



Faint, illegible text at the top left of the page.

Faint, illegible text in the middle left section of the page.

BE LYON  
UNIVERSITAIRE  
Faint, illegible text at the bottom left, possibly a stamp or library mark.

137.695

BULLETIN  
DE LA  
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
DE LYON

1-2

Juin 1897 - Juillet 1899



~~— N° 1 —  
JUN - JUILLET  
1897~~



LYON

ANCIENNE IMPRIMERIE A. WALTENER & Cie  
Paul LEGENDRE & Cie, Succ<sup>rs</sup>  
14, Rue Bellecordière, 14

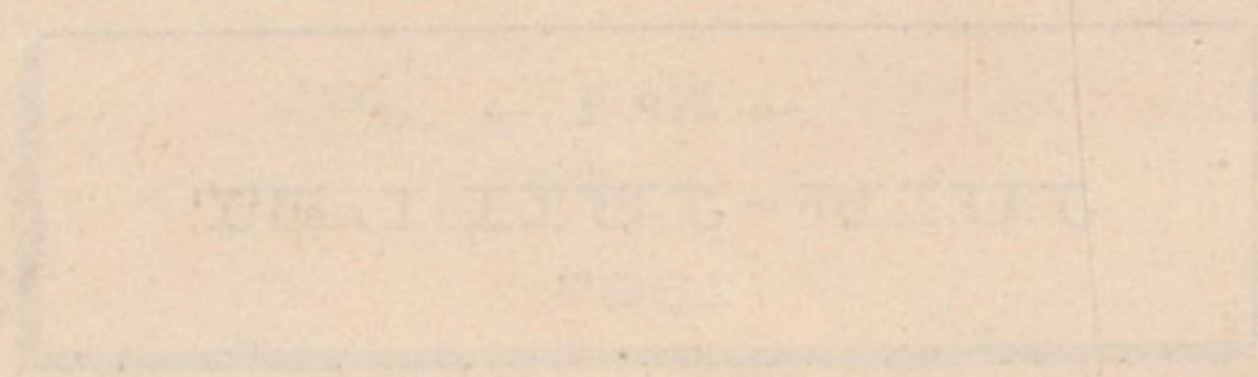
—  
1897

13500

BULLETIN

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON



LYON

MAISON FONDÉE EN 1828  
PAR M. J. B. LAFAYETTE  
11, rue de la République



BULLETIN  
DE LA  
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
DE LYON

---

La première séance a eu lieu le jeudi, 17 juin, à l'Hôtel-Dieu, salle Pasteur, sous la présidence de M. le professeur Ollier, qui a prononcé le discours suivant :

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

Quand plusieurs d'entre vous ont eu la pensée de fonder à Lyon une Société de Chirurgie, il est arrivé ce qu'on constate souvent à la naissance des institutions qui viennent à leur heure : on s'est demandé pourquoi on avait tant attendu pour réaliser une idée qui nous semble à tous, aujourd'hui, devoir être particulièrement féconde.

Ce n'est pas d'hier, cependant, que la question a été posée. Plusieurs fois, dans ces 25 dernières années, quelques chirurgiens des hôpitaux s'étaient demandé si la chirurgie, si florissante à Lyon, depuis un siècle, ne pourrait pas fournir les éléments durables d'une société qui n'aurait d'autre objet que son perfectionnement théorique et technique. Deux motifs principaux avaient fait ajourner la réalisation de cette idée qui n'avait été, du reste, discutée que dans des conversations privées.

La crainte de nuire à la prospérité des deux sociétés médicales existantes, auxquelles la chirurgie fournissait une bonne part de leurs ordres du jour, avait tout d'abord arrêté quelques-uns d'entre nous qui avaient été pendant longtemps membres actifs de l'une ou fondateurs de l'autre, et qui ne voulaient pas compromettre l'avenir de ces institutions auxquelles ils s'étaient filialement attachés. D'autre part, on se demandait si le nombre des chirurgiens des hôpitaux, c'est-à-dire des membres sur lesquels on pouvait particulièrement compter, nombre plus restreint à cette époque qu'il ne l'est aujourd'hui, serait suffisant pour entretenir la vie régulière d'une de ces sociétés scientifiques qui supportent sans trop en souffrir la pléthore des communications, mais qui succomberaient bien vite à l'anémie. A ces deux causes d'hésitation, s'en ajoutait une autre qui arrêtait quelques esprits, et non des moins élevés : on craignait de trop séparer la chirurgie de la médecine proprement dite et d'exagérer la divergence des deux branches d'une même science qui doivent partir des mêmes principes généraux et qui tout en progressant isolément, ont le plus grand intérêt, non seulement à ne pas perdre leurs points de contact, mais à rester étroitement unies.

Cette idée de l'union ou, du moins, de l'harmonie des deux branches principales de la médecine a toujours la même raison d'être et la même valeur philosophique. Mais il ne s'agit pas de discuter sur des principes et des méthodes que personne ne conteste ; ce que nous cherchons, c'est une organisation meilleure qui nous permette à tous de rendre notre travail plus fructueux et notre bonne volonté plus efficace.

La division du travail s'impose aujourd'hui de plus en plus, dans la science comme dans l'industrie ; or, malgré la nécessité des idées générales qui sont indispensables pour imprimer une direction féconde aux travaux spéciaux, il faut absolument se borner, se limiter et ne pas oublier que l'activité humaine ne pouvant pas s'étendre dans tous les sens, on perd en profondeur ce qu'on gagne en surface. Il suffit de réfléchir un instant sur les progrès incessants que fait la chirurgie pour comprendre qu'à elle seule elle fournira une mine inépuisable aux chercheurs les mieux organisés, et encore ne pourra-t-elle faire un travail productif qu'à la condition d'abandonner à d'autres la culture de quelques parties de son domaine, que l'usage et les nécessités de la pratique en ont progressivement séparées.

Ces idées paraissent si claires aujourd'hui qu'elles ne soulèvent plus d'objections. On est tellement persuadé de l'utilité des efforts communs pour la solution des questions complexes que le progrès des sciences soulève à chaque instant qu'on sent partout le besoin de s'associer et de faire appel au travail collectif.

Il ne s'agit pas, bien entendu, de substituer le travail collectif au travail individuel qui sera toujours la principale source d'invention et de progrès; on doit les compléter et les féconder l'un par l'autre. Trop demander au travail collectif serait tuer l'originalité et stériliser l'esprit d'initiative en nivelant les aptitudes productrices.

Une société scientifique doit être à la fois un terrain favorable à l'épanouissement des idées neuves et originales, un milieu critique propre à prévenir les erreurs, à arrêter les fausses théories et à rectifier les pratiques dangereuses, et surtout un moyen de réunir, en peu de temps, sur un même sujet des documents et des matériaux que le travail d'un seul ne pourrait jamais rassembler qu'à la longue. C'est en réunissant ces trois conditions qu'une société peut faire une œuvre réellement utile, et c'est parce que vous avez ainsi envisagé le rôle futur de la Société de Chirurgie de Lyon que vous avez répondu avec tant d'empressement à l'appel que deux de nos jeunes collègues, et des plus distingués : MM. Rochet et Vallas, ont adressé à tous les chirurgiens des hôpitaux de Lyon et à ceux qui sont chargés de l'enseignement de la chirurgie dans la Faculté.

En nous groupant ainsi, nous ne nous séparons pas des autres sociétés médicales auxquelles nous appartenons, et je suis heureux de pouvoir le dire aux membres de ces sociétés qui nous font l'honneur d'assister à cette séance, nous ne nous éloignons pas d'eux et nous serons heureux de prendre part à leurs travaux toutes les fois que les grandes questions qui nous sont communes nous rappelleront au sein de leur société respective.

Il y a un grand nombre de questions générales, médico-chirurgicales, dans lesquelles les doctrines sont tout, et où la technique n'occupe qu'un rang secondaire. Qu'ils les fassent surgir, et nous nous empresserons de nous rendre au milieu d'eux, surtout quand notre participation commune pourra apporter quelques lumières au profit de tous.

Mais, pour les questions de pathologie spéciale qui nous incombent, et surtout pour les questions techniques auxquelles les progrès récents de la chirurgie opératoire ont

donné tant d'importance dans ces derniers temps, il y a tout avantage, non pas à nous isoler (nos séances seront toujours publiques), mais à ne pas disséminer nos forces et à consacrer tout notre temps à l'élucidation de nos problèmes spéciaux.

Nous avons assisté, dans ces dernières années à une rénovation de la chirurgie qui n'a certainement pas eu son égale dans tout le cours de son histoire. Grâce à l'anesthésie d'abord et ensuite à l'antisepsie, tout s'est transformé, non seulement dans la technique, mais dans les indications et dans les résultats, c'est-à-dire dans la manière de comprendre l'utilité des opérations et dans les conséquences qu'on doit leur demander.

Nous enregistrons chaque jour de nouveaux progrès, mais nous voyons aussi, chaque jour, naître des erreurs dangereuses, s'élever des contradictions qui remettent tout en question, et surgir des doutes sur l'utilité et l'efficacité de certains opérations qui, la veille encore, étaient présentées sous les couleurs les plus séduisantes. Il est donc nécessaire, en raison même de l'activité qu'on déploie partout, de faire un travail incessant de critique et de contre-épreuve, et ce travail s'impose à tous les chirurgiens qui ont conscience de leur responsabilité et qui veulent scientifiquement progresser.

Cette tendance s'accuse de toutes parts en ce moment, et les sociétés, qui ne veulent pas être seulement des sociétés de présentation ou d'exhibition des cas rares, comprennent que la critique et la discussion sont de plus en plus nécessaires.

C'est en nous inspirant des grands principes que nos prédécesseurs et nos maîtres nous ont légués que nous aborderons cette tâche qui incombe à tout chirurgien aspirant à être autre chose qu'un simple opérateur. Depuis plus d'un siècle, depuis Bonnet surtout, la chirurgie lyonnaise a acquis, par la valeur de ses travaux et l'originalité de ses inventions, assez d'autorité pour jouer son rôle dans ce mouvement de rénovation doctrinale qui se produit dans les diverses écoles chirurgicales, et qui est d'autant plus nécessaire que l'innocuité des interventions a fait naître une foule d'opérations, irrationnelles selon les uns, inutiles selon les autres, sur la valeur desquelles on est loin, bien loin même, d'être fixé. Suivant toujours la méthode qui a compté dans la chirurgie lyonnaise tant d'éminents représentants, méthode à la fois expérimentale et critique, nous partirons de la science pour arriver à l'art, et nous nous met-

trons à l'abri des entraînements dangereux en nous attachant toujours à juger la valeur de l'idée par ses résultats pratiques. Continuant à nous tenir en garde contre les résultats hâtifs, trop rapidement signalés ou trop pompeusement annoncés, nous demanderons toujours, avant de nous rallier à une méthode, à un procédé, à connaître ses résultats éloignés et définitifs. C'est une méthode lente, mais sûre. Je dis plus, c'est la seule méthode scientifique et la seule qui ne donne pas de déception; mais il est d'autant moins nécessaire d'insister ici sur l'importance de cette méthode que, nulle part, elle n'a été mieux appliquée et n'a donné de meilleurs résultats que dans les travaux que vous avez publiés depuis vingt ans.

Malgré tout ce qu'ont fait nos prédécesseurs, malgré tout ce qu'à déjà pu faire chacun de nous, non seulement il se perd chaque jour une foule d'observations du plus grand intérêt, mais on est très mal renseigné en dehors sur ce qui se passe dans nos divers services. Il est des méthodes, depuis longtemps consacrées par l'expérience, qui sont à peine soupçonnées de ceux qui n'ont pas fréquenté nos hôpitaux; il est des procédés d'une valeur pratique réelle qui sont à peu près ignorés; il est des opérations depuis longtemps imaginées à Lyon, et devenues classiques parmi nous, que nous voyons de temps en temps annoncées comme des nouveautés sous un nom qui n'est pas celui de leur véritable inventeur. Il est enfin des théories, des idées doctrinales nées et développées à Lyon, qui sont encore très incomplètement connues, malgré le nombre des publications, les thèses ou les articles de journaux dans lesquels elles ont été depuis longtemps exposées. Avec notre Société cet état de choses cessera; on saura mieux ce qui se fait à Lyon dans les divers services, et notre chirurgie, déjà placée si haut dans l'estime publique, acquerra certainement un nouveau relief par la publication et les comptes rendus de nos travaux.

De toutes parts, d'ailleurs, il s'opère des groupements de chirurgiens sous le nom d'Associations chirurgicales, de Sociétés de Chirurgie. C'est à notre pays, nous ne devons pas le passer sous silence, et à une époque déjà éloignée, que revient l'honneur d'avoir fondé la première et la plus illustre des Sociétés exclusivement vouées au culte de la chirurgie. C'est en 1731 que fut créée l'Académie Royale de Chirurgie dont le premier directeur fut J.-L. Petit, et qui, jusqu'à la fin du siècle dernier, porta

dans tout le monde civilisé l'influence et le renom des chirurgiens français. Grâce à leurs travaux notre chirurgie fut placée hors de pair durant tout le dix-huitième siècle. L'Académie de Chirurgie dura jusqu'à la Révolution. Elle fut supprimée, en 1793, par le décret de la Convention qui forçait toutes les Académies, toutes les Sociétés savantes à disparaître.

Un demi-siècle plus tard, en 1843, quelques chirurgiens de Paris, au nombre de dix-sept, se réunirent pour renouer cette glorieuse tradition. Ils fondèrent alors la Société de Chirurgie de Paris qui ne tarda pas à marcher sur les traces de son aînée et à prendre la tête du mouvement chirurgical dans notre pays. Il y a trois ans elle fêta solennellement le premier cinquantenaire de sa fondation.

Cette Société, si prospère aujourd'hui, eut des débuts modestes. Ses séances se tinrent sans bruit pendant huit ans, dans un petit local qui lui avait été accordé par le préfet de la Seine, M. de Rambuteau, à l'hôtel de ville de Paris.

Elle n'avait encore rien publié quand, au moment de la Révolution de Février, ses papiers, ses compte rendus, les quelques centaines de francs qui constituaient son trésor furent pillés ou brûlés. Elle ne commença la publication de ses mémoires qu'en 1848 et ne put entrer qu'en 1852 dans un local convenable, le même, du reste, qu'elle occupe encore aujourd'hui.

Nous sommes plus heureux pour nos débuts. Grâce à l'administration des Hospices, nous sommes dès aujourd'hui installés dans un local magnifique et confortable, qui nous permettra de nous mouvoir à l'aise et de recevoir un public nombreux à nos séances. Je remercie en votre nom, Messieurs et chers collègues, l'administration des Hospices de cette nouvelle libéralité, qui prouve, une fois de plus, l'intérêt qu'elle prend aux progrès de la chirurgie.

A l'étranger, des institutions analogues, quant à leur but du moins, ont été créées dans ces dernières années. Au premier rang, par l'importance de ses travaux, le nom de ses fondateurs ou le nombre de ses adhérents, je signalerai la Société allemande de Chirurgie qui fêta solennellement, l'an dernier le 25<sup>e</sup> anniversaire de son existence. L'Amérique et l'Italie ont formé des associations analogues. L'Angleterre a toujours religieusement conservé son Collège des Chirurgiens. Mais ces ins-

titutions ne ressemblent pas à celle que nous fondons aujourd'hui.

La Société allemande de Chirurgie ne se réunit en Congrès qu'une fois tous les ans, et ses séances durent quatre jours seulement. Tous les ans aussi se réunissent les Sociétés de Chirurgie nord-américaine, italienne et autres. Aucune de ces associations n'a de séances hebdomadaires comme la Société de chirurgie de Paris. Des réunions aussi fréquentes seraient très difficiles, du reste, et matériellement, presque impossible ; tous les chirurgiens nationaux, quelque éloignés qu'ils soient de la capitale, ou d'un des centres chirurgicaux importants du pays, pouvant, à certaines conditions, faire partie de l'Association.

C'est cette institution que nous avons imitée en créant, en 1885, l'Association française de Chirurgie qui nous réunit à Paris, en congrès, tous les ans, au mois d'octobre et qui nous a fait l'honneur de venir siéger à Lyon, il y trois ans.

Grâce à ces congrès, l'organisation de la chirurgie militante est devenue plus complète en France que dans tous les pays qui nous entourent. Aux sociétés sédentaires, à séances hebdomadaires comme la Société de Chirurgie de Paris, ou à séances bi-mensuelles comme la nôtre, nous ajoutons la réunion annuelle de tous les membres de l'Association française de Chirurgie.

La création de notre nouvelle société, ne modifiera en rien les liens qui nous unissent à notre grande sœur aînée, la Société de Chirurgie de Paris, ou à l'Association française de Chirurgie. Nous continuerons à prendre part à leurs travaux, à leur congrès annuel, persuadés que nous sommes que ces institutions ont une utilité réelle et une grande valeur au point de vue de l'influence morale de notre chirurgie. Comme je le disais, il n'y a qu'un instant, aux membres de nos sociétés locales, nous n'avons cherché, en fondant la Société de Chirurgie de Lyon, qu'une occasion de plus pour travailler en commun, et un terrain plus favorable pour mettre à profit les ressources que nous avons. Nous nous réunirons deux fois par mois, tout d'abord, mais je me laisse aller volontiers à la pensée que le nombre des communications et la longueur de vos discussions vous forceront tôt ou tard, bientôt même, j'espère, à rendre vos séances hebdomadaires.

L'avenir de notre Société est entièrement entre vos mains. La Société de Chirurgie de Lyon sera ce que vous

la ferez et ce que vous voudrez qu'elle soit. Vous avez pour vous, indépendamment de la richesse inépuisable de nos hôpitaux, un nombre déjà suffisant et qui croîtra chaque année, d'hommes jeunes, actifs, dévoués, enthousiastes, comme on l'est et comme on le sera toujours, en entrant dans une carrière aussi belle que la nôtre, où les jouissances intellectuelles et morales indemnissent largement de la peine qu'on se donne et des déboires qu'on éprouve. Ce sera un grand bonheur pour moi que d'assister au développement progressif de notre Société et d'applaudir à vos succès, et un de mes plus chers souvenirs sera d'avoir inauguré votre première séance.

Aussi, Messieurs et chers Collègues, permettez-moi de vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider à vos premiers travaux. J'y suis d'autant plus sensible que j'avais été complètement étranger à l'idée de la création actuelle de la Société de chirurgie et aux réunions préliminaires dans lesquelles vous avez trouvé les moyens de la réaliser. Je ne saurais mieux me reconnaître vis-à-vis de vous qu'en me vouant tout entier aux obligations que cet honneur m'impose. Je prends le même engagement au nom de tous les membres du Bureau, car je suis sûr d'être leur interprète en vous disant que vous pouvez compter sur leur dévouement le plus absolu et leur zèle le plus ardent pour le succès de notre œuvre.

Nous n'avons maintenant qu'à nous mettre au travail et je vous rappellerai, en terminant, cette vieille et simple devise qui a souvent servi, mais qui ne sera, j'espère, jamais mieux justifiée que par vous : *Laboremus*.

---

*Séance du 17 juin 1897.*

---

### DE L'OSTÉOTOMIE MÉDIANE DE L'OS HYOÏDE SES INDICATIONS GÉNÉRALES

**M. Vallas.** — Avant d'aborder cette étude, je désire résumer en deux mots le manuel opératoire de cette opération qui est des plus simples.

Dans le premier temps, section de la peau sur la ligne médiane, l'incision remontant et descendant à un travers de doigt ou plus au-dessus et au-dessous de l'os hyoïde.



Dans le deuxième temps, section de l'os hyoïde sur la ligne médiane à l'aide de la cisaille de Liston.

Dans le troisième temps, décollement des muscles, et alors on peut suivre deux voies : entrer dans le pharynx inférieur au niveau de la région épiglottique ou remonter dans l'épaisseur de la langue au milieu du plancher buccal.

I. — Dans le premier cas, on pratique ce que j'ai appelé une *pharyngotomie transhyoïdienne*.

Voyons dans quels cas elle est indiquée :

1<sup>o</sup> Dans le traitement des corps étrangers du pharynx inférieur et de l'entrée de l'œsophage.

En comparant la pharyngotomie transhyoïdienne à la pharyngotomie sus-hyoïdienne de Jeremitsch, on voit qu'elle est d'une exécution plus facile, produit moins de délabrements et donne un jour suffisant.

2<sup>o</sup> Dans le cas de tumeur de l'épiglotte.

En présence de pareille affection, les chirurgiens emploient la pharyngotomie sous-hyoïdienne de Malgaigne. Cette opération est difficile, présente des inconvénients, blessure possible du laryngé supérieur, limitation du champ opératoire entre l'os hyoïde et le bord supérieur du cartilage thyroïde. Elle a été relativement peu employée puisque la statistique de Rosenbaum n'en accuse que 30 cas en 50 ans.

La section de l'os hyoïde ouvre une large fenêtre sur la région épiglottique et peut permettre l'ablation complète des tumeurs de l'épiglotte.

3<sup>o</sup> Dans le rétrécissement syphilitique du pharynx, surtout de la portion sus-laryngienne.

La syphilis peut frapper le pharynx supérieur, produire la symphyse staphylo-pharyngienne. A cette infirmité, on opposera la méthode de traitement instituée par MM. Albertin et Martin. Libération du voile et prothèse temporaire pour éviter les adhérences secondaires.

Mais aux rétrécissements du pharynx inférieur, à la gêne apportée par les brides cicatricielles obstruant, déformant le pharynx, bridant l'épiglotte ou tirillant les replis pharyngo-épiglottiques, le procédé de choix sera le débridement, la dilatation qu'on pratiquera en abordant la région par la voie transhyoïdienne.

Cette méthode est bien préférable à la pharyngotomie interne, opération aveugle, dangereuse, si l'on veut faire le nécessaire, inutile si l'on reste prudent.

Faut-il faire la trachéotomie préventive et employer la canule-tampon ? Après l'avoir pratiquée une fois, je l'ai

abandonnée et n'ai pas constaté d'accidents laryngo-trachéaux pendant l'opération.

II. — Dans le second cas, on va du côté du plancher buccal, on utilise la voie transhyoïdienne pour pratiquer l'ablation des tumeurs de la langue.

1° *Tumeurs bénignes.* — Ces tumeurs sont, le plus souvent, des tumeurs congénitales liées au développement de la langue, à une anomalie de régression ou d'évolution du canal thyro-glosse de Bochdaleck.

Ce sont tantôt des kystes profonds ad hyoïdiens, tantôt des tumeurs solides.

Dans une observation que j'ai publiée, j'ai eu à pratiquer l'ablation d'une tumeur solide de la base de la langue chez une jeune fille de vingt ans. Dans une première intervention, j'utilisai la voie sus-hyoïdienne latérale, et, malgré toute l'attention que j'apportai à la recherche de la tumeur, elle disparut en quelque sorte pendant l'intervention, véritable tumeur fantôme, et je dus terminer l'opération convaincu de n'en avoir pas pratiqué l'ablation.

Quelque temps après, la tumeur avait reparu et même augmenté de volume ; c'est pour arriver sûrement sur elle que j'imaginai de sectionner l'os hyoïde pour aborder plus sûrement les parties profondes du plancher buccal.

Mes prévisions se réalisèrent et je pus énucléer une tumeur du volume d'une noix, sans me perdre dans les masses musculaires de la langue.

Cette tumeur se trouva, à l'examen histologique, être constituée par du tissu thyroïdien. Il s'agissait d'un véritable goître lingual.

Depuis cette dernière intervention, la guérison s'est maintenue.

2° *Cancer de la langue.* — A cette affection, je propose d'opposer l'amputation de la langue par la voie transhyoïdienne. L'os hyoïde étant sectionné, les muscles désinsérés, on pratique l'effraction de la portion sub-linguale du plancher buccal, on va saisir la pointe de la langue et on la fait passer par la brèche transhyoïdienne. Il suffit de pratiquer une traction progressive, en même temps qu'on sectionne les parties latérales et inférieures des attaches linguales pour voir la langue toute entière sortir au dehors. On arrive ainsi à amener la face antérieure de l'épiglotte à l'ouverture et on peut raser les attaches glosso-épiglottiques avec la plus grande facilité.

Pour faire une opération complète, on pourra, au début,

faire une incision cutanée transversale formant la croix avec l'incision médiane, de façon à pratiquer le nettoyage ganglionnaire des régions sus-hyoïdiennes.

Ces mêmes incisions transversales serviront à exécuter la ligature préalable des artères linguales.

Nous croyons ce procédé supérieur à l'ostéotomie du maxillaire inférieur dont nous avons signalé les suites longues et fâcheuses.

Il n'y a pas lieu, dans ces cas, de faire la trachéotomie préalable, car on ne pénètre pas dans le pharynx.

La section de l'os hyoïde ne produit pas de troubles spéciaux consécutifs. La consolidation se fait rapidement en produisant une convergence plus accusée des deux branches. La forme de l'os s'accroît en ogive.

En résumé, je crois cette opération utile et facile à pratiquer.

**M. Gangolphe** a pu constater les avantages de la voie transhyoïdienne pour faire l'extirpation totale de la langue; jamais, en effet, il n'a vu réséquer d'une façon aussi complète la portion juxta-épiglottique de la langue que par le procédé de M. Vallas. Il croit, cependant, qu'il ne faut pas abandonner l'ostéotomie verticale, médiane ou latérale du maxillaire dans les cas d'envahissement du plancher buccal par le néoplasme.

**M. Jaboulay** n'est pas d'avis de rejeter l'incision transversale sus-hyoïdienne qui donne beaucoup de jour, permet d'aborder facilement le plancher buccal sans qu'il soit nécessaire de sectionner l'os hyoïde.

**M. Vallas** répond que l'ostéotomie du maxillaire a les suites les plus pénibles pour les malades. La consolidation est souvent longue à se faire, la surface de section osseuse peut s'infecter et les troubles de mastication persistent longtemps.

Quant à la large incision sus-hyoïdienne, c'est une véritable balafre qui sacrifie tous les organes de la région et surtout le muscle mylo-hyoïdien. Après une pareille opération, la déglutition est considérablement gênée par le défaut de mobilité de la sangle mylo-hyoïdienne représentant le plancher buccal.

Rien de semblable avec la section de l'os hyoïde qui permet de ménager une grande partie des muscles et ne produit qu'une gêne temporaire et courte de la déglutition.

**M. Condamin** demande s'il y aurait un inconvénient à suturer l'os hyoïde.

**M. Vallas** n'y voit pas d'inconvénient.

**M. Ollier** s'associe aux conclusions de M. Vallas.

---

*Séance du 24 juin 1897*

---

### DE L'ABLATION DU CANCER DU RECTUM

**M. Michel Gangolphe.** — Il y a six mois environ, entra dans mon service une femme de 58 ans, porteur d'un cancer ano-rectal, affectant une forme annulaire remontant à 7 ou 8 cent. dans sa demi-circonférence postérieure et à 3 ou 4 cent. en avant.

L'état général était bon, il n'existait pas de ganglions inguinaux; je résolus d'intervenir et d'employer un plan opératoire auquel je m'étais arrêté depuis longtemps mais que les refus des malades m'avaient empêché d'exécuter.

Convaincue de la gravité de la situation et souffrant déjà beaucoup, la patiente accepta, et je fis successivement : 1<sup>o</sup> un anus iliaque définitif; 2<sup>o</sup> l'ablation du rectum cancéreux.

Avant de faire connaître le manuel opératoire suivi je tiens à indiquer sommairement les motifs qui m'avaient fait proposer et adopter une telle ligne de conduite.

\*\*\*

Ce qu'il faut rechercher avant tout, dans l'ablation des tumeurs malignes en général, et de celles du rectum en particulier, c'est leur extirpation aussi complète que possible. Les considérations ayant trait au rétablissement de la forme et de la fonction de l'organe opéré passent à l'arrière plan. C'est pour cela que je suis d'avis d'abandonner les nombreux procédés imaginés dans le but de restaurer rectum et anus. Avec de nombreux chirurgiens, j'ai pu constater combien les sutures lâchaient facilement dans ces tissus tirés outre mesure et exposés, quoique l'on fasse, à l'infection. Trop souvent le champ opératoire n'est qu'un cloaque; l'incontinence des matières, à moins de constipation artificielle (alimentaire et médicamenteuse) est un supplice pour le malade. Par contre, chez les sujets auxquels j'avais fait soit la cœcostomie, soit la colostomie iliaque, la défécation s'effectuait dans des conditions satisfaisantes. Une simple pelote maintenue sur l'anus artificiel empêchait toute

souillure; deux toilettes par jour, faciles à pratiquer par le sujet lui-même, étaient suffisantes pour assurer la propreté de la région. *Un anus iliaque vaut mieux qu'un anus sacré ou périnéal établi après extirpation d'un cancer du rectum.*

\*\*\*

Une autre indication, tout aussi impérieuse, de créer l'anus iliaque dans un premier temps, posée depuis longtemps par M. Pollosson, acceptée aujourd'hui par tout le monde, c'est la nécessité de dériver les matières fécales si l'on veut augmenter les chances d'asepsie opératoire. La suppression du contact des matières, des lavages abondants, bi-quotidiens à l'eau bouillie ou boriquée, permettront d'opérer sur un terrain je ne dirai pas sûr, mais moins infecté. Afin d'obtenir une dérivation permanente et complète *je crois qu'il vaut mieux couper complètement l'S iliaque, aboucher l'extrémité supérieure, en fermant, ou non, le bout inférieur; la colostomie classique est insuffisante.*

\*\*\*

Quant à l'extirpation du rectum cancéreux, je ne rééditerai pas ce qui a été dit relativement à l'inutilité de toucher au sacrum; ordinairement la section du coccyx est suffisante. J'indiquerai seulement les détails de technique qui m'ont paru véritablement importants, d'abord au cours de manœuvres d'amphithéâtre et ensuite sur la table d'opérations.

1° *Attitude du sujet.* — Morestin a justement insisté sur les avantages résultant de la *position de la taille fortement exagérée*. Les jambes fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin; le siège lui-même sera fortement soulevé par un coussin, de telle sorte que l'orifice anal, devenu vertical, la région ano-sacrée toute entière se présente facilement à l'opérateur. Cette attitude me paraît tellement favorable que je n'hésite pas à la regarder comme *aussi utile que la position inclinée (à la Trendelenburg)* pour les opérations abdominales et pelviennes.

2° *Extirpation du rectum.* — Malgré la dérivation et la désinfection bi-quotidienne du rectum pendant une quinzaine de jours, il est évident que l'on ne peut se flatter d'avoir aseptisé complètement cet organe.

J'ai cherché à *l'extirper en évitant autant que possible tout contact entre son contenu et la plaie opératoire.* Voici comment j'ai procédé :

1° Une mèche de gaze iodoformée, suffisamment longue

pour le distendre modérément, est introduite dans le rectum. Cette précaution est de la plus grande utilité pour permettre de reconnaître extérieurement le rectum, d'en suivre les limites et de le contourner avec les doigts.

