispensable, et qu'il suffit du dépôt du sperme à l'intérieur du vagin et même à l'entrée de ce conduit, pour que la conception soit possible. C'est, du reste, là une discussion qui ne doit point trouver ici sa place. (Voyez les traités modernes de médecine légale.)

Un mot maintenant sur l'émission des urines. Le jet du liquide n'est point projeté en avant. L'urine tombe à peu près horizontalement. Pour que le jet se dirige à l'avant, les malades relèvent fortement la verge contre le pubis. À ce changement de direction il se joint, dans quelque cas, une lenteur dans la miction et une difficulté qui résulte de l'étroitesse de l'ouverture entourée de l'urètre.

Lorsque ce vice de conformation est porté au dernier degré, l'art est tout-à-fait impuissant et l'individu doit vivre avec son infirmité.

Lorsque l'ouverture anormale est située entre le scrotum et le gland, sur un point de la longueur de la face inférieure de la verge, et que le canal est entièrement oblitéré en avant de cette ouverture, presque tous les chirurgiens ont considéré ce cas comme incurable. Nous ne rappellerons que pour le blâmer le conseil de Paul d'Égine qui voulait que l'on taillât et amputât l'extrémité du pénis jusqu'au niveau de l'ouverture anormale, de manière à terminer la verge comme un gland percé pour laisser sortir directement la liqueur séminale. Dans le même but d'autres chirurgiens ont conseillé de tailler le

dessus de la verge depuis le gland jusqu'à l'ouverture accidentelle comme une plume à écrire. Il est inutile de dire que, quoique moins barbare que le précédent, ce dernier conseil est également proscrit. Il paraît sans contredit plus rationnel de tenter le rétablissement du canal en perforant la verge avec un trocart dans la direction de l'urètre depuis le gland jusqu'au point où le canal se termine. Ce conseil a été donné depuis long-tems. Il existe même deux procédés opératoires: tantôt on opère la perforation du gland vers l'ouverture anormale; tantôt, à l'exemple d'A. Lustinus, on conduit l'instrument de cette ouverture vers le gland. Néanmoins c'est là une opération qui a trouvé peu de partisans; elle est blâmée par Sabatier, en raison de l'extrême sensibilité du gland, de sa vascularité, etc. Hâtons-nous d'ajouter cependant que Dupuytren a réussi deux fois: ce chirurgien a traversé la verge dans la direction ordinaire du canal, avec un trocart; à l'aide d'un fer en roseau, rougi à blanc, il a immédiatement cautérisé toute la longueur du canal qu'il venait de former. Des accidens graves, la menace de la gangrène ont pendant quelque tems compromis le résultat; mais enfin le nouveau canal a été maintenu dilaté à l'aide de bougies, et l'ancien s'est fermé à l'aide de cautérisations avec le nitrate d'argent.

On peut mettre en doute l'efficacité du cautère: M. Bégin s'en est abstenu, et a guéri son malade sans avoir vu se développer les accidens graves qui ont compromis le succès dans le cas de Dupuytren. Notons que lorsque M. Bégin a publié son observation, il y avait six ans que l'opération était faite, et que ce chirurgien a vu uriner son opéré comme si sa verge n'avait jamais été le siège d'un vice de conformation.

Lorsque la verge présente une rigole à sa face inférieure, M. Velpeau se demande si on ne pourrait pas mettre à exécution ce que M. Bégin a regardé comme applicable à la même disposition développée sur la face dorsale de la verge, c'est-à-dire décoller la peau à droite et à gauche du bord de la gouttière, l'aviver sur son bord dans toute sa longueur, et en faire la suture, en laissant dans le canal, ainsi complété en bas par les tégumens, une soude de gomme élastique d'un calibre convenable.

Nous n'abandonnerons pas ce sujet sans faire une remarque critique. Tout en rendant justice aux effets ingénieux des chirurgiens pour corriger la difformité qui nous occupe, et si bien vrai que cette difformité entraîne des inconvéniens assez grands pour chercher à la guérir en faisant couler aux malades les chances d'une opération dont le succès est très douteux, et dont le résultat définitif peut n'être pas toujours satisfaisant, car on peut craindre que le nouveau canal conserve de la tendance à se rétrécir.