2<sup>e</sup> Une longue incision médiane, partant de l'anus, suivant le raphé postérieur, la crête sacrée, met à découvert le tissu cellulaire péri-rectal; l'artère et les veines sacrées moyennes sont liées et coupées. Quelques coups de détache-tendons, dénudent suffisamment le coccyx qui est sectionné à la cisaille. Afin de faciliter l'écartement des deux lèvres de la plaie je donne deux traits de cisaille de chaque côté (ou même un seul) et je puis alors récliner très fortement les deux volets. L'œil et surtout le doigt reconnaîtront le rectum. Je cherche à le dénuder, à le contourner. Lorsque j'y suis parvenu, avec l'index gauche en crochet, j'attire l'intestin hors de la plaie. Celle-ci étant protégée par un large tampon, un aide retire alors la mèche de gaze qui bourrait le rectum, servait à le faire reconnaître, mais qui, momentanément, serait une gêne.

3<sup>o</sup> Deux longues pinces sont placées perpendiculairement sur le rectum au-dessus de la tumeur, puis l'organe est sectionné entre elles deux au thermocautère ou au bistouri.

Sur ma malade j'avais pu très nettement sentir extérieurement les limites du néoplasme; dans le doute il vaut mieux remonter davantage le niveau de la section. Le segment rectal inférieur, anus compris, est alors extirpé de haut en bas en quelques coups de ciseaux courbés, mousses. Quant au segment inférieur on le fixe par quelques points de suture à l'angle supérieur et postérieur de la plaie opératoire. L'hémorrhagie nécessite un certain nombre de pinces, mais n'est nullement inquiétante. Quelques points de suture, placés en avant, réduisent un peu les dimensions de la plaie, mais je suis d'avis de laisser la plaie, surtout en arrière, largement ouverte; tamponnement avec de la gaze iodoformée faible ou salolée. Une mèche de gaze salolée, placée dans le bout rectal supérieur, garantit, au moins pendant les 48 premières heures, la surface cruentée contre les sécrétions de la muqueuse intestinale.

\*\*\*

Je n'ai pas parlé, jusqu'ici, du cul-de-sac péritonéal. Quand on peut se dispenser de l'ouvrir, comme chez mon opérée, cela est infiniment plus favorable, mais si la

tumeur est haut placée on devra l'ouvrir sans hésiter et placer des pinces hémostatiques sur chacune des lèvres péritonéales afin de ne pas les perdre. Le rectum sera ensuite abaissé en plaçant successivement des pinces-longuettes sur le méso-rectum et en coupant au fur et à mesure. Le méso-rectum paraît être l'obstacle principal à l'abaissement de l'intestin. On pourra enlever ainsi en remontant très haut. Bien entendu la précaution de pincer l'intestin avant de le sectionner a ici une importance toute particulière.

L'ablation terminée on fermera la plaie péritonéale par un surjet, le segment rectal supérieur sera fixé à la plaie, on pourra même laisser la pince pendant 48 heures pour assurer l'occlusion et prévenir l'infection.

J'ai suivi à peu près points par points le plan opératoire précité, chez ma malade; le voici du reste très sommairement indiqué.

Le 18 décembre 1896.— Colostomie iliaque. Incision habituelle, le côlon est attiré à la plaie et lié avec un fil de soie. Une ouverture est faite à l'intestin au dessous de la ligature du côté qui paraît être le bout inférieur. Une sonde de Nélaton est introduite et une injection d'eau est poussée, le liquide ressort par l'anus. La sonde est retirée.

Une deuxième ligature est faite au dessous de l'ouverture. Puis l'intestin est sectionné complètement entre les deux ligatures au thermocautère. Le bout inférieur est fixé à la plaie par quelques points séro-séreux; il en est de même pour le bout supérieur, avec cette différence, cependant, que je le fixe sur une certaine longueur de manière à faire un cœcum.

Je comptais ajouter à la ligature un adossement séro-séreux; j'y ai renoncé, en raison des difficultés relatives dues à l'épaisseur des tissus à recouvrir ainsi. Je n'ai ouvert le bout supérieur que 48 heures plus tard le 21 décembre.

Le 28 décembre on constate en faisant une injection d'eau par l'anus, que le liquide ressort par la plaie abdominale; la ligature du bout inférieur est tombée après avoir sectionné l'intestin.

#### *Ablation du rectum cancéreux.*

Le 8 janvier. — Anesthésie à l'éther; position de la taille exagérée, le rectum est légèrement distendu par de la gaze iodoformée.

1° Incision verticale suivant le raphé postérieur et la crête sacrée.

2° Section du coccyx antéro-postérieure à la cisaille, avec sections libératrices transversales à la base de cet os ; ligature et section des vaisseaux sacrés.

3° Dénudation du rectum qui est contourné puis attiré avec le doigt en crochet ; on constate un certain degré d'envahissement du tissu cellulaire rétro-rectal qui est extirpé largement.

4° Les pinces sont placées obliquement sur le rectum, de manière à ménager le cul-de-sac péritonéal que l'on voit bomber dans le fond de la plaie. Le rectum est coupé et je constate que les pinces ordinaires glissent et qu'il importe d'avoir des pinces-longuettes, droites ou courbes, à dents ou à rainures très marquées.

5° Le bout inférieur, anus compris, est rapidement extirpé en quelques coups de ciseaux. De nombreuses pinces hémostatiques doivent être placées ; mais au total cinq ou six ligatures seulement.

6° Le bout supérieur du rectum est suturé à la peau, dans l'angle postéro-supérieur, et tamponné avec une mèche de gaze faiblement iodoformée.

7° Les deux lèvres de la plaie sont seulement suturées en avant par quelques points.

Tamponnement à la gaze salolée et iodoformée.

Les suites furent assez simples, mais il y eut de la suppuration et un peu de température ; les premiers jours on nota également de violentes douleurs dans la région du coccyx.

Je crois qu'il est sage de ne pas trop faire de réunion dans une telle région.

Le 12 février la malade se lève tout en ayant encore besoin d'un petit pansement. Son anus iliaque fonctionne très bien ; elle ne se souille pas dans la journée et va chaque matin à la selle. Un simple tampon d'ouate suffit pour empêcher l'issue des matières.

Quelques jours plus tard je la présente à la Société de Médecine ; elle part enfin chez elle pourvue d'une pelote-tampon pour obturer l'anus. Quelques mucosités sortent de temps à autre par l'orifice ano-coccygien, une ou deux fois souillées par quelques parcelles stercorales. La santé est parfaite et les fonctions de défécation aussi satisfaisantes que je l'ai dit.



Sans vouloir donner à cette observation plus d'importance qu'elle n'en comporte, je me permettrai de faire remarquer qu'à côté de certains détails opératoires secondaires, mais pratiques, elle montre le sens suivant lequel, à mon avis, doit s'orienter la thérapeutique du cancer du rectum, c'est-à-dire la *création d'un anus iliaque préliminaire et définitif suivi de l'ablation large de la tumeur, sans grands délabrements et avec le maximum de sécurité opératoire*. Se préoccuper outre mesure de rétablir un anus périnéal ou sacré, c'est bien souvent s'exposer à ne faire que des extirpations parcimonieuses, suivies alors de récidives.

Il est difficile de décider un malade qui souffre peu ou pas du tout, dont la défécation est à peu près normale à la double intervention que nous avons pratiquée, surtout si elle est exécutée en deux temps séparés par un certain intervalle. Nous ne pouvons entrer dans ces considérations et nous estimons que le chirurgien convaincu pourra bien souvent obtenir le consentement du patient.

En simplifiant de plus en plus le manuel opératoire de la colostomie, puis de l'extirpation, on arrivera, surtout sur un sujet maigre et résistant à faire les deux interventions dans la même séance. L'expérience m'a prouvé que le but d'aseptiser le bout inférieur par la colostomie préalable était loin d'être atteint. La surface du cancer et même de la muqueuse voisine est, malgré les lavages, une source d'infection. *Si j'adopte la colostomie préliminaire et définitive c'est surtout parce que je ne suis pas partisan de la réfection d'un anus sacré ou périnéal.*

Je me résumerai en disant :

1° Qu'il faut, dans le traitement du cancer du rectum, et sans retour, abandonner l'idée de restaurer les fonctions de l'organe, et recourir d'emblée à la colostomie définitive, faite plus ou moins longtemps à l'avance, avec ou sans fermeture du bout inférieur. Je ne suis pas partisan de la fermeture par suture du bout inférieur ; on peut transformer celui-ci en un réceptacle terminé en cul-de-sac ; d'autre part, le procédé de la double ligature est très rapide.

2° L'extirpation sera faite en évitant autant que possible l'ouverture de l'intestin, ce qui est relativement facile dans les conditions que j'ai indiquées.

**M. Maurice Pollosson.** — M. Gangolphe, en décrivant son opération, nous a dit avoir suivi sur un point le plan que j'ai proposé pour la cure radicale des cancers

du rectum : il a fait précéder l'extirpation de la tumeur de l'établissement d'un anus iliaque.

J'ai proposé l'anus préliminaire en 1884 dans une communication faite à la Société de Médecine : la même année, M. Laguaite a consacré à ce sujet, sa thèse inaugurale. A cette époque, M. Ollier, M. Letiévant donnèrent à cette modification leur haute approbation : elle a été souvent utilisée à Lyon, où on me fait l'honneur de la désigner par mon nom.

Depuis 1884, l'anus préliminaire s'est répandu, vulgarisé : il est maintenant presque inséparable des grandes interventions dans le cancer du rectum. L'opération de Kraske en est devenue tributaire. On se passerait plus aisément de la résection partielle du sacrum que de l'anus iliaque comme opération préliminaire des néoplasmes étendus et élevés.

J'ai le regret de constater que ceux qui l'ont utilisé et qui l'utilisent aujourd'hui passent volontiers sous silence le nom de celui qui l'a proposé. Ou bien, suivant un usage trop répandu, on accole au procédé un nom allemand.

Toutefois, M. Morestin, dans son excellente thèse sur les opérations qui se pratiquent par la voie sacrée, a bien voulu aborder l'étude de ce point historique et établir mieux que je n'aurais pu le faire, mes titres à la priorité.

Laissons ce côté de la question. En proposant l'anus préliminaire, je visais deux buts : 1° la dérivation antiseptique ; le principe est aujourd'hui adopté ; 2° l'isolement, la séquestration du rectum qui cessait de faire partie du tube digestif.

La dérivation convient surtout aux grandes interventions : elle les autorise.

L'idée de la séquestration, moins répandue, n'est pas moins importante à mon avis. Elle s'applique aux petites et aux grosses tumeurs.

Je poserais volontiers comme principe, que toute ablation de tumeur rectale doit être précédée de l'établissement d'un anus iliaque. Je n'admets pas l'utilité de la conservation du sphincter normal, l'utilité d'un anus plus ou moins interfessier, périnéal ou postérieur. Quand on est atteint de cancer du rectum, on n'en est plus à tenir à son sphincter ou à telle situation de l'anus, ou, du moins, le chirurgien ne doit pas s'attacher aux illusions du malade.

J'ai établi aussi que la dérivation et la séquestration devaient être complètes, absolues. L'anus doit être *terminal*. Le plus souvent il sera définitif ; la dérivation

temporaire ne sera généralement qu'une concession opportuniste. Pour rendre l'anوس terminal, j'ai eu recours tantôt à l'oblitération complète du bout inférieur, tantôt à l'établissement d'un long éperon par section complète du diamètre de l'intestin et fixation isolée des deux bouts à la plaie (anus en canon de fusil). Dans mes dernières opérations, j'ai établi l'anوس en canon de fusil. On évite, par ce procédé, les recherches parfois délicates sur la situation exacte du bout inférieur; on conserve une voie commode pour les lavages du segment inférieur de l'intestin, une voie d'évacuation pour les produits de sécrétion, si l'autre extrémité du segment inférieur vient à s'oblitérer. Je dois avouer, cependant, que, dans ma dernière opération, où, pour certaine raison, j'avais fixé les deux bouts dans la *profondeur* de la plaie, l'anوس n'est pas resté terminal et une certaine quantité de matières fécales s'écoulait du côté du rectum, il serait facile de remédier à cette déféctuosité.

Au point de vue fonctionnel, au point de vue du prolapsus, les anus terminaux, obtenus par oblitération du bout inférieur ou disposition en canon de fusil, m'ont paru d'excellents anus.

**M. Ollier** est heureux de constater qu'un des premiers résultats de la réunion de la Société de Chirurgie de Lyon aura été de rendre à un chirurgien lyonnais, aussi distingué que modeste, ses droits à la priorité du traitement du cancer du rectum, par la dérivation préalable, la création, dans un premier temps, de l'anوس iliaque, en attendant le moment favorable pour pratiquer une intervention radicale.

---

*Séance du 1<sup>er</sup> Juillet 1897.*

---

#### **DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM**

**M. Nové-Josserand.** — Dans sa communication, M. Gangolphe a mis surtout en relief les deux points suivants. C'est d'abord qu'il faut renoncer aux procédés qui se proposent de reconstituer le rectum dans son intégrité anatomique et physiologique. C'est ensuite l'avantage que l'on peut avoir à aborder le rectum, par la voie périnéo-coccygienne.

Je voudrais développer quelques considérations qui viennent, sur ces deux points, confirmer ses conclusions.

J'ai tenté, dans deux cas, de reconstituer le rectum après son ablation pour cancer, en utilisant non pas la suture bout à bout, qui est généralement abandonnée, mais l'invagination du bout supérieur dans l'inférieur, suivant la méthode de Hochenegg. Malgré toutes les précautions possibles, mobilisation suffisante du bout supérieur, suture très soignée de l'intestin, comprenant la tunique musculieuse, avivement du bout inférieur en grattant sa muqueuse avec la curette, j'ai vu, dans les deux cas, la réascension de l'intestin se faire, vers le dixième jour, causant une fois la mort du malade et, dans le second cas, ayant pour conséquence une large fistule sacrée.

Si l'on tient compte des autres accidents auxquels expose cette méthode et, en particulier, la gangrène du bout supérieur, on arrive à lui préférer l'anus sacré plus simple et moins dangereux. Or, l'anus iliaque définitif, tel qu'il a été proposé par MM. Pollosson et Gangolphe, semble préférable à l'anus sacré parce qu'il incommode moins les malades et se prête mieux aux soins de propreté et à l'application d'un bandage occlusif. Pour ces raisons je me rallie volontiers à l'opinion de ces chirurgiens, lorsqu'ils conseillent de commencer le traitement du cancer du rectum par la création d'un anus artificiel, et d'en faire l'ablation large, sans se préoccuper de conserver un rectum capable de fonctionner.

Pour pratiquer cette ablation du néoplasme, M. Gangolphe a employé un procédé un peu particulier. Au lieu de l'opération de Kraske, habituellement recommandée, il a abordé le rectum par une incision portant sur le périnée postérieur, en mettant son malade dans la position de la taille, avec flexion exagérée des cuisses. J'ai employé une fois un procédé analogue et j'ai été très frappé de la facilité qu'il donne : voici en quelques mots le récit de mon opération.

Le malade étant en position de la taille, on exagère la flexion des cuisses et on met sous le bassin un coussin, de telle sorte que le bassin regarde directement en haut. Cette position forcée est facilement tolérée et ne gêne pas l'anesthésie.

On mène une incision médiane, commençant à 2 cent. en arrière de l'anus, et se prolongeant jusqu'au milieu du sacrum : le coccyx découvert est ruginé et désarticulé ; si l'on veut beaucoup de jour, on peut, comme je l'ai fait, faire sauter aussi la dernière pièce sacrée. Le rectum est aussi découvert, on l'isole comme d'habitude et on le sectionne entre deux pinces au-dessous du néo-

plasme. Saisissant alors la pince qui ferme en bas le bout supérieur, on l'attire légèrement à soi; on ouvre le cul-de-sac péritonéal et on libère les parties latérales du rectum en plaçant des pinces-longuettes sur les replis latéraux du péritoine et en les sectionnant; la libération en arrière se fait facilement en décollant avec les doigts les tissus de la face antérieure du sacrum: au besoin, on peut les couper en y plaçant une pince-longuette.

Tout ceci se fait sans peine, sous les yeux, et la dénudation ainsi faite présente une grande analogie avec les manœuvres de l'hystérectomie vaginale; elle est même plus facile. On termine en réséquant la portion d'intestin malade, et en abouchant le bout supérieur à la partie postérieure de la plaie sacrée.

Cette méthode opératoire n'est pas absolument neuve: Sieur la décrit sous le nom d'opération de Schelkly, et en fait, avec raison, un dérivé de la voie perinéale postérieure, préconisée autrefois par Verneuil et Kocher. Depage, de Bruxelles, en a rapporté sept observations au Congrès de Chirurgie: c'est sur sa description que je me suis guidé dans l'opération que je viens de décrire.

On peut, grâce à la position verticale du bassin, enlever par cette voie, des cancers très étendus. Dans mon opération, j'ai fait porter la résection à 22 cm. de l'anus. Depage a atteint des hauteurs variant de 12 à 23 cm. au-dessus de l'anus. A ce point de vue la voie périnéo-coccygienne donne une latitude aussi grande sinon plus grande que l'opération de Kraske.

Il me semble qu'elle a sur cette dernière les avantages suivants: D'abord, elle est plus économique; il doit suffire, dans bien des cas, de réséquer le coccyx; en tout cas en sacrifiant la dernière pièce sacrée on a un jour très suffisant. En second lieu, elle permet d'opérer très méthodiquement, en voyant ce que l'on fait et en travaillant devant soi; l'opération de Kraske, au contraire, pour peu qu'on doive remonter un peu haut, oblige à travailler par côté, comme à travers une fenêtre latérale ouverte dans le bassin.

Ce sont là des raisons suffisantes pour recommander cette opération qui pourra, je crois, doubler et peut-être remplacer l'opération de Kraske.

**M. Gangolphe** est heureux de constater que M. Nové-Josserand arrive à ses conclusions.

Il tient à s'associer à la revendication de priorité de M. Maurice Pollosson.

**M. Vallas** croit que la vraie méthode de traitement,

c'est celle instituée par M. Maurice Pollosson adoptée par la plupart des chirurgiens lyonnais. On peut envisager deux cas :

1° Le cancer est inopérable, il faut faire l'anus iliaque.

2° Le cancer est opérable. Il faut laisser de côté toute tentative de restauration ano-rectale, on n'a que de mauvais résultats. Dans un cas opéré par lui, avec 18 mois de survie, il était survenu une atrésie rectale fort gênante au point de vue fonctionnel.

Donc il faut pratiquer l'établissement d'un anus iliaque et faire l'extirpation secondaire du rectum cancéreux s'il y a lieu.

---

*Séance du 15 juillet.* — Présidence de M. OLLIER.

---

#### SUR LA VALEUR DU TRAITEMENT D'ÉPREUVE DANS LE DIAGNOSTIC DES ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES ET SYPHILITIQUES

**M. Augagneur.** — Je désire, dans cette communication, attirer l'attention de la Société sur la nécessité d'administrer l'iodure de potassium, dans tous les cas d'ulcérations cutanées où le doute le plus léger peut exister entre le diagnostic de syphilis ou de tuberculose et sur la façon dont on doit interpréter le résultat de ce traitement d'épreuve.

Il me paraît incontestable d'après ce que j'ai vu, et je compte vous montrer des malades qui en sont des exemples frappants, que l'iodure de potassium a une action sur les ulcérations de nature tuberculeuse. Ce médicament favorise la cicatrisation de pareilles lésions et, à se contenter du premier résultat obtenu, on pourrait, dans ces cas, porter à tort le diagnostic de syphilis. Mais, et c'est là un point capital, jamais l'iodure n'amène la guérison complète d'une ulcération tuberculeuse, comme il le fait pour une ulcération syphilitique. Pour fixer les idées, j'admets que l'iodure améliore les ulcérations tuberculeuses dans la proportion de 80 à 90 %, et qu'il faudra, pour arriver à la guérison complète, avoir recours au traitement chirurgical, raclage, cautérisation, etc. Comme exemple, je vous citerai un jeune homme de 17 ans, atteint d'ulcérations multiples d'aspect circiné du

visage et des membres inférieurs. Il fut considérablement amélioré par l'iodure et cependant l'examen histologique et l'inoculation démontrèrent la nature tuberculeuse de ses ulcérations.

Ainsi, premier point, le traitement d'épreuve par l'iodure ne prouve la syphilis que si le résultat obtenu va jusqu'à la guérison complète de l'ulcération.

Le second point sur lequel j'insiste et qui est un corollaire de ce que j'ai déjà dit plus haut, c'est qu'il ne faut pas renoncer au traitement par l'iodure sous prétexte que l'on a porté le diagnostic ferme de tuberculose. D'abord on peut se tromper, et la chose arrive fréquemment. Je puis vous montrer un malade, jeune homme de 23 ans, qui a fait des séjours nombreux et prolongés dans plusieurs hôpitaux du Midi.

Partout on le prit pour un tuberculeux et on le traita comme tel. Pendant ce temps, il subit des ravages épouvantables de la part de la syphilis qui lui détruisit le nez, lui creva un œil, laboura de cicatrices la peau et les muqueuses de la face. L'iodure, administré trop tardivement, cicatrisa rapidement les ulcérations, mais sans, malheureusement, réparer le désastre. Si les médecins qui ont vu ce malade avaient eu cette notion que l'iodure améliore même les lésions tuberculeuses, ce pauvre homme en aurait retiré un bénéfice considérable.

Comme seconde conclusion pratique je dirai : Dans les ulcérations cutanées, donnez toujours de l'iodure, même dans les cas de tuberculose, vous en retirerez toujours un certain bénéfice.

**M. Horand** partage la manière de voir de M. Augagneur ; l'iodure, en effet, ne guérit pas que la syphilis, il est utile dans l'actinomyose, le psoriasis, la méningite tuberculeuse. Le mercure ou le traitement mixte lui paraissent préférable à l'iodure seul comme traitement d'épreuve.

**M. Fochier** cite le cas d'un médecin atteint de fistules tuberculeuses testiculaires et qu'il importait d'illusionner sur la nature de son mal. Cela fut d'autant plus facile que l'iodure fit cicatriser ses fistules. Ce médicament agit en effet sur les lésions inflammatoires péri-tuberculeuses.

**M. Gangolphe.** — L'iodure aggrave presque toujours les symptômes dépendant de l'existence de tumeurs cérébrales.

**M. Vallas.** — L'iodure a peu d'action sur l'actinomyose, et son emploi est loin d'être inoffensif dans le traitement explorateur des cancers de la langue.

**M. Augagneur.** — La discussion a étendu la question, mais il n'a en vue dans sa communication que les ulcérations cutanées.

\*\*\*

### DEUX CAS DE KYSTES CONGÉNITAUX INTRA-ORBITAIRES

**M. Gayet.** — Le diagnostic des tumeurs de l'orbite est certainement une des choses les plus difficiles de la pratique chirurgicale. La profondeur où elles sont situées, l'impossibilité fréquente de les fixer sur un plan pour les explorer, l'élasticité des parties molles qui les entourent, enfin la présence de l'organe visuel qu'il faut respecter, constituent autant d'obstacles, souvent insurmontables, pour arriver à reconnaître leur nature; bien souvent, il est même impossible de décider si elles sont solides ou liquides. Bref, j'ai l'habitude, quand je présente aux élèves des malades porteurs de telles affections, de leur dire: « C'est cela, à moins que ce ne soit autre chose »... et, malheureusement, c'est souvent autre chose.

Et cependant, il serait d'une très grande importance de poser un diagnostic exact, le pronostic de la maladie et le choix du traitement en dépendent. Est-ce une tumeur maligne, un sarcome par exemple, il faudrait faire une intervention radicale et purifier l'œil pour avoir des chances de guérison définitive; est-ce au contraire une tumeur bénigne, un angiome, ou bien un simple kyste, l'opération sera bien plus simple et l'on devra avant tout respecter la fonction visuelle.

D'autre part, quelles sont les limites et le point d'implantation du mal; par où devra-t-on l'aborder; jusqu'où devra-t-on porter le bistouri ou la cisaille? Autant de points qu'il serait indispensable de fixer avant d'entreprendre tout traitement.

Malheureusement, sous ce rapport, nos moyens d'investigation sont bien limités. On s'est efforcé de trouver des règles précises sur lesquelles on puisse se baser. Moi-même j'ai dit autrefois: toutes les fois que le globe oculaire est projeté directement en avant, la tumeur siège dans le cône musculaire; si, au contraire, le globe proémine vers un côté de l'orbite, c'est que la tumeur vient des parois. Je serais moins affirmatif aujourd'hui, ayant vu des exceptions à cette règle. Elle est pourtant souvent justifiée.



L'étude soignée des cas de ce genre et la recherche attentive des altérations des parties anatomiques de l'orbite ou de son voisinage, qui résultent de la présence de ces tumeurs, présente donc un grand intérêt, car on arrivera ainsi à multiplier les éléments de diagnostic et à se mettre en garde contre les causes d'erreur.

C'est à ce titre que j'ai cru intéressant de vous présenter les deux malades dont je vais rapporter l'observation.

#### OBSERVATION I

M..., Frédéric, âgé de 59 ans, charbonnier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos le 18 juin 1897.

Ce malade raconte qu'il porte depuis l'âge de 24 ans une tumeur du volume d'une gobelette au niveau du sac lacrymal. Elle était assez dure et ne disparaissait pas à la pression. Il y avait en même temps épiphora, et l'apparition de cette tumeur a coïncidé avec une perte complète de l'odorat et l'apparition d'un goitre kystique opéré en 1879. Cette tumeur est restée stationnaire jusqu'à cette année ; mais depuis trois mois elle a augmenté de volume.

Actuellement, elle remonte à un centimètre au-dessus du sac lacrymal ; elle a une longueur totale de 4 centimètres, siégeant sur le côté nasal de l'orbite gauche. Elle est indolore à la pression qui donne la sensation de fluctuation.

La vue est intacte, l'œil est déplacé, pas de douleurs au niveau des sinus frontaux et maxillaires.

Une ponction exploratrice fut pratiquée par M. Jacquau, chef de clinique ; on retire un liquide louche qui fut pris pour du pus.

L'exploration des voies lacrymales donnait les résultats suivants : stylet introduit par le point lacrymal pénétrait à une profondeur de 3 centimètres et était arrêté en ce point. Une sonde cannelée introduite par cette voie pénétrait à la même profondeur sans qu'il s'écoulât aucun liquide par la cannelure.

Le tendon de l'orbiculaire était impossible à reconnaître, même en tirant en dehors les paupières ; on ne retrouvait pas la bride habituelle à ce niveau par cette manœuvre.

*Opération.* — Large ouverture intéressant la paupière supérieure, au-dessus de l'orbiculaire. Il s'écoule un liquide roussâtre, séro-purulent (liquide de kyste inflam-

mé). L'index, introduit dans la plaie, pénètre dans une cavité de 5 à 6 centimètres de profondeur. On place une sonde dans les voies lacrymales et l'index qui explore la cavité sent l'instrument à travers les parois du canal. Drainage.

Comme on le voit le diagnostic de cette affection était loin d'être facile. La longueur de l'évolution faisant penser à la bénignité ; d'autre part la fluctuation et bientôt une ponction exploratrice indiquaient une poche kystique. On était plus embarrassé pour déterminer le point de départ de la maladie.

On pouvait penser à plusieurs choses : une collection liquide provenant des sinus voisins ou des cellules ethmoïdales ; une collection développée dans les voies lacrymales, un kyste de l'orbite, soit une bourse séreuse péri-musculaire anormalement développée, soit un kyste congénital. La situation de la tumeur dans l'angle nasal, l'anasonie concomitante étaient en faveur de l'origine sinusienne ; mais il n'y avait jamais eu de douleurs au niveau des sinus, aucun symptôme de leur inflammation ; de plus une tumeur du sinus frontal remplit d'abord cette cavité toute entière avant de faire issue au dehors ; il y a, par conséquent, des sensations de plénitude, de tension dans toute la région sus-orbitaire, jusqu'à l'angle externe ; et quand l'effraction des parois s'est produite c'est à ce niveau et non pas à l'angle interne seulement qu'on l'observe.

Quant aux tumeurs des cellules ethmoïdales, elles proéminent d'abord du côté des fosses nasales ; du reste elles sont très rares et l'on est, en somme, assez mal renseigné sur leur évolution.

Il était plus difficile de reconnaître l'état des voies lacrymales ; l'exploration avec un stylet était brusquement arrêtée à une certaine profondeur, on se perdait dans un trajet anormal où l'on ne reconnaissait plus rien. Le déplacement de l'œil, cependant, n'était pas en faveur d'un tel siège.

On ne s'arrêta pas au diagnostic d'encéphalocèle, le début de la tumeur s'étant produit seulement à 24 ans, alors que l'encéphalocèle se remarque toujours, sinon à la naissance, du moins dans les premiers jours de la vie. La ponction, du reste, avait levé tous les doutes.

Restait l'hypothèse d'un kyste mucoïde congénital, c'était celle qui paraissait la plus probable, en raison de la longue évolution de la tumeur, de sa nature liquide,

de son siège au niveau de la soudure de la fente fronto-maxillaire.

L'opération montra qu'on ne s'était pas trompé ; mais ce qui fut le plus intéressant, ce fut de reconnaître à ce moment, l'état des voies lacrymales. La sonde parcourait un chemin d'une longueur anormale, et l'on put voir que la tumeur, en refoulant devant elle le tendon de l'orbiculaire et les canaux lacrymaux, avait distendu ceux-ci de façon à augmenter considérablement leur longueur. C'est ce qui donnait l'explication des anomalies qu'avait révélées le premier cathétérisme.

Ce qui est à retenir surtout de ce fait, c'est qu'une tumeur développée en arrière des voies lacrymales peut les distendre ainsi de façon à les modifier profondément. C'est, en outre, la possibilité de poser cette règle : toutes les fois qu'on a affaire à une tumeur de la région nasale interne, quelque modification que présentent du reste les voies lacrymales dans leur aspect, *si l'œil a subi un déplacement*, on devra écarter l'idée d'une tumeur développée primitivement dans ces voies. Si l'œil n'est pas déplacé, au contraire, on pourra penser à une tumeur de ce genre, mais sans qu'on puisse affirmer l'origine lacrymale certaines tumeurs ayant un siège, dans l'orbite, suffisamment antérieur pour ne pas causer de modifications dans la situation du globe.

#### OBSERVATION II

D..., Marie, 23 ans, couturière, est entrée pour la première fois à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Claire il y a 5 ans (6 juin 1893).

Mère bien portante, a eu 4 enfants dont 1 garçon bien portant et deux autres morts en bas âge (méningite, petite vérole). Père mort d'hémorragie cérébrale.

Rien de particulier dans l'histoire de la malade jusqu'à l'âge de 13 ans. A ce moment douleurs orbitaires avec irradiations temporales du côté droit. Bientôt apparition d'exophtalmie à marche progressive. Dès le début, l'iodure de potassium a été administré. Grâce à lui les douleurs avaient cessé mais l'exophtalmie n'avait cédé que très peu.

Actuellement on note : quelques grosses veines sur la paupière supérieure ; sur son côté externe la glande lacrymale fait une saillie appréciable. Le globe est projeté fortement en avant ; il n'est pas douloureux à la pression. L'exophtalmie est presque purement directe, suivant

l'axe; la réduction est presque nulle, le coussin orbitaire devenant promptement rigide. Les mouvements de l'œil sont libres, et la malade n'a jamais souffert de diplopie. La saillie n'est pas pulsatile; la glande lacrymale ne paraît pas être en cause. Le rebord orbitaire n'est pas épaissi.

13 juin. — Incision à la partie supéro-externe de la paupière supérieure. On se trouve alors en présence d'éléments graisseux sur la nature desquels on n'est pas fixé. Au moyen des ciseaux engagés un peu profondément, on fait apparaître, au milieu du sang qui remplit la cavité, des fragments graisseux que l'on reconnaît immédiatement pour appartenir à un kyste dermoïde et d'origine congénitale. La poche du kyste ne peut être enlevée entièrement parce que d'un côté elle adhère fortement à la paroi osseuse et que, de l'autre, on pourrait s'exposer à blesser des organes importants (nerfs moteurs, nerf optique). On se contente alors d'attirer en avant la poche et de la suturer au tissu cellulaire sous-cutané de la paupière. On maintient un orifice à ce niveau en se réservant de modifier plus tard la paroi par des injections irritantes,

15 juin. — Pansement; rien d'anormal du côté de la plaie, sauf un léger œdème de la joue. On constate surtout *une diplopie*.

16 juin. — Pansement, un peu de gonflement de l'autre œil, de la joue, de la mâchoire; légère élévation de température.

17 juin. — Hier soir 39°, ce matin 38°. Pansement; suppression des mèches de gaze iodoformée qu'on remplace par un drain.

24 juin. — On a constaté hier une légère hémorrhagie provenant de l'intérieur de la plaie. Température = 40°. Cette température paraît devoir être attribuée à une angine catarrhale dont la malade présente les symptômes.

27 juin. — La malade quitte le service, guérie de son angine. — La plaie opératoire est en bonne voie.

Malheureusement, la guérison ne s'est pas maintenue; deux mois après l'opération, la fistule s'est fermée, la collection s'est reproduite avec son cortège d'exophtalmie et de gonflement palpébral; au bout de quelque temps elle s'est ouverte au dehors, et tout est rentré dans l'ordre. Mais, depuis, la malade a subi une série de poussées semblables et, malgré incisions et injections irritantes, elle a continué à présenter ces alternatives de

tension et d'affaissement de sa tumeur. Un traitement sévère fut institué jusqu'en janvier 1897. A partir de ce moment, la tumeur n'a plus récidivé mais une petite fistulette suinte constamment. Vers le 1<sup>er</sup> juillet on remarque, affleurant cet orifice, un mince fil métallique oublié là et dont la présence avait prévenu la réapparition des accidents. Ce corps étranger fut laissé en place et, depuis, la guérison semble obtenue.

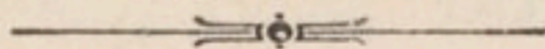
Ce dernier fait peut être une indication thérapeutique : ne pouvant aller extirper entièrement la poche, vu sa profondeur, on pourrait, dans des cas semblables, essayer de placer à demeure un fil métallique qui aurait le double avantage de faire un drainage capillaire et de produire une irritation continue des parois qui favoriserait beaucoup la cicatrisation de la poche.

*Le Secrétaire annuel,*

D<sup>r</sup> ALBERTIN.

Le Gérant : D<sup>r</sup> VALLAS,

*Secrétaire général.*



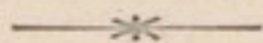
Faint, illegible text, possibly bleed-through from the reverse side of the page.

Faint, illegible text, possibly bleed-through from the reverse side of the page.

Faint, illegible text, possibly bleed-through from the reverse side of the page.

# SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1897-1898



## BUREAU

<i>Président</i> .....	OLLIER.
<i>Vice-Président</i> ....	FOCHIER.
<i>Secrétaire général</i> .....	VALLAS.
<i>Trésorier-archiviste</i> .....	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i> .....	{ ALBERTIN. CONDAMIN.

## MEMBRES

ALBERTIN.	JABOULAY.
AUBERT.	LAROYENNE.
AUGAGNEUR.	NOVÉ-JOSSERAND.
BERNE.	OLLIER.
CHANDELUX.	POLOSSON (Maurice).
CONDAMIN.	POLOSSON (Auguste).
CORDIER.	ROCHET.
FOCHIER.	ROLLET.
GANGOLPHE.	SABATIER.
GAYET.	VALLAS.
HORAND.	VINCENT.





BULLETIN  
DE LA  
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
DE LYON

— N° 2 —  
NOVEMBRE, DÉCEMBRE, JANVIER  
1897-1898

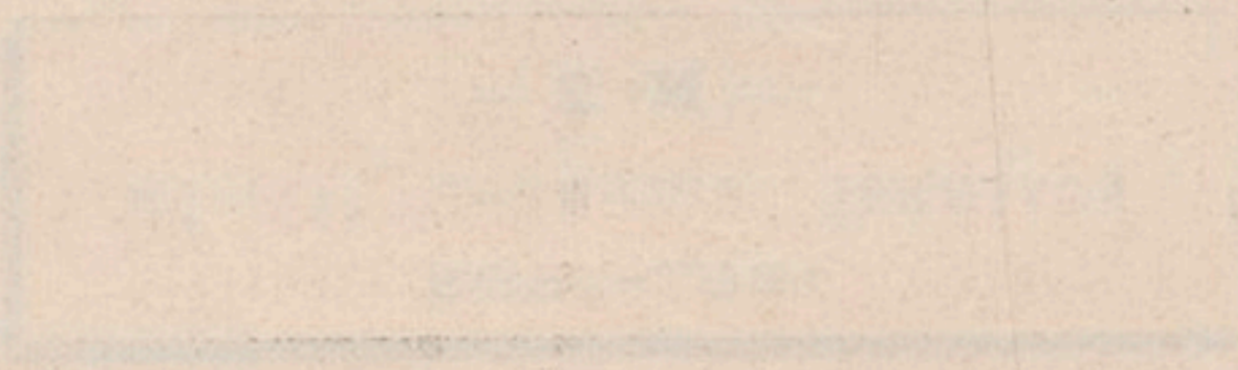
LYON  
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie  
Ancienne Maison WALTENER & Cie  
14, Rue Bellecordière, 14

—  
1898

BULLETIN

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE N.Y.O.R.



BULLETIN  
DE LA  
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
DE LYON

---

*Séance du 4 novembre 1897.* — Présidence de M. FOCHIER

---

**POLYPES MULTIPLES DU RECTUM**

**M. Horand.** — L'histoire des polypes du rectum ne remonte guère au delà de 1841, époque à laquelle Stolz publia une série d'articles sur ce sujet. Toutefois, depuis cette époque, cette maladie du tube intestinal a été l'objet de travaux nombreux soit en France, soit à l'étranger et, tout récemment encore, un élève de Paris, Georges Leclerc, en a fait le sujet de sa thèse inaugurale. Mais, quels que soient les auteurs que l'on consulte, on voit qu'ils se sont tous occupés à peu près exclusivement des polypes uniques et c'est à peine s'ils mentionnent les polypes multiples. Quant à la colite polypeuse, il n'en est pas question dans les ouvrages classiques.

On enseigne, en effet, qu'il est de règle que le polype du rectum est unique et ce n'est que par exception que l'on en rencontre deux ou trois sur le même sujet. Les auteurs indiquent aussi, comme siège des polypes, une distance de trois centimètres de l'anus. Cependant, pour Gross, la limite serait de cinq à quinze centimètres et

Desault cite un fait dans lequel le polype était implanté à seize centimètres.

En fait les auteurs français semblent ignorer l'existence de cette généralisation polypeuse dans laquelle les polypes se développent sur toute l'étendue de la muqueuse du gros intestin, depuis le cœcum jusqu'au rectum. Cette lacune tient assurément à ce que les polypes multiples sont, en réalité, très-rares chez nous, car, jusque dans ces derniers temps, on ne trouve signalé que le cas de Fochier (de Lyon) qui a compté plusieurs centaines de polypes chez une jeune fille de dix-huit ans.

En Allemagne, cette maladie semble, au contraire, assez fréquente, si on en juge par les publications dont elle a été l'objet.

Ayant eu l'occasion d'observer un fait de polypes multiples analogue à celui de notre président Fochier, j'ai cru devoir vous le communiquer, afin de connaître votre manière de voir sur la conduite à tenir en pareille circonstance.

Au mois de décembre 1895, M<sup>me</sup> C. ., des environs de Lyon, me présente sa fille atteinte d'un écoulement anal.

Cette jeune fille, âgée de 15 ans et demi, non encore réglée, anémique et d'un tempérament nerveux, se plaint, quand on l'interroge, d'un écoulement anal continu, abondant, qui constitue pour elle une véritable infirmité.

Elle prétend que cet écoulement date de sept ans et avait succédé à une constipation opiniâtre. Loin de diminuer, il va, dit-elle, toujours en augmentant, à tel point que, jour et nuit, son linge est constamment souillé. En outre, elle souffre en marchant et peut à peine s'asseoir. Enfin, chaque fois qu'elle va à la selle, le rectum sort et elle a de plus en plus de la peine pour le faire rentrer.

L'examen de la malade révèle des désordres sérieux du côté de la région anale,

Tout autour de l'anus la peau est rouge, enflammée et excoriée. Un liquide sanieux, mélangé de matières fécales, s'écoule par l'orifice anal qui est largement ouvert. La muqueuse offre un bord déchiré, irrégulier, de telle sorte que la première impression que l'on éprouve en présence de semblables lésions est celle d'un traumatisme de cette région.

En effet, l'aspect de la région anale de cette enfant rappelle tout à fait ce que l'on voit chez certaines prostituées, amenées aux Châteaux par la police. Mais la

ressemblance seule est la même ; quant à la cause des lésions elle est bien différente chez la petite malade.

Pour établir un diagnostic ferme il était nécessaire de pratiquer le toucher rectal, ce que je me promis de faire aussitôt que les accidents inflammatoires auraient disparu.

Je me bornais, lors de cette première visite, à recommander des lavages extérieurs fréquents, ainsi que des irrigations rectales avec une solution boriquée chaude à 40 0/0 et je recommandais d'introduire, tous les soirs, dans le rectum un crayon à l'iodoforme.

Au bout de quinze jours on me ramène la petite malade. Elle se trouve sensiblement soulagée, l'irritation ayant disparu et l'écoulement diminué d'abondance. Toutefois l'anus est toujours largement ouvert et la muqueuse fait hernie chaque fois que la malade va à la selle. Afin de faire un examen plus complet je conseille, cette fois, à la mère de laisser sa fille quelques jours à Lyon.

23 janvier 1896. — On fait prendre à la petite malade un lavement d'eau bouillie, lavement qu'elle ne peut garder et rend aussitôt, mais, en même temps, la muqueuse rectale fait hernie et se présente en dehors de l'anus sous forme d'un paquet rouge, du volume d'une grosse orange, lobulée, à la manière d'une grappe de raisin.

Il est facile de voir qu'il ne s'agit pas d'hémorroïdes, mais de tumeurs multiples, implantées à la surface de la muqueuse. Leur volume varie depuis celui d'un gros haricot jusqu'à celui d'une amande. Elles sont tellement nombreuses qu'il est impossible de les compter. Pour la plupart pédiculées, elles sont molles et saignent facilement,

Si l'on introduit le doigt dans le rectum, on sent qu'il existe de ces tumeurs sur toute la surface de la muqueuse rectale et cela aussi haut que le doigt peut atteindre. Il est donc impossible d'indiquer à quelle hauteur cesse cette prolifération polypeuse.

Après cet examen qui permettait de conclure à des polypes multiples, ou, mieux, à une prolifération polypeuse de la muqueuse rectale, une opération me parut nécessaire, non pas avec l'espoir de débarrasser la malade de toutes ces tumeurs, car un grand nombre était certainement inaccessible, mais afin d'enlever toutes celles qui pouvaient gêner les fonctions du sphincter anal et qui faisaient hernie au moment des selles.

24 janvier 1896. — On fait prendre, comme la veille, un

lavement d'eau bouillie à la malade, lavement qui provoque l'issue de la muqueuse rectale recouverte de polypes.

Après un lavage à l'eau borriquée aussi chaude que possible, je divise les tumeurs en six faisceaux que j'étrangle à la base avec de la soie antiseptique serrée aussi fortement que possible.

Au fur et à mesure que je serre, plusieurs tumeurs se détachent, mais, néanmoins, il n'y a pas d'hémorrhagie. Puis, avec le doigt, je cherche à énucléer les tumeurs que je puis atteindre, mais sans succès.

Ces opérations sont peu douloureuses et supportées par la malade, sans anesthésie.

On termine par une irrigation d'eau borriquée chaude et on soupoudre les polypes liés avec de la poudre d'iodoforme, puis on réduit la muqueuse rectale.

25 janvier 1896. — La malade a eu, pendant toute la journée d'hier, un ténesme rectal très douloureux et une grande agitation, mais pas d'hémorrhagie, seulement un suintement séro-sanguinolent.

Le ténesme a été combattu au moyen de morceaux de glace introduits dans le rectum et renouvelés souvent. De plus, la malade a pris 40 centigrammes de sulfate de quinine et une potion avec un peu de sirop de diacode pour calmer son agitation.

26 janvier 1896. — Le ténesme a complètement cessé.

On fait, matin et soir, une irrigation rectale avec une solution borriquée chaude qui entraîne des débris de polypes et des matières fécales.

4 février 1896. — Le ténesme n'a pas reparu. Pas de fièvre. Bon appétit.

La plupart des polypes liés sont tombés. L'écoulement anal a beaucoup diminué. La muqueuse rectale sort à peine lorsque la malade rend ses irrigations. L'état local est donc sensiblement amélioré.

La malade quitte Lyon.

Je n'avais pas eu de nouvelles de mon opérée depuis le 4 février, lorsque, le 29 février 1896, je suis appelé, par dépêche, auprès d'elle, par le confrère qui lui donne habituellement des soins.

La petite malade avait été prise dans la journée d'accidents faisant craindre une péritonite grave : nausées, vomissements bilieux, ballonnement et sensibilité du ventre, pouts petit, faible, irrégulier, température rectale : 38°,2 à huit heures du soir, mains froides, langue

rouge avec des traces de muguet, selles abondantes noirâtres et renfermant des débris de polypes (la malade avait pris 0,10 de calomel dans la journée).

Malgré ces symptômes alarmants, le faciès de la malade est bon et paraît rassurant.

Localement l'anüs est resserré, l'écoulement peu abondant.

Vin de Champagne, onctions sur le ventre avec de la pommade mercurielle belladonnée, cataplasmes de farine de lin, lavements d'eau bouillie aussi chaude que possible.

Les jours suivants les accidents se calment et, pendant plusieurs mois, je n'ai plus de nouvelles de la malade. C'est seulement le 11 juillet 1896 que j'apprends que son état est à peu près comme avant l'opération. Le rectum sort toujours, la diarrhée et l'écoulement persistent. La malade n'a pas maigri et les symptômes de péritonite, après avoir cessé, n'ont pas reparu.

Depuis cette époque j'ignore ce qui s'est passé et je le regrette, car il eût été intéressant de pouvoir compléter cette observation.

En résumé, c'est là un cas rare de polypes multiples du rectum ou, plus exactement, de prolifération polypeuse de la muqueuse rectale chez un sujet jeune, du sexe féminin, et ayant débuté par de la constipation.

Quant à la nature des tumeurs, l'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'*adénômes*.

Elles sont constituées, en effet, par : 1° du tissu fibreux en grande quantité ; 2° des glandes hypertrophiées ; 3° quelques dilatations kystiques ; 4° une hypertrophie de la couche glandulaire.

De cette observation je dois rapprocher celle qui a été publiée par notre président Fochier, et que vous connaissez sans doute, et deux communications très intéressantes sur ce sujet, analysées dans la *Semaine Médicale*.

L'une intitulée : *Les polypes multiples du tube intestinal*, par H. Port (*Semaine Médicale*, n° 4, 1896).

L'autre ayant pour titre : *Proliférations polypeuses multiples du côlon et du rectum*, par J. Schwab (*Semaine Médicale*, n° 39, 1897).

Dans le cas cité par Port, il s'agit d'un garçon de dix-neuf ans qui, depuis 4 à 5 ans, était sujet à un ténésme fréquent, à de la diarrhée avec des mucosités mêlées de sang et l'issue d'une tumeur rouge à la suite des efforts pour aller à la selle. Avec le doigt on sentait que toute la muqueuse rectale était couverte d'excroissances molles.

On extirpa tout ce qu'il fut possible d'atteindre, mais d'autres tumeurs se développèrent dans l'abdomen et nécessitèrent une intervention chirurgicale. On pratiqua d'abord la laparotomie, puis, le cas ayant paru inopérable à cause de la multiplicité des ganglions engorgés, on se borna à créer un anus artificiel.

Le malade ne tarda pas à succomber. L'autopsie ayant pu être faite, on constata qu'il s'agissait d'une dégénérescence polypeuse de la muqueuse du gros intestin tout entier, mais principalement au niveau du rectum et du cœcum. Les ganglions mésentériques étaient engorgés.

Au microscope, il s'agissait d'adénomes typiques ; toutefois, la tumeur abdominale était un carcinôme à cellules cylindriques.

L'auteur de cette observation fait remarquer que cette dégénérescence polypeuse se montre, de préférence, chez les jeunes gens, et détermine le développement d'un cancer de la muqueuse dégénérée.

Schwab, dans une étude intéressante sur la *colite polypeuse*, cite les observations empruntées à la clinique chirurgicale de Czerny à Heidelberg.

La première observation a trait à un malade âgé de 37 ans, atteint d'hémorragies intestinales violentes suivies de diarrhée, de météorisme et d'amaigrissement rapide. Czerny pratiqua une laparotomie exploratrice dans le but d'éclaircir le diagnostic, mais cette opération ne révéla qu'un épaissement considérable de la paroi du côlon descendant.

Le malade succomba deux jours après. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une dégénérescence polypeuse de la muqueuse du gros intestin tout entier, depuis le cœcum jusqu'au rectum.

La seconde observation se rapporte à une jeune malade de 18 ans, chez laquelle on avait observé de tout temps une prédisposition à la diarrhée. A une certaine époque, elle s'aperçut que ses garde-robes renfermaient du sang et des mucosités. Admise à la clinique, Czerny reconnut que la muqueuse rectale était recouverte, dans toute son étendue, de petites villosités et d'excroissances polypoïdes.

Il posa le diagnostic de colite polypeuse, et fit un curettage de la muqueuse rectale suivi d'un tamponnement à la gaze iodoformée. Au bout de quelques jours, la malade quitta le service en assez bon état ; mais, d'après les renseignements fournis par la malade, une



année plus tard, on suppose qu'il s'est produit une récurrence complète.

Schwab termine son travail sur la colite polypeuse en considérant cette maladie comme une affection grave qui conduit les malades à la mort par le marasme résultant de la diarrhée chronique et des hémorrhagies répétées.

Comme traitement, il conseille le procédé préconisé par Whitehead qui consiste dans l'ablation aussi précoce que possible de tous les polypes abordables par la voie rectale.

Czerny conseille, en outre, l'usage de lavements à l'huile salicylée et d'irrigations avec de l'eau légèrement additionnée de perchlorure de fer, ainsi que l'administration de salicylate de bismuth et de baume de copahu.

En résumé, l'histoire des polypes multiples du rectum ou de la colite polypeuse est encore à faire dans les traités français. Toutefois, cette lacune serait vite comblée si l'on consultait les auteurs étrangers qui semblent avoir rencontré plus souvent que nous cette maladie.

Quant au traitement, il se borne à enlever les polypes accessibles et à faire des irrigations avec l'huile salicylée, ainsi que le recommande Czerny.

Du reste, ce n'est là qu'une médication palliative, rien ne pouvant s'opposer à la généralisation des tumeurs ou à leur dégénérescence.

**M. Fochier** rappelle que la malade dont M. Horand a cité l'observation éprouvait d'atroces douleurs puisqu'elle fit une tentative de suicide. Il existait des tumeurs polypeuses non seulement sur le rectum mais sur le gros intestin et l'intestin grêle. La malade mourut d'une intususception de l'intestin.

**M. Vallas** croit qu'en face d'une pareille affection il faut faire des opérations palliatives : ablation des tumeurs à l'anse galvanique, excision d'une portion de la muqueuse ano-rectale, comme pour le prolapsus, et enfin anus iliaque s'il y a des phénomènes d'occlusion.

\*\*\*

#### DE LA TORSION DU PÉDICULE DES KYSTES DE L'OVAIRE

**M. Chandelux.** — Les kystes de l'ovaire, au cours de leur évolution, peuvent subir, dans leur pédicule, des modifications caractérisées par une torsion, de degré variable, à l'occasion d'un mouvement ou d'un effort et tous les chirurgiens ont eu l'occasion, en pratiquant des ovario-

tómies, de rencontrer des exemples de ce genre qui, depuis les travaux de Rokitansky, sont évalués à environ 12 % des cas ; mais il est plus rare d'avoir à intervenir dans les quelques jours qui suivent l'accident de torsion car les symptômes présentés par la malade font généralement supposer qu'il s'agit d'une affection autre qu'un kyste de l'ovaire à pédicule ayant subi une torsion sur lui-même. Aussi, les deux observations suivantes m'ont elles paru pouvoir être signalées.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une malade de 31 ans ayant eu, depuis quatre mois, à trois reprises différentes, des crises douloureuses durant trois ou quatre jours, se faisant sentir dans le flanc gauche, l'épaule et la cuisse du même côté, mais peu violentes, en somme, non accompagnées de vomissements et n'obligeant pas la malade à rester au lit. Jamais, d'ailleurs, ces crises n'ont déterminé d'envies fréquentes d'uriner, et jamais elles n'ont été suivies d'expulsion de graviers ou de sable rouge.

Brusquement, le 11 septembre 1896, la malade fut réveillée, dans la nuit, par une douleur extrêmement vive dans le flanc gauche, sans vomissements, et, dès le lendemain matin, la température s'éleva à 38° 2, pour osciller ensuite, chaque soir, entre 38° 5 et à 39°.

En même temps on constatait une volumineuse tumeur fluctuante occupant l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque gauche et dépassant l'ombilic, sur la ligne médiane. L'ensemble de ces symptômes fit émettre au confrère qui donnait ses soins à la malade, l'hypothèse qu'il pouvait s'agir d'une hydronéphrose intermittente mais contre cette opinion on pouvait invoquer ; 1° le volume de la tumeur fluctuante, incompatible avec le développement récent des accidents ; 2° l'absence d'envies fréquentes d'uriner et de dysurie réflexe ; 3° l'absence également de tout déplacement du rein droit, signe de haute importance, puisque l'ectopie rénale gauche n'a, pour ainsi dire, jamais été observée sans être accompagnée d'une mobilité très marquée de l'organe correspondant du côté droit ; 4° enfin, l'élévation de la température qui fait défaut dans les hydronéphroses intermittentes non accompagnées de pyurie.

Le diagnostic fut donc : kyste de l'ovaire gauche avec torsion du pédicule. L'opération, pratiquée le 23 septembre 1896, permit d'en avoir la confirmation en faisant reconnaître que le pédicule présentait cinq tours de spire. Le liquide hématique du kyste était en voie de transfor-

mation purulente et des adhérences commençaient à se former entre les intestins et la surface de la poche kystique — En 15 jours la malade fut guérie.

Dans une deuxième observation il s'agissait d'une religieuse âgée de 40 ans, qui, depuis un an, avait eu trois crises abdominales douloureuses avec vomissements, constipation, fièvre et tumeur dans la région de l'hypogastre, obligeant la malade à garder chaque fois le lit pendant environ trois semaines, et que l'on avait attribuées à des poussées de péritonite, symptomatiques d'une hématocele.

Le siège hypogastrique de la tuméfaction, sans saillie du côté des culs-de-sac vaginaux, ainsi que l'on put s'en assurer, lorsque la malade fut anesthésiée, permit de conclure à un kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule, et l'opération, pratiquée, le 12 février 1897, montra, en effet, que celui-ci présentait deux tours et demi de spire. Des adhérences déjà très solides, difficiles à détacher, unissaient la surface du kyste aux intestins. La guérison de la malade fut complète le 17<sup>e</sup> jour.

Lorsqu'un pédicule subit la torsion, suivant le degré de cette dernière, les modifications anatomo-pathologiques qui en résultent sont essentiellement variables.

Dans une torsion modérée, les veines du pédicule seules sont fermées; l'apport artériel continuant à se faire, il se produit une augmentation considérable de la tension sanguine intra-kystique, d'où hémorragies veineuses, cavitaires et augmentation brusque du volume du kyste. La résistance de ses parois à la distension, arrête, à un moment donné, l'hémorragie, et la pression à l'intérieur du kyste, se rapprochant de la tension artérielle, l'apport sanguin se trouve ainsi considérablement réduit et l'équilibre circulatoire, de ce fait, se rétablit entre l'apport artériel et le départ veineux. Ultérieurement des phénomènes d'inflammation, de suppuration et parfois de rupture du kyste peuvent se produire.

Dans une torsion plus forte les vaisseaux artériels et veineux sont comprimés et l'on peut avoir: 1<sup>o</sup> ulcération progressive du pédicule au niveau du point de constriction, avec sectionnement ultérieur complet, entraînant la séparation du kyste qui devient flottant dans la cavité abdominale, ou bien reste attaché là où se sont établies des adhérences qui peuvent continuer à assurer sa vitalité; 2<sup>o</sup> gangrène du kyste et péritonite aiguë rapidement mortelle; 3<sup>o</sup> régression progressive du kyste qui subit des transformations nécrobiotiques, semblables à celles

qui se manifestent dans les infarctus, et peut ainsi arriver à disparaître plus ou moins complètement.

De toutes façons la torsion du pédicule entraîne des phénomènes de douleur très vive accompagnés de vomissements et de signes de péritonisme. Lorsque de tels symptômes se manifesteront brusquement chez une malade présentant en même temps une tuméfaction occupant la région hypogastrique ou les côtés de l'utérus, ou devra immédiatement penser à un kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule et non à une hémato-cèle dont le siège anté ou latéro-utérin est extrêmement rare. Et, comme conséquences, on devra intervenir immédiatement afin de se prémunir contre le développement possible d'accidents prochains et très graves, ou, tout au moins, pour éviter la formation d'adhérences qui ultérieurement, rendraient plus difficile l'ablation du kyste.

**M. Vallas** a présent à l'esprit un cas qui paraît devoir se rattacher aux faits signalés par M. Chandelux. Croyant avoir affaire à une hémato-cèle à début brusque, il fit l'incision du cul-de-sac postérieur et trouva un kyste dermoïde de l'ovaire. Il croit pouvoir mettre sur le compte de la torsion du pédicule les accidents brusques ayant simulé l'hémato-cèle.

**M. Fochier** corrobore l'opinion de M. Chandelux sur la possibilité de confondre un kyste de l'ovaire dont le pédicule a subi la torsion avec l'hémato-cèle ante-utérine. Dans un cas, croyant ponctionner une hémato-cèle hypogastrique, il retira du liquide venant d'un kyste de l'ovaire. Cette ponction suffit pour amener la guérison du kyste. L'apparition d'accidents brusques, à un moment donné, et même la guérison spontanée de la tumeur lui font croire qu'à une certaine époque le pédicule de la tumeur a subi une torsion qui a amené son atrophie. La malade étant postérieurement devenue enceinte, on sentait le long de l'utérus gravide un véritable moignon, seul vestige de la tumeur.

Si on soupçonne la complication, la torsion du pédicule d'un kyste ovarique, il faut intervenir hâtivement.

\*\*\*

#### DE LA TAILLE SUS-PUBIENNE POUR CALCULS VÉSICAUX CHEZ L'ENFANT

**M. Albertin.** — J'ai l'honneur de vous présenter un volumineux calcul vésical extrait de la vessie d'un jeune

garçon de 8 ans par la taille sus-pubienne. Ce calcul, de forme ovoïde, a 6 centimètres de longueur suivant son grand axe, 4 centimètres de largeur ; il pèse 35 grammes. La coupe nous montre qu'il est constitué par un noyau central d'urate du volume d'une noisette recouvert d'une coque de strates phosphatiques. La périphérie est un peu irrégulière, rugueuse. L'observation de ce malade nous a fourni l'occasion de constater une disposition particulière de la vessie rendant sinon impossible, du moins très difficile la constatation « du bruit de pierre » dans l'espèce pathognomonique. Les antécédents du malade : douleur, hématuries, avaient amené l'idée de calcul vésical. L'examen de l'abdomen faisait sentir un corps volumineux plongeant dans le bassin ; le toucher rectal permettait de le soulever avec le doigt. Et, cependant, l'examen à l'aide de la sonde métallique ne nous donnait pas la sensation de contact du catheter avec le corps étranger volumineux. Recherché avec persistance à plusieurs reprises, le bruit de pierre ne peut être obtenu. Il semblait qu'il y eût interposition de tissus entre le catheter et le corps solide perçu par la palpation et le toucher rectal.

Je pratiquai la taille sus-pubienne et arrivai facilement dans la vessie. L'introduction du doigt me permit d'explorer la cavité vésicale qui paraissait normale et vide.

Mais, en explorant la paroi postérieure, je trouvai l'explication de l'anomalie symptomatique que nous avons constatée. Sur la paroi postérieure, en bas, existait un véritable diverticule avec un collet renversé mais permettant l'introduction du doigt et pouvant se dilater. Dans ce diverticule était enchatonné le calcul, et son extraction fut assez laborieuse. On avait affaire à une véritable vessie en bissac, en sablier, dont le diverticule postérieur contenait le calcul. Après l'extraction du calcul la vessie paraissait alors d'une capacité anormale pour un sujet de cet âge.

Ce détail signalé, je désire attirer votre attention sur le volume du calcul enlevé. Il est évident que, seule des méthodes de tailles, la taille sus-pubienne pouvait permettre l'extraction d'un corps aussi volumineux sans délabrement ni blessure des organes voisins. C'est à la taille sus-pubienne qu'il faut avoir recours ; je ne ferai que rappeler ses avantages : exécution facile, suites simples et surtout possibilité d'enlever les plus volumineux calculs en réduisant au minimum le traumatisme local.

J'ai opéré six enfants calculeux et avec succès. Je ne suture pas la vessie, car cette suture fait perdre au chirurgien la quiétude que lui donnent les suites opératoires habituelles, en cas d'absence de sutures vésicales. La guérison est un peu plus longue à obtenir, quoique assez rapide : 25 à 30 jours.

Une vessie calculeuse est, le plus souvent, infectée et il existe les mêmes contre-indications à la suture que pour une plaie septique quelconque.

Je serai, d'ailleurs, très aise d'avoir l'avis des chirurgiens de la Société sur cette dernière question de l'opportunité de la suture vésicale après la taille. Sans nul doute, croyons-nous, il faut adopter la taille sus-pubienne comme méthode de choix dans le traitement des calculs vésicaux chez l'enfant.