Si cette remarque est applicable aux cas où la verge est perforée au-devant de l'ouverture anormale, il n'en est plus de même dans ceux où elle est en suse et où une simple membrane ferme l'orifice du méat urinaire. Il est alors aussi rationnel que facile d'inciser cette membrane, d'en tenir les bords écartés, et de fermer l'orifice anormal par un des moyens applicables aux fistules urinaires de l'urètre. Il en est de même des cas où l'hypospadias consiste en une ouverture très étroite. En effet, en élargissant cette ouverture avec un bistouri, et en engageant chaque jour des bougies dans le canal, on comprend qu'on peut facilement obtenir une guérison prompte. Il est presque inutile d'ajouter qu'après la guérison les sujets devront s'astreindre à la précaution de passer de tems en tems un corps dilant dans l'ouverture, qui sans cela pourrait reprendre peu à peu ses dimensions premières.

Cependant, malgré les tentatives plus ou moins heureuses faites par M. Dieffenback qui a modifié de cent manières différentes et l'avivement et les sutures; malgré le succès si remarquable obtenu par M. Ségalas en se servant du prépuce pour boucher une fistule de la racine de la verge; malgré le résultat heureux de l'opération hardie faite par M. Ricord, qui n'a pas craint d'ouvrir une voie accidentelle aux urines par le périnée, tandis qu'il avait et l'omission une fistule de la verge; malgré, dis-je, ces progrès récents, je pense que chez nos deux malades nous ne devons avoir recours qu'aux méthodes anciennes.

En effet, chez le second malade, comme les trajets fistuleux traversent le gland en plusieurs sens, il est tout-à-fait impossible d'y pratiquer des sutures, et la boutonnière au périnée, de M. Ricord, serait un remède trop violent pour un mal d'aillieurs si supportable. — Quant au premier malade, nous pouvons espérer la guérison par la simple dilatation du méat. En effet, le trajet fistuleux est sans perte de substance; il semble fort oblique de la peau à l'urètre; il est en outre fort étroit, circonstances qui sont toutes favorables à la guérison.

Le traitement le plus rationnel et en même tems le plus ancien des fistules urinales consiste à dilater l'obstacle au cours des urines et à prévenir le passage de ce liquide à travers la fistule. On atteint le premier but à l'aide des bougies ou des sondes de plus en plus grosses. Quant au second, on n'y parvient qu'à l'aide de sondes. Il suit de là qu'en laissant à demeure dans le canal des sondes de plus en plus grosses, on remplit à la fois les deux indications. Hâtons-nous d'ajouter cependant que, quoiqu'il soit un rarement recours à ce dernier moyen. Le contact prolongé d'une sonde dans les voies urinaires expose à plusieurs inconvéniens qu'il n'est pas nécessaire de rappeler ici. D'ailleurs l'urine passe souvent entre la sonde et les parois du canal, et elle s'engage alors d'autant plus facilement dans la fistule que la surface interne de l'urètre est étalée par la présence de l'instrument. M. Larrey, attribuant ce dernier inconvénient à ce que les sondes ont deux yeux inégalement distans de leur extrémité, de telle sorte que l'un d'eux plonge dans le réservoir urinaire et reçoit l'urine, tandis que l'autre placé dans l'urètre, laisse sortir ce liquide qui se répand alors entre le canal et la sonde, M. Larrey, dis-je, a eu l'idée de n'employer des sondes qu'à un seul œil. Ce perfectionnement, si simple en apparence, suffit cependant dans beaucoup de cas pour prévenir l'accident dont nous parlons, mais il demeure sans effet contre ceux qui résultent du passage de l'urine entre la sonde et le col de la vessie.

En pareil cas on a donné le conseil de laisser l'orifice extérieur de la sonde constamment débouché, afin que chaque goutte d'urine arrivant dans la vessie pût immédiatement être couduite au dehors par le canal toujours ouvert de la sonde; mais cette pratique expose à un danger grave. Les parois de la vessie, toujours revenues sur elles-mêmes, touchent la pointe de la sonde, et cette pression prolongée sur un même point de l'organe finit par s'enflammer, s'ulcérer, et amener enfin la perforation, et de là un épanchement d'urine promptement mortel. Pendant que j'étais élève à Bicêtre, j'ai vu plusieurs vieillards succomber à ce genre d'accidens.

Si la dilatation intermitente n'est pas suffisante pour procurer la guérison, et si les sondes à demeure laissent sortir