**M. Aubert** a vu un cas où, même par l'incision de la taille périnéale, on eut les plus grandes difficultés à percevoir le calcul que les autres signes avaient fait diagnostiquer. Le calcul était enchatonné dans une poche antérieure, un véritable diverticule.

**M. Nové-Josserand** a observé un cas analogue. Le calcul volumineux, senti par la palpation, ne put être mis au contact du catheter métallique; il existait un diverticule avec collet au niveau de l'insertion sur la paroi vésicale.

**M. Chandelux** est du même avis que M. Albertin au sujet du choix de la méthode thérapeutique à choisir en face des calculs vésicaux chez l'enfant. Les tailles périnéales sont dangereuses pour la sphère génitale de l'enfant, la brèche du périnée ne laisse pas passer tous les calculs, la taille sus-pubienne doit être la méthode de choix. Il n'y a pas lieu de songer à la lithotritie, soit à cause de l'étroitesse du canal de l'urètre, chez l'enfant, qui rend difficile l'introduction des instruments appropriés, soit à cause de l'intolérance de la vessie infantile en face des manœuvres de lithotritie. Quand à la suture vésicale, elle ne doit pas être pratiquée après la taille pour calculs, l'infection préexistante de la vessie étant la règle en pareil cas.

---

Séance du 18 novembre 1897. — Présidence de M. FOCHIER

---

### SUR LA TORSION DU PÉDICULE DES KYSTES OVARIQUES

**M. Michel Gangolphe.** — J'ai eu récemment l'occasion d'observer deux faits de torsion de pédicule de kyste ovarique. Le premier cas a trait à une femme de 55 ans environ auprès de laquelle je fus appelé pour des accidents de péritonite et qui était mourante au moment où je la vis. La deuxième observation concerne une malade, voisine et amie de la précédente, ayant présenté antérieurement des accidents analogues et qui, redoutant une issue pareille, vint se faire opérer dans mon service.

Voici, du reste, le détail de ces deux faits :

1<sup>o</sup> Mme B... (de Rive-de-Gier), âgée de 55 ans, était porteur, depuis plusieurs années, d'une tumeur abdominale reconnue comme étant un kyste de l'ovaire; son médecin, notre distingué confrère le docteur Hyvernât, lui avait, à diverses reprises, conseillé de se faire opérer. Malgré le volume du ventre, cette malade pouvait vaquer aux soins de son ménage, aussi se refusa-t-elle à toute intervention.

J'ajoute qu'elle avait eu plusieurs couches, toutes normales, et que les règles, devenues irrégulières depuis quelque temps, s'étaient montrées de nouveau au moment, peut-être à l'occasion des accidents qui devaient l'enlever.

Le 20 septembre 1897, je la trouvai dans un état extrêmement grave. Le ventre volumineux, météorisé, était sensible surtout dans la région du bas-ventre; la palpation et la percussion permettaient de reconnaître l'existence d'un kyste volumineux et d'une certaine quantité d'ascite. Le toucher vaginal et rectal montrait une sensibilité extrême des culs-de-sac péritonéaux et la position de l'utérus en rétroversion.

Le tirage des flancs, au moment de l'inspiration, la petitesse, la fréquence extrême du pouls (120 à 140) coïncidant avec une température relativement faible, un peu au-dessus de 38°, les vomissements, l'âcreté des gaz, la réduction extrême du volume de l'urine, tout prouvait l'existence d'une péritonite généralisée et l'imminence d'une issue fatale.

Les renseignements fournis par la malade (dont l'intel-

ligence était conservée), par son entourage et notre confrère, nous firent penser qu'il s'agissait d'une péritonite due à une torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire. En effet, trois ou quatre jours auparavant, à la suite de fatigues plus considérables, la malade avait, à la fois, éprouvé de violentes douleurs abdominales et remarqué que son ventre *avait changé de forme*. Spontanément elle nous avait donné ce renseignement : comparant ce changement à celui qui se produit chez une femme grosse, quelque temps avant l'accouchement : son ventre était tombé.

Je crus devoir éliminer l'hypothèse d'appendicite, en raison d'absence de localisation primitive à droite.

Malheureusement l'état général ne permettait pas autre chose qu'une médication palliative au point de vue des douleurs. La laparotomie n'était pas faisable, la malade succomba le lendemain.

2° Dans le voisinage de cette malade, habitait une femme porteur, elle aussi, d'un kyste de l'ovaire et qui, à deux reprises, notamment il y a dix-neuf mois, avait été soignée pour des accidents de péritonite. En apprenant la mort de sa compatriote et l'opinion que j'avais émise, elle vint à l'Hôtel-Dieu. Voici les notes recueillies par mon secrétaire :

G..., Claudine, 53 ans, ménagère. Entrée, le 17 août 1897, salle Sainte-Marthe, n° 7.

*Diagnostic.* — Kyste de l'ovaire. Pédicule tordu.

*Antécédents.* — Mère morte accidentellement ; père, alcoolique, mort d'une affection médullaire.

Parmi les antécédents personnels il faut noter une attaque de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 30 ans ; depuis vingt ans une ou deux poussées nouvelles de rhumatisme mais fort atténuées. Il y a neuf ans à la suite d'un chagrin de famille, diarrhée, vomissements, amaigrissement marqué. Jamais d'hémoptysies, hématomèse, ni mœlena. Quelques temps après la malade a repris son embonpoint et a vécu en parfaite santé jusqu'à maintenant.

Réglée à 11 ans, neuf enfants, accouchements normaux. Ménopause à 48 ans. Pas de métrorrhagies.

Il y a dix-neuf mois, à la suite d'un nouveau chagrin, elle a éprouvé des coliques violentes qui ont duré trois semaines, en même temps diarrhée, vomissements, amaigrissement. Ces accidents, qualifiés de péritonite, furent graves et forcèrent la malade à s'aliter plusieurs semaines. Tous ces troubles digestifs ont disparu mais jamais la malade n'a regagné son embonpoint antérieur.



L'augmentation de volume du ventre paraît avoir débuté vers la ménopause, c'est à dire il y a cinq ans. Mais, pendant plusieurs années, l'abdomen n'avait jamais été très douloureux et n'avait même pas causé de gêne sérieuse. En janvier dernier les douleurs abdominales sont devenues vives. Depuis lors elles ont sensiblement diminué mais n'ont pas disparu; souvent ces douleurs revêtent le caractère des douleurs prodromiques du travail.

Le ventre a continué à augmenter relativement plus vite qu'avant la dernière maladie.

*Actuellement* on constate que le ventre est très gros; tuméfaction régulière, globuleuse, avec léger réseau veineux sous-cutané occupant tout l'abdomen, peau tendue, ombilic étalé.

La palpation révèle une certaine mollesse dans les flancs; pas de fluctuation bien nette; flot mal perçu. Autour de l'ombilic: consistance plus dure sous forme de plaque, mais sans bosselures ni noyaux.

A la percussion on trouve une matité très nette au centre; dans les flancs, au contraire, sonorité exagérée.

Le toucher vaginal donne les renseignements suivants: col remonté, utérus en rétroversion; ce dernier détail ne peut être bien apprécié qu'en faisant le toucher rectal.

Depuis le début de l'affection actuelle la malade a des troubles digestifs, renvois, pesanteur dans l'épigastre. Pas de constipation. Un peu de dysurie. Pas de dyspnée.

A l'auscultation du poumon, on entend une respiration rude et saccadée, en avant et à droite.

Au cœur, il semble qu'au niveau de la pointe le premier bruit se prolonge en un léger souffle mésosystolique.

*Urines*: Traces d'albumine.

Sucre: néant.

Phosphate: 1 gr. 21 par litre.

Urée: 9 gr. 50.

Le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire ayant très probablement présenté des accidents de torsion du pédicule.

*Opération.* — Le 4 septembre, je pratiquai l'ablation du kyste. Celle-ci permit de constater certains détails qui confirment le diagnostic. Le pédicule était extrêmement long et grêle, à peine de la dimension d'un porte-plume ou d'une bougie, n<sup>o</sup> 22 ou 21 de la filière Charrière. Il paraissait plus grêle encore sur une certaine étendue vers son insertion sur le ligament large.

On comprenait difficilement comment un kyste d'une contenance de 15 à 20 litres environ pouvait être nourri

par ce pédicule. Les poches, multiples, contenaient, la plupart, un liquide hématique jaunâtre, filant. Des adhérences assez faibles existaient avec l'épiploon de l'intestin, mais le kyste était littéralement collé, fusionné avec la région ombilicale et cela sur une étendue considérable. Afin de le détacher en ce point je commençai par lier le pédicule, puis j'attirai fortement au dehors, sous les yeux, la zone des adhérences. De longues pinces les circonvinrent et j'extirpai, avec le kyste, une notable quantité des plans aponévrotiques de la région. L'ombilic fut extirpé comme dans un cas de hernie. En dehors de ces détails l'opération ne présenta rien de particulier. La malade sortit guérie le vingtième jour.

**M. Condamin.** — Une notion importante dans la torsion du pédicule est l'accouchement. Il relate une observation qui a été publiée précédemment où la torsion du pédicule d'un kyste reconnu pendant la grossesse a été observée peu de temps avant l'accouchement.

La tension abdominale diminue sensiblement après l'accouchement. Qu'un kyste préexiste à l'évacuation de l'utérus, il se trouvera dans les meilleures conditions pour se déplacer, rouler pour ainsi dire dans le ventre, et tordre son pédicule. Aussi est-il indiqué d'opérer les kystes de l'ovaire pendant la grossesse, quand on les constate.

**M. Fochier** demande à **M. Gangolphe** s'il n'a pas observé, du côté du kyste, des phénomènes de regression.

**M. Gangolphe.** — Le kyste était très volumineux, mais pourvu de nombreuses adhérences qui expliquent la possibilité, pour un kyste presque isolé, de vivre par une sorte de circulation accessoire et complémentaire.

\*\*\*

### TRAITEMENT DES BARTHOLINITES CHRONIQUES

**M. Cordier.** — Du traitement de la bartholinite aiguë je ne dirai rien, sinon qu'il me paraît préférable d'ouvrir tardivement l'abcès et même d'attendre l'ouverture spontanée si elle tend à se faire au voisinage de l'orifice naturel. Après une intervention hâtive, la guérison est moins complète et les récurrences plus fréquentes. Si, pourtant, la douleur est très vive, si le pus menace de se faire jour en avant ou en dehors de la grande lèvre, il faut inciser, non pas sur le point le plus fluctuant, mais le plus près possible de l'orifice du canal excréteur.

Cette bartholinite aiguë, ou suraiguë, n'est vraiment grave que si elle affecte la forme récidivante ou devient une bartholinite chronique suintante.

Sous ces deux formes elle fait le désespoir de la malade et du chirurgien.

Quatre ou cinq fois par an, voire même à chaque époque menstruelle, c'est une nouvelle poussée inflammatoire, un nouvel abcès qui s'écoule par l'orifice naturel et qui ne tarit jamais ; dans les périodes d'accalmie la glande continue à sécréter un liquide puriforme presque toujours contagieux.

Les poussées inflammatoires peuvent disparaître avec le temps, mais le suintement persiste avec ses dangers d'infection qui rendent presque impossible la fonction génitale. On comprend bien, dès lors, qu'en l'absence de tout traitement efficace on ait pratiqué l'extirpation totale de la glande.

C'est encore ce même traitement radical que l'on a préconisé dans les bartholinites kystiques. Comme cette variété est plus souvent indolente, non suintante, inoffensive, l'extirpation me paraît infiniment préférable. Si, pourtant, il y a du catarrhe concomitant, s'il y a quelques poussées inflammatoires, si, enfin, pour des raisons d'un autre ordre, la malade veut absolument se débarrasser de cette petite difformité, le traitement s'impose, et le seul efficace jusqu'à ce jour est encore l'*ablation*.

Cette opération, pour être inoffensive, n'en est pas moins, sinon difficile, au moins très ennuyeuse. Je l'ai pratiquée deux fois ; elle se fait à travers des tissus qui saignent beaucoup, dans une région difficilement aseptique ; de là, une suppuration prolongée et des cicatrices disgracieuses qui, au point de vue professionnel, ne sont pas sans importance.

Si encore on était à l'abri de toute récurrence ? Mais est-on jamais bien sûr, même avec les injections solidifiables, si tant est qu'elles soient pratiques, d'avoir enlevé la glande toute entière ?

Il y a des récurrences même après les opérations faites par des chirurgiens d'une habileté incontestable.

Peu satisfait de cette opération, à mon avis trop vantée, j'ai essayé, sans doute après beaucoup d'autres, d'injecter par le canal excréteur les solutions médicamenteuses les plus diverses. Quoiqu'on parvienne facilement à visser l'embout d'une seringue de Guyon dans l'orifice du canal toujours dilaté, les injections pénètrent mal et ne donnent aucun résultat.

Il fallait donc porter la solution choisie dans la glande même, en traversant les tissus avec la fine aiguille d'une seringue de Pravaz.

C'est ce que j'ai fait d'abord avec une solution de chlorure de zinc au 20<sup>e</sup> et, plus tard, avec la solution alcoolique d'acide salicylique, en raison de son action toute spéciale sur les tissus épidermiques.

J'avais pu me convaincre, en expérimentant sur les cobayes, que l'acide salicylique en solution alcoolique était parfaitement toléré par les tissus. Même en solution saturée, il ne provoquait ni douleur vive, ni réaction inflammatoire violente, ni suppuration. Je pouvais l'injecter sans craindre autre chose que l'insuccès.

Les résultats obtenus ont dépassé mes espérances. Voici donc comment je procède :

Entre le pouce et l'index de la main gauche, je saisis la grande lèvre près de la fourchette ; j'immobilise ainsi sous le doigt la glande que l'on reconnaît toujours très nettement pour peu qu'elle soit malade. Avec la seringue de Pravaz j'injecte dans la glande un demi-centimètre cube de la solution alcoolique salicylée, solution à saturation.

Les souffrances accusées par les malades sont toujours peu vives et surtout de très courte durée. L'inflammation ne se manifeste, le lendemain, que par un peu de gonflement disparaissant lui-même après cinq ou six jours. A ce moment la sécrétion est tarie et la guérison complète.

Dans quelques cas, cependant, il a fallu faire une deuxième injection : elle est rarement nécessaire.

Il me serait facile de relater les nombreuses observations recueillies durant une année. Les internes et externes qui se sont succédés dans mon service ont été témoin des guérisons obtenues.

Elles sont si probantes qu'à mon avis le chirurgien serait coupable qui pratiquerait l'extirpation de la glande de Bartholin sans avoir, au préalable, essayé les injections intra-glandulaires d'alcool salicylé.

**M. Rochet** demande à M. Cordier s'il a observé fréquemment des kystes de la glande vulvo-vaginale.

**M. Cordier.** — Ces kystes de la glande de Bartholin, paraissent assez fréquents. Au point de vue de la localisation exacte du kyste, il est plus difficile de la déterminer, de savoir s'ils siègent dans la glande ou dans le canal excréteur. Quoiqu'il en soit, le traitement est le même.

**M. Jaboulay** croit à la possibilité de l'extirpation de

la poche en cas d'hématocèle ou de kyste, En coiffant le doigt avec la poche on peut la disséquer avec des ciseaux et l'enlever complètement.

**M. Cordier.** — La cicatrice est déplorée par les malades. Dans un cas opéré par M. Jaboulay, d'un côté il existait une large cicatrice; de l'autre côté, la guérison s'obtint sans cicatrice et fut parfaite, à la plus grande satisfaction de la malade.

**M. Horand** conseille l'incision large et le crayon de nitrate d'argent pour assurer la cicatrisation à plat. Pour les bartholinites chroniques il accepte le traitement préconisé par M. Cordier.

\*\*\*

### NOUVELLE MÉTHODE DE RESTAURATION URÉTRALE DANS L'HYPOSPADIAS

**M. Nové-Josserand** présente un hypospade âgé de 23 ans, sur lequel il a pratiqué la restauration urétrale par un procédé particulier. Sans entrer dans le détail des opérations multiples qui ont été nécessaires pour arriver au résultat actuel, il suffit de constater que celui-ci est satisfaisant.

L'urètre est reconstitué sur toute sa longueur, même dans la portion balanique du pénis; il reste encore cependant deux fistules, l'une au niveau des bourses, très petite; l'autre, plus grande, située à la jonction du gland avec la verge; toutes deux seront fermées facilement par une petite opération complémentaire. La miction est facile, et le jet d'urine a une force suffisante bien qu'une certaine quantité passe par la fistule sous-balanique. Les érections ne sont pas douloureuses, et ne provoquent pas d'incurvation de la verge sur sa face inférieure; le cathétérisme montre que le canal nouveau admet facilement une sonde n° 18; il est souple dans toute son étendue; il y a seulement un léger ressaut au point qui correspond au raccord des deux urètres.

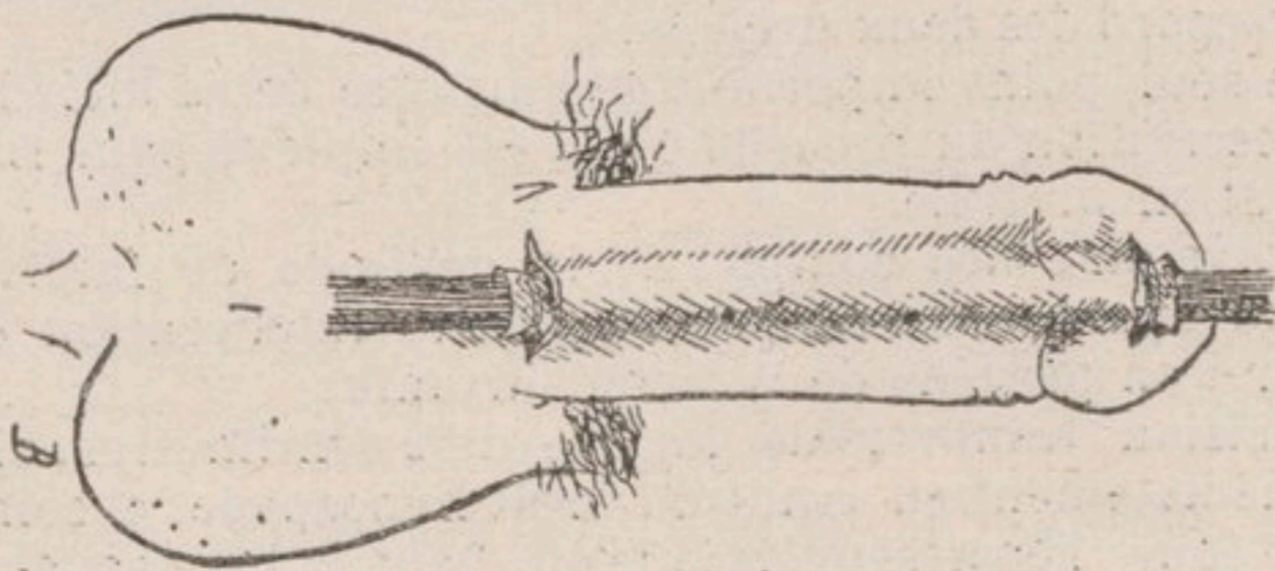
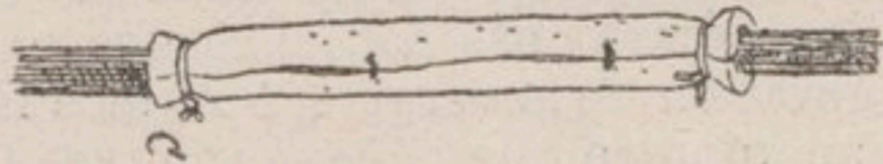
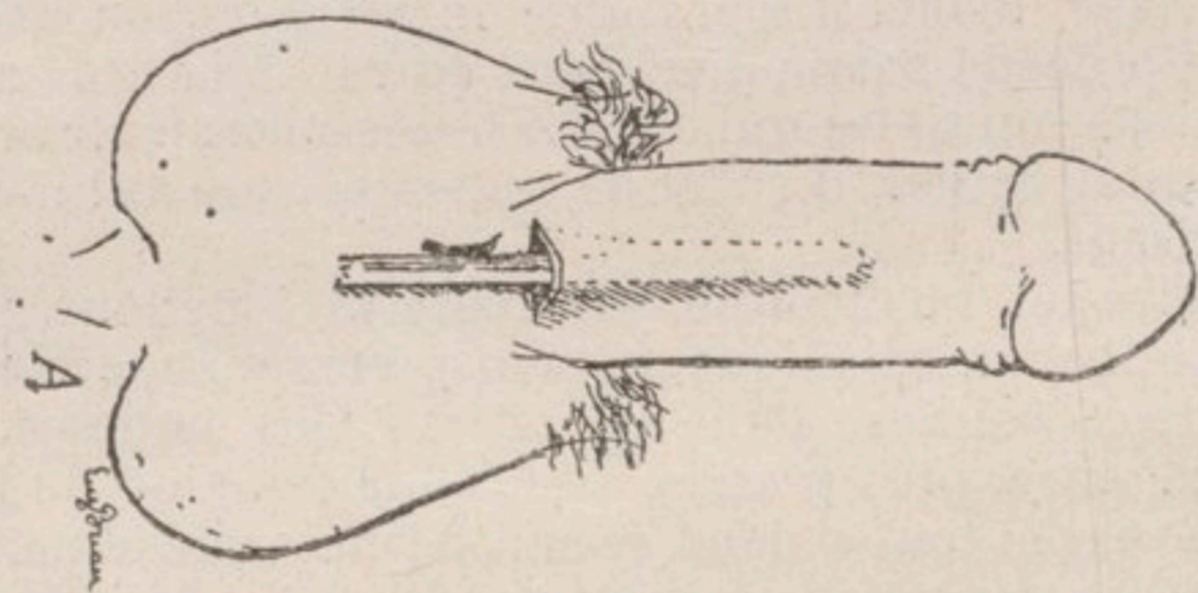
Le seul point important de l'histoire de ce malade est la description du procédé qui a été employé pour la restauration urétrale.

Après un échec complet de la méthode de Duplay, la verge ayant été redressée par une intervention antérieure, on procéda de la façon suivante:

Incision transversale longue de 2 centimètres, située immédiatement en avant du méat hypospade, et comprenant toute l'épaisseur de la peau. Dans la loge sous-cutanea-

née ainsi ouverte, on introduit un instrument mousse, qui décolle les tissus en se dirigeant vers le gland de manière à créer un conduit sous-cutané sur le prolongement de l'urètre hypospade. Arrivé à la base du gland, on peut le perforer d'arrière en avant, mais comme on obtiendrait difficilement de cette façon un espace suffisant, il vaut mieux inciser le gland sur sa face inférieure en remettant à plus tard la restauration du canal balanique.

Le canal sous-cutané une fois constitué, il faut le tapisser de peau. Pour cela on taille sur la cuisse, par les procédés ordinaires, un lambeau dermo-épidermique d'Ollier, large d'environ 4 centimètres, de longueur convenable. Ce lambeau est placé sur une sonde n° 22, enroulé sur elle, face cutanée en dedans, touchant la sonde, face cruentée en dehors, et fixé par une ligature circulaire aux deux extrémités. Puis la sonde, ainsi habillée, est introduite dans le canal sous-cutané, coupée au ras à ses deux extrémités et fixée par un point de suture métallique passé dans le gland.



Au bout de 8 à 10 jours on retire doucement la sonde ; il faut alors laisser le nouveau canal au repos pendant 5 jours environ, après quoi on commence des cathétérismes très prudents avec une sonde molle n° 18.

Cette opération dut être pratiquée deux fois sur le même malade, parce que, la première fois, le canal fait avec une sonde n° 16 et cathétérisé trop tôt, s'était un peu rétracté et était insuffisante. Mais la seconde opération a donné le beau résultat que l'on peut constater sur le malade et qui se maintient invariable depuis 6 mois.

Ce fait répond donc victorieusement à ces deux objections principales qu'on pourrait faire à cette méthode, à savoir que la greffe ne prendrait pas, et que le canal nouveau pourrait se retrécir par le fait de la rétraction du lambeau.

La prise du transplant a été constatée d'une façon positive après les deux interventions ; quant à la rétraction, elle existe sans doute, mais ne dépasse pas la valeur de 2 ou 3 numéros de la filière Charrière, et si on la prévoit de manière à faire d'emblée un canal très large, on n'a pas à s'en préoccuper. Notre observation montre, en effet, que, passé le premier mois, la greffe a acquis ses dimensions définitives, et rien ne fait prévoir qu'on puisse voir ultérieurement se retrécir ce canal dont le calibre est invariable depuis plus de 4 mois.

Il y a lieu d'insister sur quelques points de technique qui ont une importance particulière ; il faut d'abord faire le nouveau canal très large (n° 21 ou 22) ; en second lieu, la greffe autoplastique doit avoir la plus grande épaisseur possible, sans cependant comprendre toute l'épaisseur de la peau. Enfin, les cathétérismes doivent être, dans les premiers temps du moins, très prudents et faits avec des sondes molles pour éviter que des excoriations de l'épiderme ne puissent devenir la cause de rétraction cicatricielle secondaire.

Il n'est pas utile d'insister sur l'avantage considérable que présente cette méthode de restauration urétrale sur toutes celles qui ont été employées jusqu'ici. Avec le procédé classique Duplay, comme avec le procédé très ingénieux de M. Rochet (lambeau scrotal), les succès partiels ou totaux ne sont pas rares, parce que les sutures coupent ou les lambeaux se sphacèlent. Ici, on a toute sécurité, puisqu'il n'y a ni lambeau, ni suture, et la simplicité de l'opération est poussée à son maximum. Dans le cas même où le lambeau transplanté viendrait à se sphaceler, on aurait toute facilité pour refaire l'opération

sans qu'il en reste ni cicatrices, ni aucune gêne pour les interventions ultérieures.

Il est permis d'espérer que, grâce à ce procédé de restauration urétrale par la méthode sous-cutanée avec greffe autoplastique d'Ollier, ce temps de l'opération de l'hypospadias, jusqu'ici le plus difficile et le plus aléatoire, deviendra le plus simple et le plus sûr de l'intervention toute entière.

**M. Rochet** connaît le procédé de M. Nové-Josserand qui a été bien étudié dans la thèse de Reure. L'examen du malade présenté confirme les conclusions de l'auteur. Les procédés à lambeau sont d'une exécution difficile et exigent beaucoup de docilité de la part des opérés. Il est particulièrement délicat d'avoir de bons résultats chez les enfants où le procédé de M. Nové-Josserand serait préférable. Mais il faut que les greffes dermo-épidermiques prennent aussi facilement chez l'enfant que chez l'adulte.

La question de la rétraction secondaire n'est peut-être pas définitivement jugée chez le malade de M. Nové-Josserand, mais le résultat est remarquable.

**M. Nové-Josserand** a fait chez l'enfant des greffes dermo-épidermiques d'Ollier dans le cas de trichose et a obtenu des résultats satisfaisants. Il se propose d'appliquer son procédé de restauration de l'hypospadias dans son service d'enfants à la Charité.

\*\*\*

#### TUMEURS FIBREUSES DES DEUX OVAIRES ENLEVÉES PAR LA VOIE VAGINALE APRÈS LA SECTION MÉDIANE DE L'UTÉRUS.

**M. Jaboulay** présente des pièces anatomiques représentant des tumeurs fibreuses des deux ovaires attenantes à la moitié correspondante de l'utérus coupé en deux.

Cette opération a été faite, il y a 6 jours, chez une femme de 35 ans, aujourd'hui convalescente et à peu près guérie, qui présentait une suppression des règles depuis 6 à 7 ans, et des tumeurs bosselées, irrégulières, dures, remontant à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic, avec une portion kystique sensible par le cul-de-sac de Douglas. Après la laparotomie vaginale, et l'ouverture de la portion kystique, il devient évident que les tumeurs ne pourraient jamais passer par cette incision, et qu'il était nécessaire



de se débarrasser de l'utérus. M. Jaboulay fit alors, de propos délibéré, la section médiane de cet organe, de façon à laisser chaque fibrome de l'ovaire attenant à sa moitié utérine, et à faciliter ainsi la descente de chacun d'eux par la traction exercée sur son segment utérin. Ce procédé d'extraction est meilleur que l'hystérectomie vaginale préalable, parce que cette opération encombre le champ opératoire de trois ou quatre pinces qui gênent les manœuvres de descente et d'attraction des fibromes, et pourraient lâcher ou être arrachées. Ce fut le plus gros des fibromes qui s'engagea le premier et fut le premier extrait; pendant qu'il était attiré en bas, l'autre moitié de l'utérus, avec son fibrome ovarien, était refoulée en haut. Quand il vint à la vulve, deux pinces furent placées sur le ligament large, l'une de haut en bas, l'autre de bas en haut; c'était à gauche; ce fibrome pesait 350 gr. L'autre fibrome vint à son tour, malgré des adhérences serrées et résistantes. Sur le ligament large droit, deux pinces hémostatiques furent appliquées comme de l'autre côté. Ce fibrome pesait 110 gr. Les pinces ont été enlevées le troisième jour; la malade était en aussi bon état que possible, elle n'avait jamais atteint 38°. M. Jaboulay dit, en terminant, être partisan de la voie vaginale, même dans les cas limités où le chirurgien hésite, en raison du volume de la tumeur à enlever, à s'engager de ce côté.

---

*Séance du 2 décembre 1898.* — Présidence de M. FOCHIER.

---

#### **ABLATION DE L'ASTRAGALE, DU CALCANEUM, ET DE L'ÉPIPHYSE INFÉRIEURE DU TIBIA. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.**

**M. Gangolphe.** — J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade à qui j'ai pratiqué l'ablation de l'astragale du calcaneum et de l'épiphyse inférieure du tibia; elle présente un grand intérêt au point de vue des résultats paraissant définitifs.

Voici, d'ailleurs son observations.

R..., Marguerite, 49 ans, demeurant à Lyon, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Martin, n° 20, le 15 avril 1896, pour une tumeur blanche ancienne du cou de pied.

*Antécédents héréditaires.* — Père cardiaque; mère vivante toussant beaucoup, amaigrie.

Pas d'affection avant l'âge de 4 ans ; à cette époque, la malade se met à boîter ; on inspecte son pied et on trouve deux tumeurs du volume d'un œuf, peu douloureuses, sans qu'on en puisse préciser le siège exact. Gêne fonctionnelle assez marquée.

La petite malade est conduite à la Charité ; on lui fait des pointes de feu, on immobilise son articulation tibio-tarsienne. Elle fait un séjour de quinze mois et rentre dans sa famille ; elle marche avec plus de facilité.

Au bout de quelque temps il se forme des fistules qui guérissent pour s'ouvrir de nouveau ; tantôt la malade peut marcher seule, tantôt elle a besoin d'un bâton.

En 1892, l'état de la malade semble s'aggraver ; les trajets sont ouverts et la suppuration est abondante, l'impotence fonctionnelle est plus grande que jamais et la malade marche avec deux béquilles.

Au mois d'avril 1896 elle entre à l'Hôtel-Dieu. L'état général est mauvais ; le cou de pied est le siège de trajets fistuleux multiples situés de chaque côté des malléoles. La suppuration est abondante et fétide. Après avoir amélioré l'état général, une première intervention est faite le 25 mai. L'astragale et le calcaneum sont enlevés ; le foyer tuberculeux, nettoyé soigneusement à la curette, est cautérisé rigoureusement. Suites générales des plus simples.

*Juillet 1896.* — La suppuration n'est pas tarie ; les fongosités ont une tendance extrême à la repullulation, malgré les pansements, modifications au baume du Pérou créosoté, et les cautérisations réitérées au nitrate d'argent. Le stylet indique la dénudation de l'épiphyse tibiale inférieure.

*15 juillet.* — Ablation de l'épiphyse tibiale qui est nettement éburnée et atteinte d'infiltration puriforme. Le tissu osseux adjacent est dur et vasculaire ; l'extrémité du tibia est excavée de manière à reconstituer une mortaise aux malléoles internes. Cette intervention a les plus heureux résultats ; la malade sort guérie deux mois plus tard. On lui fait porter un appareil (tuteur).

*Décembre 1897.* — Actuellement, la malade marche facilement : elle peut faire sans fatigue trois ou quatre kilomètres. Le port d'un appareil n'est pas indispensable, mais il lui permet de faire de plus longues courses.

Au niveau de l'articulation il ne reste plus trace de fistule.

Il existe des mouvements de flexion, d'extension et de latéralité, tous très limités. Si l'on essaye de faire éten-

dre le pied contre le gré de la malade, on éprouve une grande résistance ; tous ses muscles fonctionnent bien.

Les mensurations donnent les chiffres suivants :

Jambe opérée (gauche) :

Longueur totale du pied ..... 0.18 cent.

De la tête du péroné à la face plantaire .... 0.33 »

Jambe droite :

Longueur totale du pied ..... 0.23 »

De la tête du péroné à la face plantaire .... 0.39 »

Les épreuves radiographiques, faites par M. Destot, permettent d'apprécier le déficit que présente le squelette du pied. Le scaphoïde est venu se placer dans la mortaise tibio-tarsienne reconstituée ; quant au calcaneum et à l'astragale supprimés, ils sont représentés par un noyau osseux, unique, placé au-dessous et en arrière du scaphoïde au centre du talon.

En somme, la marche est très bonne, avec peu de claudication ; celle-ci sera, sans doute, encore moins apparente par la suite, quand la malade aura une chaussure pourvue d'un talon suffisamment élevé.

\*\*\*

#### **FRACTURE OBSTÉTRICALE DE L'HUMÉRUS. — PARALYSIE RADIALE. — LIBÉRATION DU NERF LE 38<sup>e</sup> JOUR. — GUÉRISON.**

**M. Gangolphe.** — Le 17 août 1897, je fus appelé à voir un enfant chez lequel existaient à la fois une fracture de l'humérus droit (partie moyenne), à peu près consolidée et une paralysie complète du nerf radial du même côté.

La fracture s'était faite, vingt-huit jours auparavant, au moment de la naissance. Il s'agissait d'une présentation du sommet normale, mais le dégagement des épaules se faisant difficilement en raison du volume de l'enfant, qui pesait plus de neuf livres, le médecin dut exercer des tractions sur les aisselles. Celles-ci furent faites, d'ailleurs, avec toute la prudence et la modération possibles. Néanmoins, il se fit une fracture pour laquelle on employa un petit appareil en carton. Les jours suivants l'attention fut éveillée par suite de l'inertie des doigts et de la main du côté lésé. D'autre part, l'attitude caractéristique de la paralysie radiale persistait malgré la friction, les petits massages.

Quand je fus appelé, la paralysie était typique, En rai-

son de l'âge de l'enfant, et aussi parce que j'espérais que l'électro-thérapie serait peut-être suffisante, je soumis le cas à M. Destot. La conclusion de ses tentatives et de son examen fut que le nerf avait absolument perdu ses propriétés électro-motrices et que la libération opératoire était absolument indiquée.

Je pratiquai celle-ci le 27 août, soit trente-huit jours après la naissance. Une bande d'Esmarck très souple, pas trop serrée, fut appliquée à la racine du bras. L'incision faite un peu bas pour découvrir le nerf au-dessous du cal et le suivre facilement de bas en haut, me conduisit rapidement sur le radial; la découverte de l'interstice musculaire dans lequel se trouve le nerf m'a paru facilitée par la présence des vaisseaux *collatéraux externes*. Ayant mis à nu le siège de la lésion je pus constater les détails suivants :

Le nerf radial était tendu (comme une corde de violon sur un chevalet) sur le sommet d'un angle saillant en dehors, formé par les fragments. Il n'était pas pincé entre ceux-ci, mais entouré par du tissu fibreux, émané du périoste ou, si l'on veut, par le périoste épaissi. Afin de le dégager, je fis, à un centimètre en avant, à distance, par conséquent, une petite incision longitudinale au périoste. La gaine périostique ouverte, tout le monde put vérifier que nous étions exactement sur le trait de fracture et que celle-ci était presque transversale et non encore consolidée. Je ne voulus pas exciser des tissus osseux, ni décoller le périoste de peur que ces manœuvres n'amenant un cal exubérant, le nerf ne soit repincé plus tard. Je me bornai à isoler le nerf dans les tissus fibreux qui l'entouraient, en glissant au-dessous de lui une sonde cannelée, en le mobilisant par des tractions légères. Quand il fut bien évident qu'il était très libre, je refermai la plaie par quelques sutures, et je plaçai un petit drain à la partie déclive.

Les suites opératoires furent des plus simples et des plus satisfaisantes.

Dès le quatrième ou cinquième jour, on notait l'apparition de petits mouvements d'extension encore bien faibles et bien courts du côté du pouce et de l'index. Peu à peu, l'extension réapparût pour les autres doigts; mais la fatigue était prompte.

Environ quinze jours après l'opération, l'extension des doigts et de la main sur l'avant-bras était complète.

L'enfant fut alors soumis à l'électro-thérapie qui, en quelques semaines, acheva la guérison.

Il m'a paru intéressant de vous communiquer cette observation, d'abord à cause de sa rareté et ensuite pour les considérations auxquelles peut prêter la thérapeutique.

Les paralysies d'origine obstétricale sont ordinairement des paralysies radiculaires, connues depuis longtemps; elles ont fait récemment l'objet de la thèse de notre ancien et distingué interne, M. Cibert. Par contre, je n'ai pas trouvé signalée, la paralysie radiale.

Au point de vue opératoire, je dirai que j'étais préoccupé surtout de ne pas irriter le périoste et le tissu osseux, en libérant le nerf. Si j'avais trouvé celui-ci enclavé entre les fragments, je l'aurais libéré, et éloigné le plus possible des surfaces osseuses. Au besoin, j'aurais peut-être interposé un tissu quelconque, un fragment de muscle, entre le nerf et la fracture. Je crois qu'il faut, chez les très jeunes sujets, se méfier de leur facilité à faire de l'os.

Enfin, ce fait, rapproché d'un autre que j'ai observé, montre combien sont variables les effets de la compression sur les nerfs. Il y a quelques années, j'ai présenté à la Société des Sciences Médicales un homme que j'avais opéré pour un énorme anévrysme diffus artério-veineux de la partie supérieure de l'humérale. Huit à dix jours après un coup de couteau, il avait vu se développer à la fois et rapidement l'anévrysme et les signes d'une paralysie du cubital. Notez que le malade était intelligent et déclarait nettement qu'il se servait très bien de ses doigts après la blessure, mais que la paralysie s'était montrée en même temps que des douleurs extrêmement violentes, et que l'anévrysme se développait. Je fis la ligature des bouts artériels et veineux après incision large de la poche; puis, malgré les dires du malade, je fendis l'aponévrose brachiale interne pour voir le nerf cubital. Il était augmenté de volume et rouge mais non sectionné. Malgré l'absence de toute infection et la réunion immédiate, malgré la suppression de toute compression, la paralysie du cubital était encore complète un an plus tard.

J'ajoute que, chez les enfants, les résultats sont sans doute plus favorables que chez les adultes.

**M. Vincent.** — Je n'ai pas vu de cas analogue à celui de M. Gangolphe pendant mon exercice de majorat; on m'a amené, dans le service de la Crèche, des nourrissons atteints de paralysies radiales consécutives à des fractures produites pendant les versions ou des paralysies sans fracture réelle. Ces enfants arrivaient trois ou quatre mois après l'accident.

Ces cas étaient incurables, résistaient à tout traitement,

électricité, etc. Dans le cas de M. Gangolphe peut être qu'en faisant de l'expectation, les phénomènes paralytiques se fussent amendés. Ce n'est pas une critique, car le résultat obtenu par M. Gangolphe est très bon.

**M. Fochier.** — Je demande à M. Vincent de préciser le diagnostic de paralysie du radial. Il faut, en effet, distinguer la paralysie du radial par lésion du nerf au voisinage de l'humérus et les paralysies radiales consécutives à l'élongation, l'arrachement des racines du plexus brachial. Ce sont ces paralysies par lésions des filets radiculaires qui sont le plus souvent observées, la paralysie par lésion directe du nerf est extrêmement rare. Je n'en ai jamais observé. Quant au pronostic, si les paralysies par lésion radiculaire ne s'améliorent pas pendant les trois ou quatre premières semaines elles restent incurables.

**M. Jaboulay.** — Souvent la paralysie est un simple phénomène d'inhibition. En un cas analogue, j'ai incisé trois fois sur le nerf sans trouver de lésion, et cependant la paralysie disparut après la troisième intervention.

\*\*\*

### TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PROSTATIQUES

**M. Rochet.** — Le traitement chirurgical du prostatique rétentionniste est permis dans les circonstances suivantes :

1<sup>o</sup> Quand le cathétérisme (répété ou à demeure), qui doit rester la base essentielle de la thérapeutique du prostatique, est devenu trop difficile ou qu'il est mal supporté, et détermine des douleurs, des hémorrhagies, des accidents fébriles ;

2<sup>o</sup> Quand, malgré la bonne tolérance apparente du malade vis-à-vis de ce cathétérisme, la situation du prostatique s'aggrave, que les douleurs et les accidents à infection persistent, et que le malade lui-même demande autre chose que la sonde pour le soulager.

Les méthodes chirurgicales couramment employées à l'heure actuelle, et pour ne pas parler de celles qui sont tombées dans l'oubli, peuvent se ranger dans deux grandes catégories :

1<sup>o</sup> Celles qui s'adressent directement à l'obstacle prostatique pour le détruire ou le diminuer ;

2<sup>o</sup> Celles qui dérivent l'urine, en laissant l'obstacle de côté.

Nous allons passer rapidement ces méthodes en revue,

en disant ce que notre expérience personnelle nous permet de penser de plusieurs d'entre elles.

A. — *Méthodes visant directement l'obstacle.*

Ce sont 1° la galvano-caustie ; 2° la prostatectomie sus-pubienne ; 3° le drainage périnéal ; 4° la castration et la vasectomie.

La *galvano-caustie*, conseillée, il y a longtemps déjà, par Bottini, a repris, ces temps derniers, surtout en Allemagne, un regain d'actualité, et beaucoup de chirurgiens en font les plus grands éloges. Elle se pratique avec un instrument rappelant un peu l'ancien sécaleur de Mercier. C'est une méthode qui paraît innocente, mais la section du col qu'elle réalise, se fait sur un point trop limité pour amener un élargissement sérieux et durable de l'orifice uréthro-vésical, et du canal prostatique obstrués ou rétrécis par l'hypertrophie. Nous l'avons employée dans deux cas sans résultat bien net, bien concluant.

La *prostatectomie sus-pubienne*, appelée encore à l'étranger opération de Mac Guire, du nom du chirurgien qui en a perfectionné le manuel opératoire et l'instrumentation, a été faite un nombre énorme de fois dans ces huit ou dix dernières années, surtout par les chirurgiens anglais et américains qui l'ont pratiquée de propos délibéré. En France, elle a été faite assez souvent aussi, mais de façon moins voulue, moins prévue pour ainsi dire ; c'est souvent au cours d'une cystotomie entreprise, par exemple, pour un calcul ou pour des accidents douloureux de cystite ou même pour une rétention tenace, que le chirurgien, la vessie une fois ouverte, et s'apercevant d'un obstacle « en croupion » « en lnette » surplombant le col, a profité de l'occasion pour le retrancher d'un coup de ciseaux. Les statistiques les plus contradictoires existent sur cette intervention et ceci s'explique. Elle est, en effet, innocente ou très grave ; elle peut presque tout ou presque rien. Elle est innocente et très efficace si on a la chance de tomber sur une véritable lnette, sur un lobe pédiculé formant soupape ; elle est très grave et ne peut pas grand chose si on tombe sur une prostate massivement constrictive qu'il faut évier et dont il faut extraire de gros morceaux. Les indications de cette opération seraient donc *théoriquement* bien nettes : ce seraient celles de lobes pédiculés se rabattant sur le col, ou de saillies bien limitées encombrant l'urèthre prostatique.

Malheureusement, le diagnostic de ces formes d'hypertrophie est presque impossible en clinique, quoiqu'en aient dit Mercier et les anciens auteurs. Outre cette incertitude du diagnostic, ce qui diminue encore l'importance thérapeutique de cette méthode, c'est que, même en admettant qu'on puisse reconnaître d'avance les cas favorables à cette intervention, ces cas seront toujours très restreints dans le nombre général des prostatiques, parce que les formes d'hypertrophie « à l'nette à couvercle » dont nous parlions, sont l'infime minorité par rapport aux formes généralement constrictives.

Le *drainage périnéol* (opération de Harrisson) est, comme on le sait, une intervention qui consiste essentiellement dans une boutonnière périnéale par laquelle on fait la dilatation progressive immédiate de l'urèthre profond, jusqu'à ce qu'on puisse y passer facilement l'index, par exemple ; puis on draine, avec un gros drain ou une grosse canule qui irait jusque dans la vessie. Le drain a quelques inconvénients ; il se déplace facilement, est une cause d'irritation du trajet et nous avons cherché à le supprimer dans les cas où nous avons pratiqué cette opération. Nous avons observé les mêmes bons résultats et tout aussi durables en le supprimant ; seulement, pour avoir ces résultats, il faut pousser très loin la dilatation de l'urèthre profond. Nous nous sommes servi pour cela d'un dilateur rappelant en petit le *speculum ani* de Paré, ou encore d'une pince à trois branches dans le genre de certaines sondes employées pour les lavages utérins. Il faut diviser le col vésical (c'est-à-dire l'urèthre prostatique et l'orifice uréthro-vésical) jusqu'à ce qu'on puisse très aisément y passer le doigt et même le pouce, sans qu'on se sente en rien serré par le col. Ainsi faite, la dilatation peut très bien se passer de drainage consécutif. Les opérés conservent l'incontinence périnéale pendant trois semaines ou un mois au minimum et, plus tard, quoique retenant leurs urines, ils peuvent encore largement pisser par le périnée pendant plusieurs semaines.

La dilatation périnéale ainsi pratiquée agit de deux façons : 1<sup>o</sup> Elle draine efficacement la vessie et plus directement peut-être que la taille hypogastrique, car le drainage porte sur le plancher vésical lui-même ; 2<sup>o</sup> Elle fait disparaître le spasme de l'urèthre profond, spasme qui joue un si grand rôle dans la dysurie prostatique. Avec ce spasme disparaissent aussi les douleurs, les épreintes si pénibles pour certains malades, alors même



que l'écoulement de leurs urines est assuré par la sonde à demeure par exemple. Les muscles uréthraux et péri-uréthraux profonds, divulsés, cessent leurs contractures douloureuses. Il y a, là, en somme, une action analogue à celle de l'opération de la fissure anale par dilatation.

Voyant les bons résultats de cette dilatation forcée par le périnée nous avons cherché à la réaliser par l'urèthre sans inciser le périnée et nous nous sommes servi d'un divulseur particulier qui s'introduit par l'urèthre antérieur et dont l'action peut se limiter à l'urèthre profond. Nous sommes encore en train d'en étudier les effets et le parti qu'on peut en tirer; nous ne pouvons donc rien préjuger encore de ses résultats.

D'après ce que nous venons de dire, la dilatation périméale nous paraît une excellente opération et nous l'avons faite un assez grand nombre de fois déjà. Elle ne donne que des résultats palliatifs, sans doute, mais chez bon nombre de malade, elle améliore considérablement la situation et marque même, pour certains d'entre eux, l'ère d'un véritable rétablissement.

Il ne nous paraît pas bien utile d'insister longuement sur les résultats de la *castration double* dans la cure de l'hypertrophie prostatique. Ces résultats sont encore très discutés à l'heure actuelle et nous n'avons jamais employé cette opération, pour notre part, car nous considérons que c'est une intervention barbare et anti-chirurgicale que celle qui consiste à émasculer un homme dans l'espoir hypothétique d'une amélioration de sa fonction urinaire et avec l'excuse qu'il est âgé. On a compris depuis longtemps ces raisons qui font rejeter cette opération par la plupart des chirurgiens et des malades et on a essayé de la remplacer par la *double vasectomie*. Les résultats de cette dernière intervention sont encore plus discutés que ceux de la double castration et on n'est rien moins que fixé sur leur valeur malgré les statistiques, très nombreuses, qu'on a fournies depuis deux ou trois ans seulement. A la dernière session du Congrès d'Urologie où cette question était à l'ordre du jour, les avis ont été loin d'être favorables à cette opération. A Lyon on a publié quelques faits qui paraissent cependant à l'appui et, notamment, ceux de notre collègue M. Nové-Josserand. Je n'ai employé qu'une fois cette opération, sans résultat du reste. Les améliorations qu'on a constatées après elle, dans la fonction urinaire, peuvent être très bien mises sur le compte de la disparition de certains phénomènes congestifs, et rien ne prouve qu'on

ait jamais noté d'atrophie réelle de la prostate après ces interventions.

B. — *Méthodes ayant pour but de dériver le cours de l'urine*

Elles se résument, à l'heure actuelle, dans : 1<sup>o</sup> le cysto-drainage hypogastrique (opération de Méry rajeunie par Lejars). 2<sup>o</sup> La cystostomie sus-pubienne à laquelle les travaux de M. Poncet ont attaché son nom.

Ces méthodes de dérivation des urines qui laissent l'obstacle de côté en supprimant les difficultés accumulées du côté des voies naturelles, sont très séduisantes *a priori*. Ici, on ne s'acharne pas contre un ennemi que l'expérience montre être souvent plus fort que vous ; on l'évite. En outre, ces opérations ont des indications bien plus générales que la plupart des précédentes, puisqu'elles s'adressent non seulement aux cas de la véritable hypertrophie prostatique, ceux dans lesquels l'obstacle prostatique joue un rôle évident, mais aussi à ceux, bien connus, de Civiale, autrefois, rappelés par M. Guyon. et sur lesquels on revient beaucoup aujourd'hui, de ces malades prostatiques sans prostate, et ne pissant plus parce que leur vessie est atone, inerte, et ne suffit plus à sa tâche.

*Le cysto-drainage hypogastrique* est une opération très simple (qu'on peut faire en quelques secondes à l'aide de notre trocart porte-drain par exemple) et sans gravité immédiate. Ce qui est à craindre seulement, avec elle, c'est que, si on laisse longtemps le drain en place, l'urine ne vienne à s'infiltrer petit à petit et sournoisement autour du trajet du drain. Mais l'opération nous paraît excellente à titre palliatif et pour remplacer des ponctions multiples qu'on serait obligé de répéter souvent, dans un cas de rétention aiguë, par exemple, en attendant que le cathétérisme soit possible ou redevienne facile.

*La cystostomie sus-pubienne* est une opération de nécessité qui peut donner des résultats inespérés alors que toutes les autres méthodes seraient impuissantes. C'est le cas de ces vessies anciennement infectées, pleines de pus, distinctes et fermées, qu'on ouvre comme un abcès ou une cavité putride qui ne se vident pas aisément et qu'on maintient ouverts. C'est une *opération d'urgence* qui peut sauver le malade et seule peut le sauver dans certains cas ; ceci ne peut se contester. Veut-on, au contraire, en faire une *opération de choix*, ou plutôt une *opération précoce* à appliquer dès que le cathétérisme répété

ne semble plus bien toléré et, de préférence, non seulement aux autres tentatives opératoires mais même au cathétérisme aidé de la ponction ou aux essais de cathétérismes permanent? La question n'est plus alors aussi claire pour tout le monde, et l'accord cesse entre les différents chirurgiens. Nous pensons, pour notre part, que la cystostomie n'est pas une opération de choix à proposer de bonne heure aux prostatiques et la raison en est dans l'infirmité qui en résulte et qui est difficilement supportée par plusieurs malades. Les espérances du méat hypogastrique continet ne paraissent pas encore s'être réalisées en effet, et certains malades, sauvés mais fistulisés, sont venus demander ensuite qu'on les débarrasse d'une fistule que, trop souvent, les appareils de contention pour l'urine n'empêchent pas de suinter sans cesse sur les léguments.

**M. Tixier** lit un mémoire sur les *dangers de l'éviscération* (renvoyé à une commission).

---

*Séance du 16 décembre 1897.* — Présidence de M. FOCHIER.

---

#### SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

**M. Nové-Josserand.** — Messieurs, à l'occasion du débat qui a été soulevé par M. Rochet, dans la dernière séance, sur le traitement de l'hypertrophie prostatique, j'ai pensé qu'il y aurait quelque intérêt à vous communiquer les documents que je possède sur un petit point de cette question, qui a été fort discuté dans ces dernières années. Je veux parler de la résection des canaux déférents. Cette communication me permettra de compléter et, au besoin, de corriger un petit travail publié sur ce sujet, dans le courant de l'année dernière.

J'ai maintenant cinq observations de résection des canaux déférents contre les accidents du prostatisme. Les voici brièvement résumées.

OBS. I. — Malade de 68 ans, présentant depuis dix ans de la fréquence des mictions et de la gêne dans l'émission des urines. Aggravation rapide des symptômes en décembre 1895. La rétention s'établit et le malade entra à l'hôpital de la Croix-Rousse, pissant par regorgement. Après la miction volontaire, il restait dans la vessie environ 700 gr. d'urine.

M. Vallas pratiqua la résection des canaux déférents. Elle fut suivie d'une rétention complète qui dura trois jours, et fit place ensuite à de l'incontinence pendant deux mois. La miction volontaire se rétablit alors, le malade quitta l'hôpital, allant bien. Cinq mois après, il revint pour des accidents de cystite, qui furent rapidement guéris par le nitrate d'argent. Son état urinaire était toujours excellent : il urinait quinze fois par jour, la miction ne laissait qu'un résidu insignifiant.

Actuellement, deux ans après l'opération, il continue à se bien porter ; il urine, le jour, toutes les 2 à 5 heures et, la nuit, trois à six fois seulement. La miction se fait facilement et sans effort ; il reste après elle un bas fond de 70<sup>cc</sup>.

Les désirs vénériens n'ont été nullement abolis et, malgré son âge, il pratique encore de temps à autre le coït.

OBS. II. — Malade de 62 ans, fréquence nocturne et gêne de la miction depuis 20 ans. Aggravation depuis un an, mictions plus fréquentes quinze à vingt fois par nuit, sans douleurs. Rétention complète apparue le 9 juin, après un excès de travail. On le soumet au cathétérisme régulier, pendant huit jours ; puis, la rétention persistant, on fait la résection des canaux déférents. Les jours suivants, cystite, épидидymite suppurée à gauche. Dès les premiers jours, la miction a reparu, peu abondante. Au bout de trois semaines, il ne restait plus qu'un bas fond de 100 gr. après la miction. La prostate n'avait pas été modifiée. Des nouvelles récentes qui me sont parvenues au sujet de ce malade, il résulte qu'il est devenu peu à peu rétentionniste complet.

OBS. III. — Résection des canaux déférents chez un malade qui avait de la rétention incomplète avec cystite et fréquence des mictions. Résultat nul ; ultérieurement on découvrit, chez ce malade, un calcul qui dut être enlevé par la taille.

OBS. IV. — Résection des canaux déférents chez un rétentionniste complet depuis un an, avec exagération de la fréquence des mictions. Aucun résultat.

OBS. V. — Vieillard de 84 ans, présentant un état général mauvais, avec de la néphrite, de l'œdème des jambes et un cœur défectueux. Rétention incomplète avec exagération extrême de la fréquence des besoins, obligeant le malade à se sonder toutes les cinq minutes, et douleurs très vives, empêchant tout repos, et même le

séjour au lit, le malade passant son temps à marcher dans sa chambre.

Résection des canaux déférents et sonde à demeure.

La sonde ne peut être tolérée que 24 heures.

Dès ce moment, tous les symptômes de douleurs et de fréquence subirent une atténuation assez grande pour que ce malade, dont la situation était intolérable, pût vivre encore trois mois sans trop de souffrances.

Ainsi, le bilan de la résection des canaux déférents d'après ces cinq cas, se résume ainsi : deux insuccès complets dont un chez un calculeux, une amélioration passagère suivie, au bout de quelques mois, d'une rétention complète. Une amélioration au point de vue des douleurs. Une amélioration sensible avec résultat éloigné bon.

Je me hâte de dire qu'il serait imprudent de mettre sur le compte de la résection des canaux déférents les améliorations qui sont notées comme s'étant produites après elle, pour deux raisons : d'abord parce que, dans un cas, un autre traitement, la sonde à demeure, a été mise en œuvre, et, bien qu'elle soit restée très peu de temps en place (20 h.), il n'est pas impossible qu'elle ait eu quelque influence dans le résultat. Ensuite parce que l'histoire des prostatiques présente tant d'irrégularités et d'imprévu qu'il est impossible de savoir si les phénomènes observés après la résection des canaux déférents ne se seraient pas produits tout seuls.

En tout cas, ces faits montrent qu'il n'y a rien à attendre de cette opération, au point de vue de la cure de l'hypertrophie de la prostate proprement dite : l'obstacle prostatique demeure le même ; de plus notre observation II montre que l'opération n'a pas pu prévenir la déformation immédiate de la prostate et la rétention complète qui en résulte.

On a dit que la résection des canaux déférents, inactive contre la prostate elle-même, pouvait jouer un rôle utile en agissant sur l'élément congestion. Sans doute, ce dernier occupe le premier rang dans la pathogénie de beaucoup des accidents des prostatiques. Mais il est aussi difficile à mesurer et à saisir, et l'action qu'on s'attribue sur lui est bien hypothétique. Peut-être pourra-t-on conserver la résection des canaux déférents chez certains prostatiques sujets à des poussées congestives répétées ; comme il s'agit, en somme, d'une opération très bénigne et dont les inconvénients sont nuls même au point de vue du coût, cela pourrait se discuter ; mais, en tout cas,

ses indications resteront toujours fort restreintes et son action des plus incertaines.

\*\*\*

**M. Michel Gangolphe.** — Le titre même de l'intéressante communication de notre collègue, M. Rochet, soulève une question préalable : existe-t-il un traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique, j'entends un traitement supprimant la lésion et non purement symptomatique ? Jusqu'à présent il est permis d'en douter ; le traitement fondamental me paraît être le cathétérisme.

Mais je laisserai de côté ce dernier pour ne m'occuper que des opérations proposées, soit pour amener la suppression de l'obstacle, soit pour combattre indirectement les accidents de rétention par l'ouverture de la vessie.

1<sup>o</sup> Je n'ai pas pratiqué de prostatectomie, mais, il y a six ou sept ans, ayant dû intervenir pour une tumeur vésicale sessile implantée sur le lobe droit de la prostate, je n'ai pas eu à me louer de son ablation ; les hématuries furent supprimées, mais mon malade souffrit horriblement, malgré l'ouverture permanente de la vessie. Il succomba au bout de deux mois, cachectique. J'avoue que ce fait m'a éloigné de l'idée de pratiquer l'ablation de lobes prostatiques hypertrophiés.

2<sup>o</sup> Après avoir lu attentivement les observations de résection des canaux déférents, j'ai toujours trouvé signalé l'usage d'une médication associée (cathétérisme, sonde à demeure) qui peut parfaitement être la cause des améliorations. En dehors de ces considérations on peut se demander parfois si le cathétérisme, les lavages avaient, dans ces cas-là, été suffisamment employés.

Un malade qui avait subi la résection des deux canaux déférents, sans être amélioré, et auquel on proposait la cystostomie, partit à Paris et revint guéri de ses accidents, grâce au cathétérisme et aux lavages.

3<sup>o</sup> Quant à la castration, je ne crois pas qu'elle compte beaucoup de défenseurs et, certainement, l'influence hypothétique qu'on lui prête ne me paraît pas devoir balancer ses inconvénients. J'ajoute que si la suppression des testicules, faite chez l'adulte, n'annihile pas les érections (partant la congestion prostatique), ni même l'éjaculation d'un liquide en partie sécrété par la prostate la résection des canaux déférents ne peut avoir qu'une influence encore plus négligeable, si c'est possible.

Relativement aux opérations proposées pour combattre les accidents graves de l'hypertrophie prostatique, je

dirai tout d'abord qu'elles ne conviennent qu'à l'infime minorité des cas.

J'ai pratiqué six fois la cystostomie hypogastrique; voici la relation succincte de ces cas.

Dans ma première observation, il s'agissait d'un vieillard de 70 ans, chiffonnier, amené à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans un état extrêmement grave. Dès son arrivée, le soir, M. Perriol, alors mon interne, essaye de le sonder; devant l'impossibilité d'aboutir, il pratique une ponction hypogastrique capillaire. Le lendemain matin j'éprouve les mêmes difficultés; en outre, l'extrémité de ma sonde rencontre un corps rugueux; enfin, la chemise du malade est souillée de pus, pendant que le toucher rectal indique une diminution notable du volume de la prostate, constaté la veille, par M. Perriol. Je fais, séance tenante, la taille hypogastrique; je trouve le tissu cellulaire prévésical, en partie sphacélé, d'une teinte verdâtre, et, dans la vessie, un corps étranger long de 3 cent. 1/2 à 4 cent., fragment d'un cathéter fabriqué par le malade lui-même. Celui-ci nous apprend, quelques jours plus tard, quand le délire eut cessé, qu'il se sondait depuis longtemps avec une tige de fer garnie de soie, terminée par une petite olive en os.

J'ai présenté ce malade, un an plus tard, à la Société de Médecine; sa santé était parfaite, son aspect vigoureux; il urinait normalement depuis neuf à dix mois par la verge et ne présentait pas de rétention.

Mon deuxième opéré avait été cystostomisé par M. E. Rollet. Il se sondait toutes les deux heures par son méat hypogastrique. J'ai dû lui refaire son méat qui s'était oblitéré, parce que le cathétérisme, par les voies naturelles, était douloureux. Je l'ai revu deux ans après; il était mourant et a succombé à des accidents infectieux urinaires; c'était un homme âgé de 74 à 75 ans, et qui a certainement retiré un bénéfice de la cystostomie.

J'ai dû faire également l'ouverture de la vessie chez un prostatique de 70 ans déjà cystostomisé par M. Cordier deux ans auparavant. Cet homme urinait par la verge, le cathétérisme était facile, les lavages pénétraient aisément, la sonde étant en place, mais ressortaient difficilement quand on la ressortait. En outre, ce malade souffrait horriblement à certains moments, surtout quand il marchait un peu vite. Les urines étaient troubles, ammoniacales; je soupçonnais des calculs phosphatiques; je fis la taille et je trouvai plusieurs calculs phosphatiques; l'un d'entre eux offrait une extrémité effilée,

moulée, en quelque sorte, sur l'orifice interne de l'urèthre. Cet homme succomba deux mois plus tard à la cachexie urineuse. Je trouvai, à l'autopsie, des lésions bilatérales d'urétéro-pyérites ascendantes, et une oblitération de l'uretère gauche par un calcul phosphatique volumineux. Les pièces ont été présentées à la Société des Sciences Médicales.

Deux fois encore j'intervins chez des prostatiques que l'on pouvait soupçonner être porteurs de calculs. L'un d'eux succomba à une *parotidite* environ quinze jours après l'opération ; l'autre guérit complètement, et urine normalement par la verge. Je me suis hâté, chez celui-ci, de supprimer les fils muco-cutanés le troisième jour. Tous deux offraient d'énormes prostates et des calculs d'acide urique.

Enfin, chez un prostatique de 74 ans, soigné plusieurs mois dans mon service, j'ai dû faire la cystostomie, à cause des douleurs, provoquées par le cathétérisme, et par la sonde à demeure.

Le malade fut soulagé, mais l'écoulement permanent de l'urine par l'hypogastre fut pour lui un supplice.

Des renseignements qui m'ont été fournis il résulte que, quatre mois plus tard, l'*incontinence* était encore absolue. Il succomba peu après, à la cachexie urineuse.

Je n'ai pas pratiqué le drainage du bas-fond, conseillé par M. Rochet.

En somme, sur le nombre certainement très grand des prostatiques que j'ai eu à soigner, je n'ai que très exceptionnellement eu l'occasion de faire la cystostomie.

Cette opération offre une gravité réelle quand elle est indiquée; elle crée une infirmité dégoûtante dans les cas où l'ouverture hypogastrique reste permanente.

C'est une opération de nécessité, comparable à l'anus contre nature.

Le terme d'urètre hypogastrique n'est que trop rarement justifié. Par contre, l'ouverture de la vessie faite pour parer à des accidents aigus (hémorrhagie, infection), ou supprimer des calculs liés à l'hypertrophie prostatique et bien souvent méconnus, rend de grands services, surtout quand cette ouverture peut se refermer consécutivement.

J'ajouterai, en terminant, qu'il n'est personne qui n'ait vu des rétentions, avec ou sans hémorrhagies, des crises douloureuses, céder aux moyens ordinaires, cathétérisme, sonde à demeure, ponction capillaire, lavages vésicaux.

Les prostatiques ressemblent aux cardiopathes. Tant



que la lésion est compensée, tout va bien, mais quand l'asystolie apparaît, il faut aider le muscle, parer à son insuffisance. De même que la digitale doit être administrée, dosée, chez les cardiaques, de même le cathétérisme doit être employé pour parer à l'insuffisance du muscle vésical. Par l'usage méthodique et sage du cathétérisme on peut aussi combattre l'asystolie vésicale et réserver pour les cas bien nets l'ouverture momentanée ou permanente de l'organe.

---

*Séance du 6 janvier 1898.* — Présidence de M. OLLIER.

---

### SUR LE DÉBRIDEMENT DANS LA PARALYSIE RADIALE OBSTÉTRICALE

**M. Vincent.** — Dans la précédente séance, j'ai dit, à propos de la communication de M. Gangolphe, que les paralysies radiales étaient fort rares, puisque, durant les neuf années de mon majorat, à la Charité, je n'avais pas souvenir d'en avoir observé plus de 2 ou 3 cas, tous apportés du dehors. J'ai ajouté que, tout en comprenant la conduite de M. Gangolphe, je ne pensais pas qu'on dût l'imiter, parce que la paralysie du radial, en l'espèce, n'était pas due à une compression par les fragments ; ces fractures ou disjonctions obstétricales, étant le plus souvent et restant sous-périostées, ne ressemblent pas à celles des adultes chez lesquels on peut rencontrer des lésions, des enclavements du nerf radial. Je rappelai les travaux de M. Ollier, qui nous a précédés tous sur ce terrain comme sur tant d'autres. J'ai dit encore que les cas de paralysie radiale ou de paralysie radiculaire observés par nous étaient venus du dehors à un intervalle de temps assez éloigné de la naissance et que je ne me rappelais pas avoir constaté de brillants résultats dans nos tentatives thérapeutiques. Il y a des rectifications à apporter à ces dires improvisés. Je les apporte.

J'ai compulsé, depuis, mes archives avec l'aide de mon interne, M. Langlois, et de mon secrétaire. Je ne serais pas sincère en laissant supposer que j'ai été fort surpris de constater de regrettables lacunes, là où j'espérais cueillir des documents en règle ; mais on doit me croire lorsque j'avoue l'espèce de saisissement que j'ai éprouvé

en découvrant une relation de *dissection du nerf radial pour une paralysie radiale consécutive à une fracture obstétricale de l'humérus, dissection faite par moi en août 1889*. Sans avoir besoin des lumières d'un expert en écriture, je crois bien que le rédacteur de cette observation, que j'avais totalement oubliée, est M. le docteur Désir de Fortunet qui exerce avec distinction, à Chalon-sur-Saône, et qui était mon interne à cette époque.

Sans m'en douter, j'avais donc devancé de 8 années M. Gangolphe, dans cette voie de l'intervention par le bistouri pour les paralysies radiales obstétricales.

Voici la copie de cette observation.

« *Crèche de l'hospice de la Charité. Fracture de l'humérus, paralysie du radius. Dissection du nerf le 21 août 1889.*

« T. . . , Louis, de Lyon. Cet enfant a eu une fracture de  
« l'humérus au tiers supérieur, faite pendant une version  
« pratiquée par le Dr Drey. Depuis cette époque, il pré-  
« sente une paralysie complète du radial. La main est  
« en flexion forcée et inclinée sur le bord cubital. Pensant  
« que le nerf radial est peut-être emprisonné dans le cal  
« osseux au niveau de la gouttière de torsion ou dans  
« quelques brides cicatricielles, M. Vincent se décide à  
« aller à la recherche du nerf.

» L'enfant étant anesthésié, M. Vincent fait une incision  
« sur la face interne du bras et arrive sur le nerf dans la  
« gouttière de torsion. Le nerf est parfaitement sain, il  
« n'est pas emprisonné dans le cal qui est, du reste, peu  
« volumineux. On ne voit pas non plus de brides cicatri-  
« cielles, elles ont été rompues dans la dissection du nerf.  
« On dissèque le nerf sur une étendue de 4 à 5 centimè-  
« tres et, ne trouvant rien, M. Vincent suture les lèvres  
« de la plaie après un lavage soigné au sublimé.

« Au pansement suivant la plaie est réunie par pre-  
« mière intention ».

L'observation s'arrête là. Elle ne relate ni le résultat immédiat, ni le résultat éloigné. Notre secrétaire, M. Buvat, s'est rendu auprès de l'excellent Dr Drey pour avoir la suite de l'observation. Les parents avaient changé de domicile. De piste en piste, on les a découverts à la conciergerie du Conservatoire, place Saint-Paul. La mère nous a appris que son enfant, sorti de la Charité à la fin du mois d'août 1889, était mort de diarrhée cholériforme dans le courant de septembre de la même année. Elle affirme que la paralysie radiale avait complètement disparu. Tout absolu qu'il soit, nous ne pouvons admettre son dire qu'avec une certaine réserve, parce que la distinc-

tion entre les mouvements de totalité du membre et les mouvements propres aux muscles animés par le radial sont peut-être au-dessus de la finesse de la concierge la plus intelligente ; quoiqu'il en soit il résulte de cette observation : 1<sup>o</sup> Que nous avons pratiqué, 8 ans avant M. le Dr Gangolphe, l'opération qu'il propose aujourd'hui pour guérir les paralysies radiales obstétricales ; 2<sup>o</sup> Que la dissection du radial ne révèle l'existence d'aucune compression, d'aucune lésion, d'aucune sorte d'enclavement capable d'expliquer la paralysie radiale consécutive aux fractures ou disjonctions produites par les manœuvres de la version ; 3<sup>o</sup> Que les nouveau-nés peuvent bien supporter cette opération qu'avec un peu de soin le chirurgien rend aisément à peu près non sanglante.

En consultant nos collections d'observations, nous avons trouvé des faits de paralysie radulaire dont il n'est pas question ici et d'autres faits de paralysie radiale, tous d'origine urbaine ou suburbaine, mais après le nom et le diagnostic, la page est restée blanche. Ah ! ces chers secrétaires.

Il nous reste le souvenir que nous n'avons obtenu aucun résultat appréciable, dans la plupart des cas qui nous arrivaient tardivement après avoir été traités plus ou moins longtemps par des confrères du dehors.

Dans notre clientèle privée, nous avons observé un seul cas de paralysie radiale, en 1895, le 30 septembre ; il nous était adressé par notre très distingué confrère, M. le Dr Frarier, de Mâcon. La mère avait été assistée par une sage-femme. L'enfant, qui avait 34 jours (né le 26 août), s'était présenté par le siège. Il avait une double fracture ; l'une était une disjonction de l'extrémité inférieure du fémur droit, l'autre une fracture du tiers inférieur de l'humérus droit. Impossibilité d'avoir des renseignements, l'embaillottage soigné qu'on avait fait n'avait pas laissé voir ces solutions de continuité. Au surplus, il n'importe pas absolument, en l'espèce, d'établir que les fractures sont ou ne sont pas imputables aux manœuvres de l'extraction manuelle pendant le travail. Il y avait fracture de l'humérus, et cette fracture s'accompagnait de paralysie radiale. La pose de la main dite en main de prédicateur, était manifeste. Le gonflement du cal de l'humérus était considérable, ce qui n'était pas en faveur d'une fracture de la veille, la fracture non consolidée. Je me contentai d'immobiliser en bonne position sans exercer de pression et, malgré trois fractures ou disjonctions itératives sur le même os, par

suite de chocs insignifiants, l'avant-bras et la main ont récupéré peu à peu l'attitude et le mouvement qui indiquent le retour des fonctions du nerf radial. Dans ce cas, la paralysie radiale a donc guéri spontanément. Les fractures itératives avaient cependant donné lieu à un cal exubérant. La facilité déplorable avec laquelle cet enfant se cassait les os permet bien d'admettre que les premières fractures se sont produites simplement en l'allongeant et non pendant le travail, ainsi que l'affirme la sage-femme. En l'espace de deux ans, il s'est fait 8 fractures ou disjonctions, à propos d'un rien peut-on dire, tant est grande la fragilité de son squelette.

Si l'on veut que nous donnions nos conclusions basées sur le fait mentionné ci-dessus et sur l'ensemble de notre expérience en l'espèce, nous dirons : Malgré le succès que nous avons peut-être obtenu *post* (nous n'osons pas dire *propter*) l'opération de débridement, malgré le succès dont nous a entretenu notre très distingué collègue M. Gangolphe, en intervenant de la même façon, nous dirons qu'il ne nous paraît pas indiqué de suivre notre exemple. En effet, les cas de guérison spontanés doivent être plus nombreux que les cas de guérison constatés après un débridement quelconque. En second lieu, les fractures ou disjonctions chez les nouveau-nés étant sous-périostées il ne peut y avoir théoriquement d'emprisonnement ou de blessure du nerf. En troisième lieu, cette absence d'enclavement par un cal ou par des brides cicatricielles nous a été démontré dans notre cas personnel (1889) et dans le cas de M. Gangolphe (1897). Il s'agit (je le crois avec M. Jaboulay), d'une sorte d'inhibition passagère résultant de la compression par les doigts de l'accoucheur ou de son aide. Il suffit donc de réduire exactement la fracture ou disjonction et d'avoir soin de maintenir la réduction sans exercer de compression nuisible au niveau du nerf radial.

\*\*\*

**M. Albertin** lit, au nom de la commission composée de MM. Jaboulay, Nové-Josserand et Albertin, un rapport sur la communication de M. le Dr Cuche (de Lure), à propos :

*D'un plan incliné suspenseur pour le traitement des fractures de cuisse, simples ou compliquées.*

La communication de M. le docteur Cuche offre un réel intérêt, au point de vue pratique.

L'appareil qu'il préconise pour le traitement des fractures de cuisse a un double mérite : la simplicité et l'efficacité.

Nous devons dire, cependant, que le regretté Levrat, chirurgien-major de la Charité, employait couramment dans son service, le double plan incliné qui, en premier lieu, a été adopté par M. Cuche, et cela pour le traitement des fractures de cuisse chez les enfants.

La modification que M. Cuche a apportée à son premier appareil, c'est-à-dire la position de la jambe sur un plan horizontal, le talon dépassant la partie terminale de l'appareil, peut, en effet, soustraire le creux poplité à une compression exagérée de la part de l'arête correspondant à l'intersection des plans inclinés, mais il y aura lieu de surveiller l'équinisme possible à la suite de la prolongation d'une semblable position du pied.

La réduction de la fracture nous paraît devoir être obtenue par la situation en position élevée du fragment inférieur ou fémoro-tibial, l'extension se faisant naturellement, par le poids du bassin, du côté du fragment fémoro-pelvien.

Nous vous proposons de témoigner à M. le docteur Cuche nos remerciements pour sa communication en votant l'insertion *in extenso* dans le Bulletin de la Société.

### **D'UN PLAN INCLINÉ SUSPENSEUR POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE CUISSE SIMPLES OU COMPLIQUÉES**

Par le Dr CUCHE (de Lure).

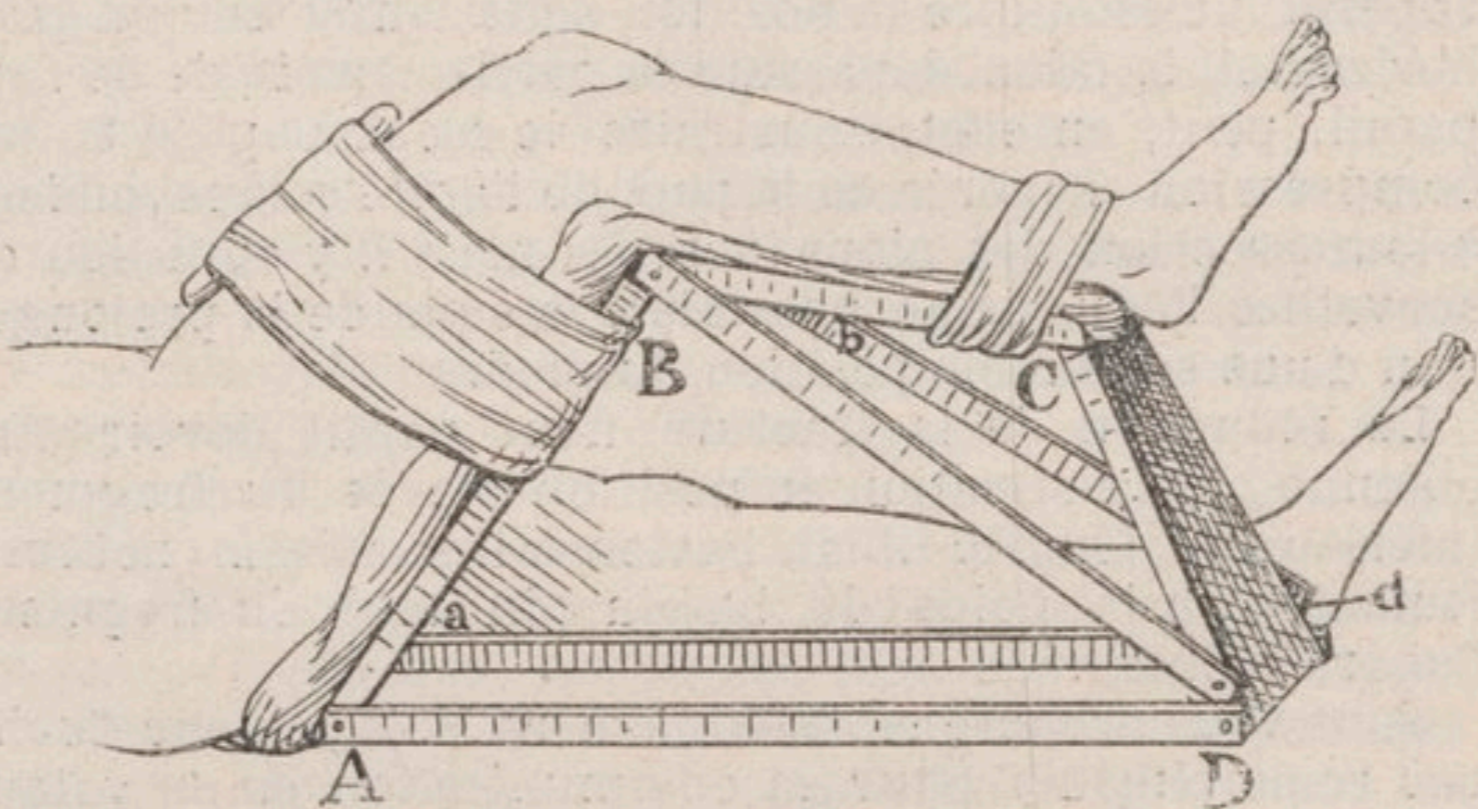
Le nouvel appareil dont il s'agit est très simple, facile à construire à la campagne avec les matériaux les plus grossiers ; dans un hôpital, trois appareils de tailles différentes peuvent servir à tous les cas ; nous l'avons appelé *plan incliné suspenseur*.

La projection verticale de cet appareil est celle d'un polygone irrégulier à quatre côtés inégaux ABCD ; la ligne AD se trouve sur le plan du lit, la ligne AB est inclinée de 45° sur ce plan horizontal, BC est infléchi de quelques degrés sur l'horizon ; quant à CD, sa direction peut être variable, elle n'a d'importance que pour la solidité de la construction.

Il se compose de trois planches de 12 à 15 centimètres de largeur AB, BC, CD clouées bout à bout et de quatre entre-toises AD, ad, BD, bd, destinées à donner de la rigidité à tout le système ; deux lattes de 30 à 40 cent. de

long sont clouées par le milieu en A a, D d, pour empêcher le déversement de l'appareil et élargir sa base de sustentation.

Pour installer l'appareil, rien n'est plus simple : on le pose sur le lit à l'endroit où devra se trouver le membre fracturé, on matelasse les deux planches AB, BC avec sept ou huit doubles de molleton, de façon à ce que leur surface soit douce et résistante et l'on dispose le membre, le creux poplité en B, le talon vers C et l'ischion vers A.



On met sous le tendon d'Achille un fort tampon d'ouate, pour que le talon soit en l'air et on fixe, par quelques tours de bande, le cou-de-pied à la planche BC sans serrer.

Tout le principe du système repose sur ceci, c'est que le plan incliné AB a une longueur plus grande que la distance du creux poplité à l'ischion et que l'appareil une fois placé, on peut passer librement la main sous le sacrum du blessé.

Dans les fractures simples, la réduction se fait d'elle-même aussitôt le membre installé convenablement et si l'on met une petite attelle sur le trait de fracture, attelle sur laquelle on fait passer une bande prenant la cuisse et la planche AB, c'est par excès de précaution, la déformation de la cuisse étant nulle ; celle-ci est accrochée par la jambe et c'est le poids du corps qui fait l'extension qui est ici, en réalité, de la suspension puisque c'est la pesanteur qui est l'agent actif (1).

Cet appareil a l'avantage de laisser le membre inférieur à peu près à nu et de favoriser les fonctions de la peau sur laquelle on peut faire, dès le premier jour, des frictions excitantes ; on peut enlever à volonté la bande et

l'attelle de la cuisse pour faire du massage au point fracturé au bout de quelques jours.

En cas de fracture compliquée, à moins que la plaie ne se trouve à la face postérieure de la cuisse, ce qui est exceptionnel, les pansements peuvent être faits avec autant d'aisance que sur un membre mobile.

Il n'y a pas jusqu'aux soins intimes qui ne soient rendus plus faciles par le fait que les fesses ne touchent pas le plan du lit.

Les premiers appareils que nous avons construits étaient plus simples; il se composaient de deux planches au lieu de trois, elles étaient assemblées à angle droit et rappelaient le double plan incliné de Malgaigne, mais les inconvénients en étaient assez sérieux: le creux poplité devenait presque toujours le siège d'une eschare et le pied enflait pendant la durée de l'immobilisation à cause de la compression des vaisseaux poplités; nous avons dû ouvrir de plus en plus l'angle B tout en laissant à AB son inclinaison à  $45^{\circ}$  et nous avons constaté qu'il suffisait que la ligne BC fût très légèrement inclinée sur l'horizon pour que l'accrochement par le creux poplité fût absolument fixe.

Sur quatre enfants de 4 à 7 ans auxquels nous avons appliqué cet appareil, nous avons obtenu quatre résultats absolument parfaits; nous n'avons pas eu l'occasion de l'employer chez des adultes, mais nous ne doutons pas que, pour ceux-ci également, il ne donne entière satisfaction.

Nous pensons que cet appareil est applicable dans tous les cas de fracture de cuisse, aussi bien dans les fractures du col du fémur que dans les fractures sus-condyliennes.

En dernier lieu, j'ai modifié une fois de plus mon plan incliné suspenseur pour fracture de cuisse.

La planchette horizontale a une longueur telle que les malléoles et le talon sont dans le vide.

Cette nouvelle disposition fait que l'on n'a pas à se préoccuper des eschares possibles, si fréquentes au talon et sur le tendon d'Achille dans tous les appareils à immobilisation.

---

### TUBERCULOSE PÉRITONÉALE TRAITÉE PAR LES PONCTIONS AVEC INJECTION D'OXYGÈNE

**M. Gangolphe**, — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter a été amené dans mon service, au mois de janvier 1898, dans un état extrêmement grave.

Le visage émacié faisait contraste avec le volume considérable du ventre, l'œdème énorme des bourses et des membres inférieurs, moins marqué du côté des membres supérieurs. L'examen clinique conduisait au diagnostic d'ascite tuberculeuse, mais l'état général était si mauvais que je considérais la laparotomie comme contre-indiquée et que je recourus à la ponction. Au surplus voici les notes succinctes ayant trait au passé pathologique de ce sujet.

Le 2 juillet 1893, dans le service de M. Pollosson, il subit l'ablation du testicule droit pour lésions tuberculeuses.

Le cordon était certainement envahi, car, depuis cette date jusqu'à la fin de décembre 1896, une série d'abcès se développa dans la paroi abdominale; en outre je considère la tuberculose péritonéale comme vraisemblablement due à une contamination de proche en proche d'origine funiculaire ou périfunriculaire.

Le 22 août 1894, je pratiquai la résection du poignet droit pour une tumeur blanche suppurée avec lésions étendues des gaines tendineuses adjacentes; je dus faire subir une large perte de substance au radius; ce dernier fait explique l'inclinaison de la main du côté radial alors que, dans les résections ordinaires du poignet, celle-ci s'incline plutôt du côté cubital. Je n'ai pas besoin de dire que les fonctions de la main étaient totalement perdues. Cet homme put reprendre son métier d'ouvrier en soie, à partir du mois de juin 1895: le résultat a donc été satisfaisant. L'écriture est parfaite et c'est le malade lui-même qui a tracé et m'a remis les notes servant à cette communication.

Je dois dire que, même avec des résultats souvent mauvais en apparence, certains opérés peuvent écrire correctement et gagner ainsi leur vie.

A la fin de décembre 1896, le malade dut s'aliter; je rappelle que, depuis 1894, il était tourmenté par l'ouverture réitérée de collections purulentes au niveau de la région inguinale droite. Je constatai à plusieurs reprises l'induration profonde, manifeste, de la paroi abdominale à ce niveau.



J'ai dit quel était son état en janvier et février 1897. Le 18 février 1897, une ponction donne 10 litres de liquide légèrement louche, le 23 février 7 litres. Admis dans le service de M. le professeur Teissier il fut traité à la fois par la ponction évacuatrice et l'injection d'oxygène; voici les dates de ces interventions : le 4 mars, 13 litres, injection d'oxygène; le 13 avril 16 litres, injection d'oxygène; le 7 mai, 17 litres, pas d'injection.

L'épanchement disparut peu à peu et ne se reproduisit pas.

Actuellement on note un peu d'induration dans la région péri-hépatique.

L'état général est considérablement amélioré, bien qu'il ne soit pas encore parfait; le malade quitte l'hôpital et peut reprendre son travail.

• Quelques réserves que l'on puisse faire à juste titre sur la stabilité de ce résultat, il m'a paru intéressant à cause de la pathogénie probable de cette tuberculose péritonéale, et aussi par les résultats obtenus par le traitement mis en usage par M. le professeur Teissier.

**M. Condamin**, à propos de la communication de M. Gangolphe, rappelle que Winter croit que de nombreux cas de péritonites, dites tuberculeuses, ne sont pas en réalité des affections tuberculeuses et, faute de meilleure dénomination, appellent ces nodosités curables dans lesquelles on ne trouve pas de bacille, des granulômes. L'affection alors présente une marche chronique, parfois curable qui justifie l'ancienne dénomination de péritonite chronique.

**M. Chandelix** croit qu'il faut faire aussi les plus grandes réserves à propos des granulômes. Il existe certaines formes de tuberculose péritonéale à tendances fibro-regressives, qui peuvent en imposer pour une guérison, à la suite de n'importe quel traitement. Mais, le plus souvent, la récurrence et l'évolution ultérieure de l'affection vérifient le diagnostic de tuberculose et rectifient l'optimisme du pronostic; c'est là une affaire de virulence du bacille de la tuberculose.

\*\*\*

### PHARYNGOTOMIE TRANS-HYOIDIENNE

**M. Vallas** présente un jeune homme de 25 ans auquel il a pratiqué, il y a deux ans, son opération, pour un rétrécissement syphilitique du pharynx inférieur sié-

geant immédiatement au-dessus de l'épiglotte. Ce rétrécissement était très étroit, admettant à peine un porte-plume dans sa lumière. La déglutition était difficile, la respiration gênée, de sorte que ce jeune homme, malgré ses 23 ans, était resté en retard au point de vue du développement physique et gardait les allures d'un enfant.

Une première tentative de section interne n'avait amené qu'un soulagement peu marqué, bientôt suivi de récurrence. Depuis que le sujet a subi la pharyngotomie trans-hyoïdienne, au contraire, il a bénéficié d'une véritable transformation. Le rétrécissement ne s'est pas reproduit et le doigt explore facilement aujourd'hui l'arrière-gorge et le vestibule œsophago-laryngien. Les fonctions de la déglutition et de la respiration, complètement restaurées, ont déterminé un développement physique très accentué et très rapide. Le jeune homme peut, à l'heure actuelle, se livrer sans peine même à un travail de force.

Un fait intéressant à noter, c'est que la pièce dilatatrice dont on avait muni le malade à sa sortie de l'hôpital a été abandonnée par lui au bout de trois semaines, et cependant le rétrécissement ne s'est pas reproduit, malgré la tendance bien connue des tissus fibreux des cicatrices à se resserrer toujours davantage. Il faut, sans doute, attribuer ce résultat heureux à la section de l'os hyoïde qui a donné un espace très large, et à la dilatation continue effectuée chaque jour par le bol alimentaire.

**M. Albertin** trouve que le résultat obtenu du côté de la symphyse staphylo-pharyngée est insuffisant ; on peut obtenir davantage.

Les tissus cicatriciels sont, il est vrai, très épais, scléreux, néanmoins une plus large libération et le port d'un appareil plus large et plus résistant que celui qui a été employé maintiendraient la béance d'un orifice moins étroit. Il a déjà attiré l'attention de M. Martin sur la possibilité d'augmenter la largeur de ses appareils, et de la porter jusqu'à 4 centimètres  $\frac{1}{2}$  et plus. Le port de l'appareil sera prolongé 40 à 50 jours, si la tolérance le permet.

Les bons effets de ce traitement ont été consignés dans la thèse récente qu'il a inspirée à un de ses élèves, M. Rousset.

**M. Vallas.** — C'est, en effet, à la sclérose et à l'épaisseur des tissus qu'il faut imputer la difficulté du traitement de la symphyse staphylo-pharyngée.

L'appareil a été resserré, plié en deux comme un livre qu'on ferme par la rétraction des tissus.

Il n'interviendra pas à nouveau, car le malade se déclare satisfait de son état.

\*\*\*

### TRAITEMENT DES PROSTATIQUES

**M. Vallas.** — Nous n'avons, à l'heure actuelle, aucun traitement véritablement causal de l'hypertrophie prostatique et nous ne pouvons faire qu'un traitement symptomatique.

La résection des canaux déférents a été présentée comme s'adressant à la cause même des accidents et a pu, un moment, inspirer quelque espoir. Depuis lors, les déceptions sont venues. Quant à moi, après en avoir pratiqué quelques-unes, j'ai reconnu que les résultats étaient trop incertains et trop minimes ; aussi ai-je renoncé, depuis un an, à cette opération.

Je m'en tiens pour le traitement des prostatiques, au cathétérisme évacuateur pour les cas ordinaires, et à la taille hypogastrique pour les cas compliqués. J'entends par cas compliqués ceux dans lesquels on se trouve en présence soit de calculs phosphatiques, soit de fausses routes graves avec hémorrhagies intra-vésicales, soit de septicémie urinaire. L'impossibilité du cathétérisme ne saurait être mise au rang des indications de la taille qu'à titre exceptionnel ; avec un peu de patience, une sonde en caoutchouc rouge, au besoin une sonde métallique à grande courbure, dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire tous, on arrive à passer.

Dans les conditions que je viens d'indiquer, j'ai fait quinze fois la taille hypogastrique, avec neuf guérisons et six morts. Sur ces six morts quatre sont survenues dans les quatre jours qui ont suivi l'opération et l'autopsie a révélé les lésions connues de la néphrite ascendante : dilatation des uretères, calices et bassinets, abcès multiples dans les reins. Les autres ont guéri et je suis bien certain que deux, au moins, ont été sauvés d'une mort rapide et certaine par mon intervention, car je les ai opérés en pleine septicémie urinaire : fièvre intense, langue sèche et noire, albuminurie, urines purulentes et fétides.

C'est à dessein que je me déclare partisan de la taille hypogastrique et non de l'épicystostomie. En effet, je ne

cherche nullement à créer un urèthre et un méat hypogastriques : je m'efforce même de les éviter et, pour cela, je ne suture jamais à la peau les lèvres de la section vésicale. A mon avis, la taille de la vessie doit parer à des accidents temporaires, mais ne doit pas tendre à créer une voie permanente de dérivation des urines. Cette opinion est basée sur l'état dans lequel sont les opérés porteurs d'une fistule sus-pubienne. Au point de vue moral, comme au point de vue purement physique, leur situation est pénible, dans beaucoup de cas insupportable. M. Delore, élève du professeur Poncet, a décrit, dans sa thèse inaugurale, l'urèthre hypogastrique et ses fonctions. Il suffit de lire attentivement ses observations pour constater que la fistule hypogastrique ne devient partiellement continente que dans l'une des conditions suivantes : ou bien le trajet est si étroit qu'il ne laisse passer l'urine qu'avec l'aide d'une sonde introduite par l'orifice, c'est-à-dire par un véritable cathétérisme hypogastrique, ou bien la miction s'est rétablie par l'urèthre physiologique et alors la fistule ne laisse couler l'urine que si le niveau de celle-ci monte, dans la vessie, jusqu'à l'orifice interne de la dite fistule ; le malade arrive bien vite à connaître son régime urinaire et prévient cet inconvénient par des mictions normales assez souvent répétées.

Les malades guérissent d'ailleurs très bien sans l'aide d'une soupape de sûreté hypogastrique. Une fois les accidents conjurés, ils reprennent leur vie de prostatiques comme avant l'opération. S'ils restent peut-être plus exposés que les fistuleux à la réapparition d'une crise de rétention, ils évitent, par contre, les ennuis de l'incontinence et seraient même, d'après un travail récent, moins sujets à la calculose phosphatique de la vessie. Je viens de revoir un malade taillé par moi, il y a deux ans, pour cystite hémorrhagique. Sa boutonnière hypogastrique n'est restée perméable que trois semaines et, pendant ces deux années, il n'a nullement souffert et s'est très bien porté.

\*\*\*

**M. Albertin** présente un malade auquel il a pratiqué une trépanation du frontal pour fracture avec défoncement et déplacement de fragment multiples.

Cette communication sera publiée in extenso, à propos d'un mémoire sur les indications opératoires en présence des traumatismes de la voûte du crâne.

Séance du 20 janvier 1898. — Présidence de M. OLLIER.

**CANCER RÉCIDIVÉ DE LA LÈVRE INFÉRIEURE AVEC PROPAGATION AU MAXILLAIRE. — RÉSECTION EN BLOC DE LA TUMEUR (PARTIES MOLLES ET LES 2/3 DE LA PORTION HORIZONTALE DU MAXILLAIRE). — PROTHÈSES IMMÉDIATES ET SUCCESSIVES. — AUTOPLASTIES. — RESTAURATION DE LA RÉGION. — RÉTABLISSEMENT DE LA FONCTION. — GUÉRISON SANS RÉCIDIVE CONTROLÉE 4 ANS APRÈS L'INTERVENTION.**

**M. Albertin** — J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade que j'ai opéré, il y a 4 ans, pour un cancer récidivé de la lèvre inférieure avec propagation au maxillaire. J'ai retrouvé l'observation de ce malade dans la thèse inspirée par M. Maurice Pollosson et moi à M. Trassagnac et ayant pour titre : « Des épithéliomas de la face propagés aux os » (1).

Voici cette observation :

X..., âgé de 35 ans, a été opéré par un médecin de son pays, à la Montagne-Brandon (Saône-et-Loire), d'un cancroïde de la lèvre inférieure. Six mois après, la tumeur récidivait, et il vint à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Maurice Pollosson, en décembre 1893.

L'os était envahi, et il parut nécessaire de faire une résection en même temps qu'une large ablation des parties molles dégénérées et de celles circonscrivant la tumeur.

L'opération fut pratiquée par M. le docteur Albertin le 22 décembre 1893. Cette large ablation des parties molles et de la presque totalité de la lèvre inférieure, créa de sérieuses difficultés pour la réunion des lambeaux et rendit impossible la prothèse immédiate.

Devant l'impossibilité de remplacer de suite le maxillaire enlevé, M. le Dr Albertin résolut de faire de la prothèse secondaire. En attendant de pouvoir le faire, il fallait éviter le déplacement des portions du maxillaire inférieur laissées en place, déplacement qui se produit fatalement par la convergence des extrémités des fragments, si on ne s'y oppose pas. M. Martin fixa sur les

---

(1) TRASSAGNAC. — Des épithéliomas de la face propagés aux os. Thèse de Lyon; 1895.

arcades dentaires supérieures et sur les dents qui restaient sur le maxillaire inférieur un appareil composé de deux pièces à emboîtement réciproque qui remplissait admirablement le but proposé.

En février 1894 la cicatrisation étant complète, depuis quelque temps déjà, on résolut de modeler la région mentonnière, en adaptant un appareil réunissant par un arc à courte flèche l'extrémité antérieure des fragments du maxillaire.

On profita de la mise en place de l'appareil pour le recouvrir complètement par une combinaison autoplastique, de sorte que l'orifice buccal fut presque ramené à l'état normal avec un menton fuyant.

Enfin, le 16 mars 1894, on remplaça cette première ébauche de maxillaire par une pièce représentant exactement le maxillaire enlevé et le malade sortit de l'hôpital.

Le 16 janvier 1896, M. le Dr Albertin présente son malade à la Société des Sciences Médicales de Lyon. A cette époque son état s'est heureusement modifié, il a engraisé et présente tous les caractères de la santé. Opéré depuis treize mois, il n'a pas présenté la moindre trace de récurrence, grâce à l'ablation large et à la toilette soignée des ganglions périphériques.

Au point de vue fonctionnel le résultat acquis permet d'espérer un état définitif parfait. Le malade a un orifice buccal limité par des lèvres parfaitement contractiles. En lui faisant ouvrir la bouche, son appareil étant enlevé, on voit que les portions restantes du maxillaire inférieur sont à leur place normale; les arcades dentaires supérieure et inférieure correspondent parfaitement. Le plancher buccal est bien conservé, large, donnant attache à la langue qui jouit de tous ses mouvements et n'a pas de tendance à la rétraction.

La mastication s'exécute normalement par la double action des muscles abaisseurs et éleveurs de la mâchoire inférieure. La parole est assez facile, mais les labiales sont imparfaitement articulées; il suffit de pincer la commissure labiale droite, trop fendue, pour que la parole redevienne normale.

En février 1894, M. le Dr Albertin a retréci la bouche en avivant les deux lèvres de la commissure droite, dans une certaine étendue et en les suturant l'une à l'autre. Le malade sort dans un état excellent, la parole est facile, presque normale.

1<sup>er</sup> décembre 1895. — Nous avons eu des nouvelles de ce

malade. Il ne présente pas de récurrence. L'appareil tient bien. Bon appétit et excellent état général à tous les points de vue (1).

Désireux de contrôler la guérison de ce malade, au point de vue de sa lésion cancéreuse, je l'ai fait venir et je suis heureux de constater que la guérison s'est maintenue. En effet, l'examen attentif de la région ne nous montre rien qui puisse nous inquiéter. Tous les tissus soit cutanés, soit muqueux, sont souples, sans trace d'ulcération, ni d'infiltration.

L'exploration minutieuse des régions voisines, sous-maxillaire, parotidienne, cervicale, mastoïdienne, ne révèle pas la moindre trace d'adénite. La longue cicatrice médiane et les cicatrices transversales, vestiges de la mobilisation autoplastique des lambeaux sont souples, mobiles.

C'est là un résultat bien fait pour encourager à la fois les chirurgiens à intervenir largement et les malades à réclamer hâtivement une intervention en face de semblables lésions.

J'explique cette guérison durable, cette absence de récurrence, quatre ans après l'intervention, par deux raisons :

1<sup>o</sup> La bénignité *relative* de la tumeur qui, tout en se propageant en profondeur du côté du squelette, n'avait pas de tendance à faire, du côté de la muqueuse, les progrès térébrants qui sont un des indices les plus caractéristiques de la malignité des épithéliomas.

2<sup>o</sup> L'étendue de l'intervention qui s'est adressée à la fois aux parties molles et au squelette et, en outre, à tous les ganglions de la région cervico-maxillaire,

J'ai opéré un assez grand nombre de malades atteints d'épithéliomas de la face, propagés soit au squelette, soit aux muqueuses.

La propagation au squelette n'est pas une contre-indication opératoire, les observations que j'ai fournies à M. Trassagnac montrent que ce n'est pas dans l'os que la récurrence se fait.

Il n'en est pas de même de la propagation aux muqueuses, soit buccale, soit nasale, soit conjonctivale, c'est là une des conditions éminemment défavorables à la cure de cette variété de cancer. Les lésions de la muqueuse s'accompagnent bien vite d'infection néoplasique à distance des ganglions et des voies lymphatiques buccale et pharyngienne ; c'est là qu'est le danger, la

---

(1) *In* Thèse Trassagnac, Lyon, 1895.

récidive dans ces éponges, ce feutrage lymphatique qui tapisse la sous-muqueuse de ces cavités. Chez deux de nos malades à qui nous avons pratiqué la résection d'une moitié du maxillaire inférieur, nous avons vu la récidive se produire du côté des parois pharyngiennes. L'un de ces malades eut même une hémorrhagie qui nous fit croire à une ulcération de la carotide.

Le pronostic est donc habituellement très sombre, pour ne pas dire fatal. Il est rare, en effet, de trouver des malades dans de bonnes conditions opératoires, c'est-à-dire limitation des lésions du côté des muqueuses et des chaînes ganglionnaires périphériques permettant l'éradication de la tumeur. Néanmoins notre cas constitue un précieux encouragement.

A côté de la non récidive il y a à signaler un résultat intéressant dû à la prothèse et à l'autoplastie combinées: c'est la restauration de la région mentonnière, c'est le rétablissement de la fonction, soit de la lèvre inférieure, soit du maxillaire.

Par une série d'autoplasties j'ai pu reconstituer la lèvre inférieure et recouvrir la région mentonnière.

Une série d'appareils de plus en plus saillants, appliqués par M. Martin, a permis aux téguments de se prêter, de s'adapter à la forme d'un véritable maxillaire artificiel dont la saillie sous la peau donne à la région mentonnière son aspect habituel.

Seule la commissure labiale droite est un peu large; il eût été facile de la rectifier, mais le malade, las de ces nombreuses interventions, s'y est refusé et nous n'avons pas insisté.

Bien plus grand encore est l'intérêt que soulève la question de la prothèse en pareil cas, au point de vue de la fonction du maxillaire et de l'absence de déviation des branches libérées de l'os.

Un premier appareil prothétique, appliqué par M. Martin, fixé aux molaires laissées en arrière de la section, assura le parallélisme des arcades dentaires jusqu'à ce que la guérison paraissant durable on put, en donnant à la partie antérieure de l'appareil un peu plus de saillie, modeler la région mentonnière et mettre en place un maxillaire artificiel avec arcade dentaire complète. Actuellement le malade parle facilement et la mastication s'exécute bien.

**M. Gangolphe.** — L'examen du malade de M. Albertin nous permet de constater un magnifique résultat au double point de vue de la cure de l'affection cancéreuse



et de la restauration de la région. C'est un argument en faveur de la prothèse immédiate, à la suite des résections des maxillaires.

Les ingénieux appareils de M. le docteur Martin remplissent admirablement les indications, soit pour permettre d'attendre une prothèse définitive, soit pour modeler une région, soit encore pour remplacer fonctionnellement le maxillaire absent. Je me propose de vous présenter quelques malades à ce sujet.

\*\*\*

### AMPUTATION [INTER-SCAPULO-THORACIQUE

**M. Martel** présente une pièce anatomique provenant du service de M. le professeur Ollier, suppléé par M. le professeur agrégé Rochet : *ostéo-sarcome de l'humérus, ayant nécessité une amputation inter-scapulo-thoracique.*

*Histoire clinique.* — L. B..., 28 ans, cultivateur, ne présente aucun antécédent héréditaire, ni personnel intéressant à noter. Il y a 5 mois et demi, le malade, en élevant le bras gauche pour le porter sur la nuque d'un cheval, ressent une assez vive douleur de l'épaule, suivie d'impotence fonctionnelle : un médecin, consulté, admet une simple entorse de l'épaule, sans aucun signe de luxation, ni de fracture. Au bout de quinze jours, les mouvements du bras réapparaissent et, au bout d'un mois, le malade peut reprendre son travail ; alors les mouvements étaient étendus et non douloureux. Deux mois plus tard, soit trois mois après l'effort signalé plus haut, apparaît une tuméfaction semblant, au dire du malade, avoir siégé au début au niveau de l'insertion deltoïdienne. La tumeur grossit peu à peu et, sans produire de grandes douleurs, finit par envahir tout le bras ; la gêne fonctionnelle de l'épaule se produit de plus en plus marquée, les mouvements se limitent.

A son entrée, le 1<sup>er</sup> décembre 1897, l'état du malade est le suivant :

La tuméfaction du bras est générale ; il a la forme d'un gros fuseau rigide accolé au tronc, le galbe de l'épaule est assez bien conservé, l'avant-bras et la main sont œdématisés. La tumeur occupe tout le segment huméral du membre supérieur. La peau, sillonnée de quelques veines dilatées, est chagrinée et adhérente à la partie la plus saillante de la tumeur, correspondant à la face antéro-externe du bras ; elle est infiltrée, œdémateuse ; sa consistance gêne pour la perception des reliefs muscu-

lares sous-jacents ; la tumeur, de consistance assez uniforme, est dure et résistante ; ni kystes, ni crépitation osseuse.

Le bras, soulevé, retombe inerte et les quelques mouvements d'écartement spontané se produisent par bascule de l'omoplate. Les mouvements de l'avant-bras sont gênés, surtout ceux de flexion ; la pronation et la respiration sont un peu limitées.

L'exploration de l'aisselle dénote quelques ganglions accolés au thorax : l'examen est incomplet en raison de la difficulté d'écartement du bras. Dans cet examen, un fait qui frappe, c'est la consistance dure et résistante de la paroi pectorale de cette cavité.

Le malade a des douleurs vives durant la nuit. L'état général est assez bon ; pas d'amaigrissement ; appétit conservé.

En présence d'un ostéo-sarcome si étendu et à marche aussi rapide, avec des signes d'envahissement si marqués et si inquiétants, M. Rochet décida une intervention dépassant autant que possible les limites du néoplasme ; la désarticulation de l'épaule n'était pas applicable, vu l'envahissement de la peau de la région deltoïdienne et vu surtout la probabilité de l'envahissement du grand pectoral ; il fallait aller au-delà et l'*amputation inter-scapulo-thoracique* fut décidée.

10 décembre 1897. — M. Rochet, aidé de M. Gangolphe, fait l'*amputation inter scapulo-thoracique*.

Application d'une bande élastique roulée sur l'avant-bras pour diminuer la perte de sang.

1<sup>er</sup> temps. Résection de la clavicule. — Elle s'étend de l'insertion du sterno-cleido-mastoïdien à l'acromion, donnant un jour très large ; ligature de l'artère scapulaire supérieure et de deux grosses veines acolytes. Section et résection du muscle sous-clavier. Dans la recherche des vaisseaux sous-claviers, on rencontre un gros ganglion qui est enlevé. Ligature double de l'artère et de la veine sous-clavières, section entre les deux ligatures. Ligature jetée sur la scapulaire postérieure au niveau du muscle satellite, l'acro-hyoïdien.

2<sup>e</sup> temps. — La taille des lambeaux est faite en modifiant un peu le tracé de Berger Farabeuf.

Le lambeau antérieur passe en dedans de l'interstice deltoïdo-pectoral ; le lambeau postérieur empiète un peu sur la saillie acromiale de l'épaule où la peau est mobile et d'apparence saine.

La section des muscles est faite en plaçant méthodiquement

quement des pinces hémostatiques sur tous les vaisseaux qui donnent ; la section du grand pectoral est faite assez en dedans de son insertion brachiale qui est infiltrée par le néoplasme, elle découvre un paquet de ganglions variant du volume d'un grain de plomb à celui d'une noix, groupés autour des vaisseaux axillaires ou échelonnés le long des vaisseaux thoraciques ; ablation soigneuse de tous ces ganglions ; section du plexus brachial sans aucun incident. La section du trapèze et des muscles postérieurs est rapidement menée.

L'ablation du membre faite, on procède aux ligatures des vaisseaux saisis par les pinces (20-30). La ligne de rapprochement des lambeaux donne une ligne un peu contournée en S, par suite de l'irrégularité de l'ellipse taillée.

Une incision de décharge pour le drainage est faite dans le lambeau postérieur à la partie déclive ; un grand drain parcourt toute la longueur de la plaie, trois drains en arrière sortent par l'incision de décharge postérieure.

L'hémorrhagie a été minime ; l'anesthésie a duré une heure et demie et n'a présenté aucune alerte. Le malade se réveille facilement.

15 décembre. — Les suites immédiates ont été très simples et aucun signe de shock ne s'est pour ainsi dire produit. La température est restée autour de 38°5 jusqu'à hier (14 décembre) où elle a subi une ascension (39°5-39°8). On fait le premier pansement qui montre que cette ascension thermique est due à un peu de rétention des liquides au niveau de l'angle inférieur de la plaie ; on fait sauter quelques points de suture ; il s'écoule un peu de sérosité et quelques caillots sanguins en désagrégation.

16 décembre. — T. R. 37°9-39°2.

17 décembre. — T. R. 37°7-38°2. Le deuxième pansement fait constater qu'il n'y a plus aucun phénomène inflammatoire.

A partir de ce jour, la température reste normale et les drains sont enlevés successivement.

20 décembre. — Le malade qui s'asseyait sur son lit depuis quelques jours, a pu se lever sur une chaise. Il se plaint de quelques douleurs légères irradiées dans le membre absent, surtout dans les doigts.

14 janvier 1898. — La photographie montre le résultat : la cicatrisation est complète depuis plusieurs jours et on a commandé un appareil prothétique.

15 janvier. — Exeat. Le malade part en bon état ; localement il ne paraît pas y avoir de traces de récurrence ni

dans la plaie ni dans les parties molles voisines. Pas de ganglions carotidiens.

*Examen de la pièce.* — L'humérus a presque totalement disparu ; il s'agit probablement d'un ostéo-sarcome médullaire ayant débuté par la diaphyse ; il ne reste intacte que l'épiphyse inférieure, qui se trouve détachée par une fracture produite pendant les manipulations opératoires ; la tête humérale est boursoufflée et réduite à son cartilage qui a l'aspect d'une mince calotte cabossée ; le cartilage est intact ; la tumeur a respecté la cavité articulaire, envahissant les faces interne et postérieure de la capsule, sans pénétrer dans son intérieur.

La diaphyse humérale et l'épiphyse supérieure sont fondues dans la tumeur, sans qu'on puisse retrouver les limites de l'os ; à peine quelques débris osseux, résistant au bistouri, indiquent-ils le siège de la partie moyenne de l'épiphyse ; le néoplasme a un aspect charnu, lardacé, dur, de consistance assez uniforme, n'ayant pas de tendance à l'ossification. L'envahissement néoplasique s'est fait excentriquement, pénétrant de ses prolongements ou englobant tous les organes voisins de l'os ; les muscles étalés à la surface de la tumeur (le deltoïde, le triceps, le biceps, le coraco-brachial) sont le siège d'une infiltration néoplasique très accentuée ; les bourgeons sarcomateux font hernie, sous forme de taches blanchâtres, à leur superficie, au-dessous de la peau, qui n'était réellement adhérente au néoplasme qu'au niveau de l'insertion deltoïdienne et un peu plus bas, au niveau du triceps. La dissection des muscles est impossible : ils font corps avec le bloc de la tumeur humérale ; il n'en reste souvent qu'une mince lame déjà envahie partiellement, exception pour le vaste interne, qui est à peu près intact ; au voisinage du coude, le processus d'envahissement est limité et les muscles restent distincts ; mais à la partie supérieure du bras, le grand pectoral est envahi et c'est à juste titre que la section a porté bien en dedans de son insertion humérale ; le plan axillaire postérieur, le grand dorsal, pour être moins envahi, n'est pas, toutefois, indemne ; enfin, détail très important, le néoplasme, filant sur la face interne et postérieure de la capsule articulaire de l'épaule, a poussé un prolongement dans la fosse sus-épineuse. L'omoplate est intact.

Les nerfs passent, dans l'épaisseur de la tumeur, dans des sortes de tunnels où il est possible de les suivre ; seul le nerf radial, à son point de pénétration, paraît un peu étalé et difficile à suivre.

En faisant la recherche du nerf radial, nous avons trouvé les veines humérales profondes, très volumineuses, et, en ouvrant l'un de ces sinus creusés dans l'épaisseur de la tumeur, il en est sorti un bourgeon néoplasique, de la grosseur d'un haricot, qui s'est énucléé spontanément par déchirure de son pédicule d'insertion ; au voisinage, existait, du reste, un autre petit bourgeon néoplasique qui perforait la paroi veineuse et faisait une saillie mammillaire dans la lumière du vaisseau.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un ostéosarcome à petites cellules : le stroma limite de grands espaces comblés par des amas de petites cellules rondes, dissociées souvent par des foyers hémorragiques. Aucune tendance à l'ossification.

Les ganglions lymphatiques présentent des boyaux gorgés de cellules rondes, très jeunes d'aspect, semblables à celles de la tumeur osseuse, et dont la coloration intense indique la nature néoplasique.

Les constatations anatomiques macroscopiques (infiltration étendue des muscles, présence de bourgeons intra-veineux) et les constatations microscopiques (sarcome à petites cellules, envahissement ganglionnaire) assombrissent beaucoup le pronostic opératoire, et font craindre à la fois une récurrence et une généralisation prochaine.

Le malade a trouvé, du moins, un véritable bénéfice à l'opération ; elle ne pouvait être plus parcimonieuse, vu l'étendue des lésions tégumentaires et profondes. Les précautions minutieuses prises pour éviter l'hémorragie, l'une des causes les plus importantes du shock, ont été pour beaucoup dans l'excellent résultat opératoire. Malgré les chances probables d'une récurrence ou d'une généralisation même prochaine, l'opération ainsi faite ne peut qu'avoir été avantageuse pour le malade.

**M. Rochet** désire insister sur deux points à propos de la communication de M. Martel.

1° Le rôle de la contusion dans le développement des néoplasmes ;

2° L'hémostase avant et pendant l'amputation inter-scapulo-thoracique.

Son malade avait eu, trois mois avant l'apparition de la tumeur scapulaire, une très forte contusion de l'épaule constatée par le médecin du pays, contusion qui avait nécessité un repos de plusieurs jours et l'application de résolutifs locaux pour faire disparaître les phénomènes inflammatoires assez intenses. Il y a donc, là, un antécé-

dent traumatique indéniable et pas seulement dû à l'imagination du malade comme cela se voit si souvent.

Dans le premier temps de l'opération *il faut s'attacher à lier non seulement les gros vaisseaux sous-claviers, mais aussi toutes les artères un peu volumineuses qu'on peut apercevoir et dénuder dans le creux sus-claviculaire*, une fois la clavicule réséquée. C'est ainsi que, non seulement la sus-scapulaire, mais aussi la scapulaire postérieure, quand on peut la trouver aisément, doivent être liées ; les derniers temps de l'opération peuvent plus tard s'exécuter sans perte de sang et à sec pour ainsi dire.

Enfin, il est bon de veiller, quand on sépare définitivement le bras du tronc et qu'on coupe en travers le muscle petit pectoral, à ne pas *recouper l'artère au-dessous de la ligature de son bout inférieur*. Ce bout inférieur peut donner beaucoup de sang et un jet de sang durable qui ne s'arrêtera pas spontanément, car le sang est ramené dans le bout inférieur de l'artère par toutes les anastomoses artérielles qui se trouvent au niveau de l'omoplate et fonctionnent jusqu'à ce que cet os ait été complètement séparé du tronc.

**M. Ollier** a vu le malade quelque temps après l'opération ; il félicite M. Rochet du résultat obtenu. Il rappelle que c'est lui qui a fixé les points principaux du manuel opératoire et notamment la règle de la ligature préalable de tous les gros vaisseaux derrière la clavicule et au-dessus d'elle ; M. Berger (de Paris) les a reprises après lui.

Il a vu, lui aussi, des exemples très nets de néoplasmes succédant à une contusion plus ou moins ancienne. Tout dernièrement encore, il a pu observer un cas de ce genre très remarquable.

**M. Gangolphe.** — *A propos de la technique opératoire de l'amputation inter-scapulo-thoracique.*

Le procédé opératoire indiqué par Farabeuf est excellent lorsqu'il est possible de tailler les lambeaux qu'il préconise, c'est-à-dire antérieur ou pectoral, postérieur ou dorsal. L'auteur a négligé d'envisager l'hypothèse d'une lésion envahissant et détruisant l'une ou l'autre de ces deux régions. Il est cependant possible, même dans ces cas, de recouvrir la surface cruentée : il faut emprunter un lambeau cutané au bras.

Sur le sujet opéré par M. Ollier, je me souviens que la tumeur développée sur l'omoplate rendait impossible la taille d'un lambeau dorsal, ce fut un lambeau brachial (pris jusqu'au coude) qui fut utilisé avec succès.

Quant au drainage, il est important de l'établir au point déclive, c'est-à-dire à la base même des lambeaux, et cela par une contre-ouverture.

Le suintement est considérable, il faut lui donner une large voie. Remarquons qu'il vaut mieux, pour la rapidité de la guérison, drainer en dehors de la ligne des sutures, ainsi que le disait justement Léon Tripiet.

\*\*\*

### TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PROSTATIQUES

**M. Chandelux.** — Dans les communications qui ont été faites sur l'hypertrophie prostatique, on a surtout étudié, sous le nom de traitement chirurgical, les interventions opératoires qui ont été proposées et mises en pratique contre cette affection. Or, il ne faut pas oublier que tout est chirurgical dans le traitement des prostatiques, et que la sonde qui en constitue l'élément essentiel représente, dans son maniement souvent difficile et délicat, un acte essentiellement chirurgical.

On ne doit pas perdre de vue que les prostatiques sont *dysuriques* avant de devenir *réentionnistes*, et il faut aussi se rappeler que l'affection procède d'une façon lente et progressive, offrant parfois, sous l'influence d'un refroidissement ou d'un écart de régime, des poussées congestives, amenant des crises de rétention passagère, lesquelles disparaissent en quelques jours à la suite de cathétérismes, mais laissent après elles un accroissement plus ou moins considérable et définitif dans le volume de la prostate, soit par l'hypertrophie des éléments glandulaires, soit par l'hyperplasie des éléments conjonctifs, aboutissant à des formations scléreuses.

Cette marche de l'affection doit toujours être présente à l'esprit, car elle montre comment, par des moyens simples, le cathétérisme, on arrive, dans la plupart des cas et rapidement, à voir, sans qu'il soit besoin de recourir à des méthodes sanglantes, la miction volontaire partielle se rétablir chez les malades brusquement atteints de rétention aiguë.

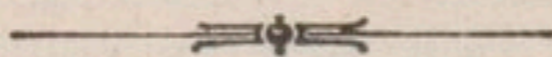
Pour éviter, autant que faire se peut, les poussées congestives et leurs conséquences, il importe de conseiller aux malades les cathétérismes biquotidiens suivis de lavages avec la solution borique à 40/1000, froide, dès que le résidu urinaire vésical, après les efforts de miction volontaire, atteint la quantité d'un demi-verre à boire

environ. De cette façon, on prévient la stase urinaire et l'on s'oppose, dans une certaine mesure, à la distension progressive de la vessie en même temps que l'on agit efficacement pour éviter la fermentation ammoniacale de l'urine par stagnation et le catarrhe vésical qui en résulte. Enfin, par cette pratique, le malade, sachant se servir de la sonde, pourra pratiquer sur lui-même le cathétérisme, avec sécurité, en cas de rétention, sans être obligé de se confier à des mains étrangères.

Les opérations proposées contre l'hypertrophie prostatique, telles que la prostatotomie, la prostatectomie, la castration, la résection des canaux déférents, ne semblent pas avoir donné jusqu'à présent de résultats bien encourageants et, la plupart du temps, on peut obtenir aussi bien, sinon mieux, par le simple cathétérisme. Toutefois, il est des cas où celui-ci présente des difficultés très grandes, où le canal ne peut être franchi, par les sondes en gomme ou métalliques, qu'à intervalles éloignés et avec les plus grandes peines. La ressource ultime consiste alors dans l'établissement d'un méat hypogastrique qui devient ainsi une opération de nécessité puisque l'évacuation de la vessie ne peut plus être obtenue par les voies naturelles.

*Le Secrétaire annuel,*  
D<sup>r</sup> ALBERTIN.

Le Gérant : D<sup>r</sup> VALLAS,  
*Secrétaire général.*

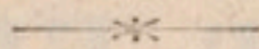


*Toutes communications concernant la Société de Chirurgie et son Bulletin doivent être adressées à M. le D<sup>r</sup> VALLAS, imprimerie Legendre, 14, rue Bellecordière, Lyon.*



# SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1897-1898



## BUREAU

<i>Président</i> .....	OLLIER.
<i>Vice-Président</i> .....	FOCHIER.
<i>Secrétaire général</i> .....	VALLAS.
<i>Trésorier-archiviste</i> .....	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i> .....	{ ALBERTIN.
	{ CONDAMIN.

## MEMBRES

ALBERTIN.	JABOULAY.
AUBERT.	LAROYENNE.
AUGAGNEUR.	NOVÉ-JOSSERAND.
BERNE.	OLLIER.
CHANDELUX.	POLOSSON (Maurice).
CONDAMIN.	POLOSSON (Auguste).
CORDIER.	ROCHET.
FOCHIER.	ROLLET.
GANGOLPHE.	SABATIER.
GAYET.	VALLAS.
HORAND.	VINCENT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

BUREAU

MEMBRES

BULLETIN  
DE LA  
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
DE LYON

— N° 3 —  
FÉVRIER, MARS, AVRIL  
1898

LYON  
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie  
Ancienne Maison WALTENER & Cie  
14, Rue Bellecordière, 14

—  
1898

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

— 2 —  
FÉVRIER, MARS, AVRIL  
1888

LYON

IMPRIMERIE PAUL LANGELOTTI & C<sup>o</sup>

ANCIENNE MAISON WILHELM & C<sup>o</sup>

14, rue de la République

1888

BULLETIN  
DE LA  
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
DE LYON

---

*Séance du 3 février 1898.* — Présidence de M. OLLIER

---

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES FRACTURES  
DU CRANE

**M. Albertin.** — Cette question a, de tous temps, vivement intéressé les chirurgiens et il faudrait un volume pour en établir seulement la bibliographie. Pour nous restreindre à une époque rapprochée de la nôtre et résumer brièvement les opinions, rappelons que l'intervention était tout à fait en honneur à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et au commencement du XIX<sup>e</sup> avec Ravaton, Sédillot et Velpeau. Puis, en présence des complications septiques des plaies, on revient à l'abstention pendant le XIX<sup>e</sup> siècle jusqu'à l'avènement de l'antisepsie, époque où l'intervention retrouve toute son ancienne faveur. L'historique de cette question de l'intervention dans les lésions traumatiques du crâne et principalement du trépan a été très bien exposé dans un mémoire de Gallez présenté à l'Académie royale de Belgique en 1893; c'est à lui qu'on pourra se reporter pour de plus amples détails.

De notre pratique personnelle nous avons tiré un cer-

tain nombre d'observations qui nous ont paru présenter un véritable intérêt et que nous exposerons plus loin.

Un premier fait s'en dégage, c'est qu'une fracture soit isolée de la voûte, soit de la voûte propagée à la base peut exister sans signes extérieurs. L'examen superficiel du cuir chevelu, la vue, la palpation peuvent ne révéler aucun signe d'une fracture que l'on pourra cependant être appelé à découvrir plus tard.

La première indication en présence d'un traumatisme du crâne, c'est de raser complètement le cuir chevelu de façon à en pratiquer l'inspection dans tous ses points. En même temps que ces soins préventifs permettront un examen facile, ils permettront d'assurer l'antisepsie de cette région qui, habituellement, est le siège d'érosions ou de plaies contuses dont l'infection constitue un danger s'il existe la moindre solution de continuité de la boîte crânienne.

Lorsqu'un traumatisme du crâne s'accompagne de phénomènes cérébraux, stupeur, coma, excitation, délire, nous sommes d'avis qu'il faut procéder d'une façon plus rigoureuse qu'on ne le fait habituellement à la recherche d'une lésion possible de la boîte crânienne tout au moins de la portion accessible, c'est-à-dire de la voûte.

Il faut distinguer deux cas : dans le premier, il existe des symptômes nets de localisation cérébrale se traduisant par une paralysie, un symptôme pathognomonique en quelque sorte ; là il n'y a pas d'hésitation à avoir et on est en droit de trépaner sur la localisation sans faire d'autre diagnostic.

Mais, très souvent, les signes cérébraux sont diffus, peuvent être interprétés comme le résultat de la commotion ou de la contusion cérébrale ; on ne sait même pas s'il existe une fracture ; c'est à ce second cas que s'applique notre indication : rechercher s'il n'existe pas, du côté de la boîte crânienne, une lésion osseuse.

Pour procéder à cette recherche il faut d'abord employer les moyens habituels : examen, palpation, percussion même. Nous sommes d'avis d'y ajouter l'*incision exploratrice du cuir chevelu* et cela non seulement lorsque le diagnostic de fracture n'est pas établi, mais encore lorsque le diagnostic de fracture en apparence limitée à la base est imposé par les signes habituels : otorrhagie, épistaxis, etc.

Dans quelles conditions pratiquera-t-on cette incision exploratrice ?

Dans une première catégorie de faits, on a un point de

repère: c'est la présence, sur le cuir chevelu, d'érosions, de plaies contuses plus ou moins superficielles, quelquefois c'est un hématome plus ou moins circonscrit.

Ce sont ces régions intéressées par le traumatisme qu'il faut mettre à découvert par l'incision exploratrice que l'on fera, soit antéro-postérieure, soit cruciale, en lui donnant une étendue suffisante pour pouvoir les explorer facilement. Après l'incision du cuir chevelu, on examinera l'état du périoste, on l'incisera, on le décollera en tenant compte, pour s'orienter, des modifications qu'il peut présenter, tantôt une teinte ecchymotique, tantôt une véritable infiltration sanguine.

Cet examen à ciel ouvert permettra souvent de reconnaître une fracture que rien n'avait fait soupçonner.

Le plus habituellement on a quelques indications fournies par l'état des téguments du crâne, mais, dans certains cas, rien n'indique qu'il faille inciser là plutôt qu'ailleurs.

Alors les commémoratifs pourront quelquefois permettre de localiser le point d'application du trauma; on devra en tenir compte; l'analyse minutieuse des symptômes cérébraux, de l'état de la face, des pupilles pourra donner une indication.

Quand bien même il n'existe aucun signe indicateur particulier, nous pensons que l'on peut faire, sur le cuir chevelu, une longue incision à deux ou trois travers de doigts de la ligne médiane partant de l'occiput et allant, dans le sens antéro-postérieur, jusque sur la région fronto-pariétale en passant sur les bosses pariétales.

Cette incision peut se pratiquer des deux côtés successivement, si une première n'a pas donné de résultat d'un côté. Nous n'avons pas eu à pratiquer ces incisions exploratrices symétriques; dans les cas que nous avons observés, nous avons, par la première incision, toujours mis à découvert la fracture présumée.

La pratique de ces incisions, ne crée aucun danger pour le malade; si elles ne révèlent rien d'anormal on les réparera en les suturant; mais, dans bien des cas, elles mettront à découvert des lésions de la boîte crânienne que le chirurgien ne pouvait que soupçonner.

Dans les trois premières observations que j'annexerai à ma communication, aucun signe extérieur ne pouvait permettre de faire le diagnostic de fracture de la voûte du crâne.

Dans le premier cas, voyant persister le coma et tenant compte d'une légère ecchymose de la région sus-auricu-

laire, j'incisai le cuir chevelu crucialement et mis à découvert un foyer de fracture composé de quatre fragments.

Dans le second cas, le malade était entré à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic de traumatisme du crâne et commotion cérébrale. L'alternance de l'excitation et de la torpeur, un peu de dilatation de la pupille droite, une légère parésie du membre supérieur gauche, l'élévation de la température, la présence d'érosions et de contusions de la région correspondant aux bosses pariétales nous amenèrent à soupçonner une fracture de la voûte.

Une incision sur la bosse pariétale droite nous conduisit sur le périoste ecchymotique et nous permit de découvrir une fissure du pariétal dans la région des centres des membres.

Enfin, dans une troisième observation, le malade amené à l'Hôtel-Dieu six jours après le traumatisme du crâne ne présentait aucun signe extérieur de fracture. Seule une érosion cicatrisée de la région temporo-occipitale gauche pouvait servir de moyen de détermination du point où le trauma avait porté. A partir de son entrée dans le service, le malade présentant des alternatives de coma, d'excitation et de crises convulsives, je décidai l'incision exploratrice du cuir chevelu dans la région traumatisée pour éclairer le diagnostic.

Une incision antéro-postérieure, partant de la région occipitale gauche et montant obliquement sur la bosse pariétale du même côté, m'amena à découvrir une fêlure du crâne partant de l'occipital, parcourant le pariétal et se perdant en avant dans la direction du rebord orbitaire gauche.

Ainsi, voilà trois observations où l'incision exploratrice du cuir chevelu nous a permis de découvrir des lésions de la boîte crânienne sur l'existence desquelles nous n'aurions pu émettre aucune affirmation. Ces faits nous permettent de conclure à l'utilité de cette pratique comme moyen de recherche des lésions osseuses traumatiques du crâne, alors que les moyens habituels sont insuffisants pour les déceler.

Ce premier point étudié, nous arrivons à la question de l'intervention sur la boîte osseuse elle-même, aux indications du trépan. Nous n'avons pas la prétention de reprendre cette question si bien étudié par la chirurgie moderne, cependant nous nous déclarons très interventionniste.

Tous les chirurgiens sont d'accord pour intervenir



lorsqu'il existe des signes nets d'épanchement sanguin intra-cranien, des signes de compression localisée se traduisant par des phénomènes d'ordre déterminé. Nous pensons que, même en présence d'une fissure, d'une fêlure du crâne, si légers que soient les symptômes cérébraux, il y a indication de trépaner sur le trajet de cette solution de continuité en se rapprochant autant que possible des régions où paraissent siéger les phénomènes irritatifs de l'encéphale.

Dans notre seconde observation, où il existait une fissure du pariétal, nous avons agrandi notre orifice du trépan de façon à dégager le centre du membre supérieur gauche que nous avons trouvé parésié.

Dans notre troisième observation, il existait des phénomènes convulsifs avec début par les globes oculaires. Utilisant cette donnée et tenant compte de la contusion de la région occipito-pariétale gauche, nous avons, par l'incision du cuir chevelu, découvert une longue fêlure du crâne dans cette région. Cette ligne de fracture ne passait pas exactement au point correspondant à la partie postérieure du pli courbe qui était situé au-dessus. C'est au voisinage de ce point, sur la ligne de fracture que nous avons trépané, puis nous avons agrandi l'orifice de trépanation du côté de la région du pli courbe. Dans ces deux cas nous n'avons pas trouvé de gros hématomes, mais plutôt une sorte d'infiltration sanguine de la dure-mère sous-jacente au trait de fracture. Il existait, notamment dans le second cas, une tension marquée du liquide céphalo-rachidien et la ponction que nous fîmes à la dure-mère laissa écouler une assez grande quantité de liquide. Malgré le peu de gravité apparente des lésions des organes sous-jacents au trait de fracture, la trépanation a suffi pour faire disparaître les accidents. Dans ces deux cas, la température a subi une défervescence brusque, les symptômes cérébraux : coma, excitation, convulsions ont disparu. Il nous paraît donc qu'il y a tout avantage à intervenir par le trépan, l'intervention ne présentant par elle-même aucune gravité.

La question d'incision de la dure-mère, d'exploration plus ou moins étendue de la région cortico-cérébrale ne peut être résolue d'une façon générale et l'on peut dire que les indications naissent du fait de l'examen local et de l'observation du malade. Elles sont extrêmement variables et relèvent du chirurgien, suivant qu'il a à faire à tel ou tel cas.

Je formulerais donc une seconde proposition, tendant à faire accepter l'intervention par le trépan en présence même de simples fissures ou fêlures de la voûte crânienne, pour peu qu'il existe quelques phénomènes cérébraux, si légers soient-ils.

Notre quatrième observation est intéressante, à cause de la violence du traumatisme, de l'étendue de la fracture, de la multiplicité des fragments, des lésions des méninges et de l'encéphale.

En présence de pareils cas, l'hésitation n'est pas permise et il faut intervenir immédiatement. Notre malade présentait une fracture comminutive du frontal, à six fragments, représentant une surface de 8 à 9 centimètres carrés. Une esquille libre était implantée dans le lobe frontal droit. La portion antérieure du sinus longitudinal supérieur était déchirée, dilacérée, ainsi que la dure-mère voisine. Le sinus frontal droit, largement ouvert, puisque sa paroi postérieure était enfoncée dans la boîte crânienne, faisait communiquer le foyer de la fracture avec les fosses nasales.

L'ablation des esquilles et la toilette minutieuse et antiseptique de la plaie cutanée et de la région lésée de l'encéphale nous a permis d'obtenir la guérison de notre malade. Dans cette observation j'ai noté un point particulièrement intéressant : c'est la possibilité de laisser en place des esquilles, des fragments osseux qu'au premier abord on serait tenté d'enlever.

C'est ainsi que nous avons laissé en place le plus volumineux des fragments représentant une surface de 4 centimètres carrés et correspondant à la portion de l'os frontal du côté gauche, au voisinage de la ligne médiane et de la suture fronto-occipitale. Il y a, en effet, une indication précise en pareil cas, limiter la perte de substance osseuse.

Il n'est pas indifférent de laisser l'encéphale sans moyen de contention sur une grande étendue.

On peut avoir des hernies cérébrales consécutives et ensuite, sans hernie cérébrale, d'autres accidents que nous avons observés chez notre malade et chez un malade de M. le professeur Maurice Pollosson dont nous avons annexé l'observation à la fin de notre communication. Ces accidents sont caractérisés par du vertige apparaissant dès que le malade change brusquement d'attitude, lorsqu'étant couché, par exemple, il passe à la station debout. En outre, il leur est impossible d'incliner la tête en avant, le vertige apparaît et peut aller jusqu'à

la chute. Nous expliquons ces faits par les modifications brusques produites dans l'équilibre intra-cranien soit du côté de l'appareil vasculaire, soit du côté du liquide céphalo-rachidien.

En présence de fractures comminutives, il faudra donc être économe, laisser en place les fragments qui paraissent devoir vivre, limiter, autant que faire se pourra, la perte de substance osseuse pour éviter les accidents consécutifs que nous avons observés chez ces deux malades. On pourra, d'ailleurs, faire de la contention par prothèse extérieure, c'est-à-dire par le port d'appareils moulés sur la région et s'opposant au déplacement brusque de l'encéphale sous la mince enveloppe qui est destinée à le maintenir.

J'arrive enfin à une dernière observation ayant trait à un malade atteint d'épilepsie jacksonienne à la suite d'une fracture du crâne datant de l'enfance, c'est-à-dire d'une complication éloignée des fractures du crâne.

Le traumatisme avait eu lieu à l'âge de 5 ans et le malade fut atteint d'épilepsie jacksonienne à l'âge de 18 ans. Le début de l'accès par le membre inférieur droit, et la présence d'un enfoncement de la voûte crânienne au niveau de la partie supérieure de la région rolandique gauche faisaient de ce cas un cas type d'épilepsie traumatique avec localisation extrêmement nette. J'ai trépané ce malade, supprimé la portion osseuse qui faisait saillie dans la boîte crânienne. Les crises ont disparu depuis l'intervention qui remonte à 16 mois, et jusqu'à nouvel accident, je considère mon malade comme guéri.

Je résumerai en quelques lignes les considérations que je crois pouvoir tirer de ces faits.

1° En présence d'un traumatisme du crâne il y a lieu, en l'absence de tout signe extérieur de fracture du crâne de rechercher avec insistance s'il n'existe pas de solution de continuité de la portion accessible de la boîte crânienne et, pour cela, l'*incision exploratrice du cuir chevelu* me paraît devoir rendre les plus grands services.

2° L'intervention par le trépan me paraît indiquée sur le trait de fracture, pour peu qu'il existe des symptômes cérébraux, si légers soient-ils. Partant de la fracture, la trépanation pourra être conduite du côté des centres de localisation, si les phénomènes cérébraux observés l'indiquent.

3° En présence des fractures comminutives il faudra, en pratiquant l'ablation des esquilles, être économe et

laisser en place les fragments capables de vivre pour limiter autant que possible la perte de substance.

3° L'épilepsie jacksonienne, liée à un traumatisme localisé de la boîte crânienne, est justiciable de la trépanation, fait admis par tous les chirurgiens et qui ne fait que confirmer notre dernière observation (1).

**M. Nové-Josserand.** — A l'occasion de la communication de M. Albertin, je voudrais vous rapporter l'histoire de deux malades, auxquels j'ai pratiqué la rugination large des téguments du crâne, pour rechercher une fissure qui ne se manifestait pas par des signes extérieurs.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme de 22 ans, apportée à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans les conditions suivantes. La veille, vers 4 heures de l'après-midi, elle était tombée dans un escalier : après un léger étourdissement, elle put se relever, et pendant quelques heures, vaquer à ses occupations. Le soir, elle fut prise de somnolence qui augmenta progressivement pendant la nuit, sans s'accompagner d'autres symptômes.

A son entrée à l'hôpital, 18 heures environ après le traumatisme, son état était le suivant : Malade obnubilée, en état de coma incomplet, mais assez considérable cependant pour l'empêcher de répondre aux questions et la rendre indifférente à tout ce qui l'entoure. La sensibilité générale est conservée, la malade réagit aux piqûres et aux interrogations vives, mais ne parle pas.

Pas de paralysie motrice, ni des membres, ni de la face ; pas de paralysie sensorielle. L'examen du fond de l'œil, n'est pas pratiqué.

La respiration est lente, profonde, parfois un peu bruyante, non stertoreuse cependant. Le pouls est à 60°, régulier, assez fort.

On note une ecchymose sous-conjonctivale de l'œil gauche ; le cuir chevelu étant rasé, on trouve dans la région occipitale et à gauche, une légère éraillure qui se limite aux parties superficielles de la peau.

Aucune déformation du crâne. Pas d'infiltration séro-sanguine dans les régions mastoïdiennes et temporales. La palpation ne fait découvrir aucun signe appréciable de fracture, pas même de phénomènes douloureux, localisés à la pression.

L'existence d'un intervalle libre très net entre le traumatisme et l'apparition des accidents, le coma presque

---

(1) Les observations ont été publiées *in-extenso* dans le n° du 5 mars 1898 de la *Province Médicale*.

complet avec ralentissement du pouls et de la respiration conduisaient au diagnostic presque certain d'épanchement sanguin intra-cranien d'origine traumatique. L'absence de paralysie localisée, intéressante à noter ici, ne suffisait pas à ébranler ce diagnostic, Mais la difficulté consistait à savoir de quel côté siégeait l'épanchement. L'ecchymose sous-conjonctivale étant contemporaine de l'accident, et le peu d'importance de la lésion cutanée occipitale, tout en faisant soupçonner son siège à gauche, ne donnaient pas une certitude suffisante. On fit alors l'intervention suivante.

Incision verticale au niveau de la lésion occipitale : on ne trouve d'abord aucune lésion osseuse, mais en rugissant le squelette tout autour de la plaie, on finit par trouver une fissure qui se dirigeait en avant, en passant au niveau de la bosse pariétale.

L'incision prolongée dans ce sens permet de suivre cette fissure qui, arrivée à la région temporale, se recourbait en bas pour gagner sans doute l'étage antérieur de la base.

Une double couronne de trépan appliquée sur la fissure conduisit sur un hématome sus-dure-mérien, épais d'environ 4 cent., de siège et d'extension classiques. Il fut évacué. L'hémostase obtenue par un tamponnement à la gaze salolée.

La malade guérit et ne conserva aucun trouble.

La seconde observation se rapporte à un homme âgé d'environ 50 ans qui, un soir, étant dans un café, reçut en se battant des coups de queue de billard sur la région temporale droite. Chute, perte de connaissance. Le malade apporté à l'hôpital, est examiné le lendemain matin.

Obnubilation, somnolence, pas de coma vrai, le malade répond aux questions posées avec insistance. Respiration, pouls et température normaux.

Paralysie incomplète de tout le côté gauche, face comprise ; la motilité existe encore mais les mouvements sont lents, faibles, la face est déviée, l'œil se ferme mal ; au bras, la paralysie est à peu près complète.

Localement on trouve une petite éraillure superficielle des téguments, tuméfaction avec ecchymose de la région temporale. Aucun signe appréciable à la vue ni à la palpation de fracture du crâne. Pas d'hémorragie par l'oreille, ni d'ecchymose sous-conjonctivale.

Pour me renseigner sur l'existence d'une fissure crânienne qui aurait pu nécessiter une intervention en rai-

son des symptômes nerveux, je pratique dans la région temporale une incision courbe à convexité supérieure qui découvre largement la région, la rugination du squelette poursuivie sur une grande surface ne montre aucune fissure, aucun accident osseux. En présence de ce résultat négatif, je me décidai à attendre des indications plus nettes de trépaner.

Les jours suivants, état stationnaire : vers le sixième jour, élévation de la température à près de 39°, léger délire, mais ces accidents eurent une durée assez courte pour que la trépanation ne parût pas nécessaire. Finalement, le malade retrouva peu à peu son état intellectuel normal, la paralysie disparut, et il quitte l'hôpital complètement guéri.

Voici deux observations où l'exploration du crâne par une incision exploratrice et une large rugination du squelette nous a rendu service. Dans le premier cas, en précisant la localisation d'un épanchement intra crânien dont le siège était douteux, et en permettant d'ouvrir le crâne avec l'assurance de ne pas faire une intervention inutile : dans le second, en montrant, au contraire, l'absence de toute lésion osseuse et en nous donnant aussi une raison de différer la trépanation qui, l'événement l'a prouvé, aurait été inutile.

Ces faits viennent à l'appui des conclusions de M. Albertin pour montrer que, dans les traumatismes crâniens avec troubles nerveux localisés ou diffus, il peut être bon, lorsque les signes locaux ne permettent pas de déterminer exactement le siège de la fracture, de faire une incision exploratrice des parties molles, et d'explorer aussi largement que possible la surface du crâne pour chercher un accident, parfois léger, tel qu'une fissure, impossible à découvrir par les moyens ordinaires d'exploration et dont la connaissance peut être importante pour indiquer ou localiser la trépanation.

**M. Ollier.** Les faits que vient de nous exposer M. Albertin sont très intéressants soit par la méthode d'exploration qui a servi à établir le diagnostic, soit par l'heureux résultat des interventions. Je rappellerai que, dans certains cas où la localisation du siège des accidents est impossible, j'ai conseillé la trépanation bi-hémisphérique.

Quant à la conservation des fragments dont la vie est possible, je l'ai toujours recommandée, c'est une véritable auto-greffe toute trouvée et qui est bien supérieure à toutes les prothèses qui ont été tentées pour restreindre

ou faire disparaître les pertes de substance de la boîte crânienne. On peut laisser en place des fragments à peine rattachés aux parties molles, ils peuvent se vasculariser et vivre. En cas de nécrose, on a le temps, les jours suivants, d'en pratiquer l'ablation.

**M. Vallas.** — Je suis très partisan de la trépanation dans les fractures du crâne et je l'ai pratiquée souvent. Il me semble cependant que, dans la discussion actuelle, on s'occupe trop du trait de fracture. L'indication formelle d'intervenir dans une fracture du crâne est fournie par les accidents cérébraux. Or, de deux choses, l'une : ou les accidents sont d'ordre local, enfoncement, enbarures, infection du foyer et alors le siège de la fracture s'indique de lui-même et il n'est pas besoin de s'amorcer sur une fêlure pour aborder le point à trépaner. Ou bien, sans signes extérieurs de fracture, les accidents sont d'ordre général et relèvent de la compression totale du cerveau, hématome sus-dure-mérien, hypertension du liquide céphalo-rachidien, produisant le coma et le stertor et alors il importe peu de trépaner exactement sur le trait de fracture, il faut ouvrir le crâne sur la bosse pariétale, dans la région décollable de la dure-mère. Si l'on hésite sur le côté, on hésitera aussi bien pour la recherche du trait de fracture que pour la trépanation. En pareil cas, on fera la trépanation bi-pariétale : mais, je le répète, sans s'inquiéter de chercher et de voir le trait de fracture.

\*\*\*

**FRACTURE DE L'OCCIPITAL ET DU ROCHER PAR CHUTE. —  
FOYER DE CONTUSION AU NIVEAU DE DEUX LOBES FRON-  
TAUX. — CHOC VENTRICULAIRE. — MORT 10 HEURES  
APRÈS L'ACCIDENT.**

**M. Etienne Martin,** interne des Hôpitaux. — J'ai l'honneur de présenter deux aquarelles représentant un cerveau dont les lobes frontaux sont le siège de foyers de contusion très marqués. Voici dans quelles circonstances ont été produites ces lésions.

Le 1<sup>er</sup> janvier de cette année, un voyageur causait avec un de ses amis sur la plateforme d'un tramway à vapeur. Le train s'engagea dans une courbe assez brusque et le voyageur fut précipité sur la chaussée par le contre-coup. Ce monsieur, âgé de 42 ans, était en parfait état de

santé et n'avait manifesté ni trouble, ni malaise, ni fatigue quelconque.

Après sa chute il perd connaissance, est transporté dans un café du voisinage où on lui donne des soins. Il revient à lui, peut parler et dire : « Je suis très malade qu'on m'emmène chez moi ». On le mit dans une voiture; avec l'aide de ses amis il monta à un premier étage et, une fois au lit, dans le décubitus dorsal, il fut plongé dans un coma qui ne cessa qu'avec la mort. Elle survint dix heures après.

Un médecin, appelé auprès du malade, ne constata pas sur la tête ou sur les membres de contusions ou d'ecchymoses pouvant laisser supposer un traumatisme violent. Pas de signe de fracture de la base. Aucune localisation qui puisse permettre de poser une indication chirurgicale.

Huit jours après la mort, M. le professeur Lacassagne fut chargé de pratiquer l'autopsie et d'indiquer les causes de la mort.

Le cadavre ne portait absolument aucune trace de violence. Pas d'ecchymoses sur le cuir chevelu. Un seul fait permettait de supposer une lésion cérébrale : c'était l'attitude du pied gauche en varus équin (Etat de contracture agonique conservé sur le cadavre par la rigidité).

Le cuir chevelu enlevé, on constate, à la nuque et à quatre travers de doigts de l'oreille droite, une large fissure. On scie et on enlève la calotte cranienne. La dure-mère, sectionnée, laisse voir au-dessous d'elle, des deux côtés, de larges caillots. L'épanchement est plus manifeste à droite, où l'on constate un caillot de l'épaisseur d'une feuille de carton et qui recouvre les lobes antérieurs et temporaux.

Le cerveau enlevé, on voit que la base présente un énorme caillot absolument symétrique. On constate, en outre, une fracture qui intéresse toute la fosse occipitale droite, fracture très grande qui se continue jusqu'à deux centimètres du trou occipital et, là, se divise en deux branches pour atteindre cet orifice.

Il existe aussi une fracture du rocher gauche, nettement transversale et située à 4 centimètres du sommet.

Le cerveau, après un séjour prolongé dans le Müller, a été examiné et nous avons pratiqué des coupes, pour nous rendre compte de l'état des ventricules et des noyaux centraux.

Les lésions sont les suivantes :



1° Au niveau de la face inférieure du lobe frontal droit, une vaste excavation à bords anfractueux, à parois un peu ramollies, communiquant avec les cavités ventriculaires droites. Cette excavation a une ouverture de 4 centimètres de diamètre environ.

2° Des lésions traumatiques anfractueuses, moins marquées que du côté opposé, mais symétriques des précédentes, et ne communiquant pas, comme elles, avec les cavités ventriculaires. Les méninges qui les environnent sont contuses et ecchymotiques.

3° De fortes ecchymoses méningées au niveau de la partie antérieure des circonvolutions temporo-occipitales gauches, avec un léger hématome sous-méningé. Cette lésion n'existe pas du côté droit.

4° Dilatation des cavités ventriculaires gauche et droite, pas d'hémorragie intra-ventriculaire, mais ramollissement léger des parois des ventricules.

5° Pas d'hémorragie au siège d'élection : les noyaux centraux et la capsule interne ne sont pas lésés.

L'examen anatomo-pathologique des artères cérébrales a été fait au laboratoire d'anatomie pathologique, avec le concours de M. le Dr Devic, agrégé à la Faculté. La sylvienne droite présente un très léger épaissement de la tunique moyenne, sans dépôt athéromateux. On peut dire que l'artère est normale pour l'âge du sujet.

En résumé, la répartition de ces différentes lésions, l'absence d'hémorragie au lieu d'élection, le bon état des vaisseaux cérébraux, ont permis d'éliminer l'idée d'une hémorragie cérébrale spontanée, suivie d'ictus et de mort. Les désordres mentionnés plus haut sont le fait du traumatisme. La commotion des centres nerveux a été si violente, que la substance cérébrale s'est déchirée sur les apophyses osseuses de la base du crâne. C'est ainsi qu'on peut expliquer la pathogénie de ces pertes de substance et de ces hémorragies sous-méningées.

\*\*\*

**ETABLISSEMENT D'UNE ARTICULATION CLÉIDO-HUMÉRALE  
POUR FIXER LE MEMBRE SUPÉRIEUR RESTÉ IMPOTENT A  
LA SUITE DE LA RÉSECTION DE LA TÊTE HUMÉRALE ET  
DE L'ABLATION TOTALE DE L'OMOPLATE.**

**M. Ollier** présente un malade sur lequel il a pratiqué une opération dont il ne connaît pas d'exemple et qui lui a permis de restaurer le membre supérieur resté sans

force et privé de la plupart de ses fonctions à la suite d'une résection de la tête de l'humérus et de l'ablation complète de l'omoplate.

C'est un coup de feu reçu dans l'épaule, au siège de Metz, en 1870, qui avait été le point de départ des accidents de suppuration contre lesquels on dut intervenir par plusieurs opérations successives : ablation d'esquilles, résection de la tête de l'humérus et ablation totale de l'omoplate. La résection de la tête humérale avait été pratiquée, en 1884, par M. Pollosson, qui enleva, en 1885, la partie supérieure de l'omoplate. Les abcès continuèrent, quoique diminués de fréquence, après ces deux opérations, et, en 1890, M. Pollosson enleva tout ce qui restait de l'omoplate. Cette ablation mit fin à la suppuration ; il ne se forma plus d'abcès à partir de ce moment, mais le membre resta impotent. Le bras n'étant plus attaché à l'omoplate qui avait été complètement enlevée, s'était éloigné de plus en plus de la clavicule dont l'extrémité externe faisait une saillie très accusée en dehors. Sous cette extrémité saillante, on voyait une dépression profonde qui pouvait loger les quatre doigts. A sept ou huit centimètres au-dessous, on retrouvait l'extrémité de l'humérus dont la tête avait été enlevée et ne s'était pas reproduite.

Le bras était comme pendant et inerte le long du tronc, et l'avant-bras et la main ne pouvaient être de quelque utilité que lorsqu'ils étaient fixés par un appareil qui était très gênant d'ailleurs. C'est dans ces conditions, dit M. Ollier, que notre collègue, M. Maurice Pollosson, eut l'amabilité de m'adresser le malade qu'il savait devoir m'intéresser particulièrement. Après avoir tenté d'obtenir un meilleur fonctionnement du membre par une modification de l'appareil primitif, je ne vis d'autre moyen de rétablir les fonctions du membre qu'en remontant l'humérus et en le soudant à la partie externe de la clavicule de manière à *établir une articulation cleido-humérale*.

M. Ollier exécuta cette opération en décembre 1893. Il eut beaucoup de difficultés à dégager l'extrémité supérieure de l'humérus, entourée de tissus fibreux cicatriciels qui se prolongeaient en haut vers la clavicule et en arrière vers la place occupée autrefois par l'omoplate. La clavicule était remontée en haut par le trapèze ; les restes du deltoïde s'étaient ramassés autour de l'extrémité supérieure de l'humérus, mais ils étaient sans action à cause de la perte de leurs attaches supérieures.

M. Ollier découvrit d'abord la saillie claviculaire, dont il aviva la face inférieure, puis il incisa longitudinalement les tissus fibreux qui se continuaient jusqu'à l'humérus. Trouvant l'extrémité de cet os amincie et atrophiée, il fut obligé d'en retrancher une hauteur de près de deux centimètres pour trouver une surface d'adaptation assez large pour être fixée à la clavicule avec chances de soudure. Les parties molles dégagées, le bord supérieur des faisceaux deltoïdiens libéré de ses adhérences fibreuses, M. Ollier passa deux forts fils de platine à travers la clavicule, il perfora ensuite transversalement en deux points l'humérus, de manière à avoir deux anses métalliques traversant la clavicule puis l'humérus, et remontant ensuite par une seconde perforation à la face supérieure de la clavicule où les deux fils furent tordus et coupés ras au-dessus de la torsion.

Les deux os se trouvèrent ainsi solidement fixés; on aurait pu avoir une synostose, mais il s'est établi une certaine mobilité entre les deux os qui ne se sont pas abandonnés et paraissent très solidement fixés.

L'opéré que M. Ollier met sous les yeux de la Société permet de constater aujourd'hui, plus de quatre ans après l'opération, la fixation de l'humérus à la clavicule et l'établissement d'une articulation solide entre ces deux os. Le moignon de l'épaule s'est reformé et le deltoïde, que M. Ollier eut soin de suturer au trapèze pour en faire un muscle digastrique, a repris une nouvelle vigueur que l'on peut constater en faisant écarter le coude du tronc.

Le bras ainsi reconstitué par la fixation de l'humérus à la clavicule a repris sa force et ses fonctions dans une mesure qui permet à l'opéré de faire des mouvements d'abduction énergiques. Au lieu de cette dépression sous-claviculaire signalée plus haut, on constate un relief deltoïdien très sensible. Depuis l'établissement de cette néarthrose cleido-humérale, l'opéré ne se sert plus d'aucun appareil.

La radiographie permet de voir les fils métalliques qui sont toujours en place. Ils ne gênent pas le malade, mais s'ils occasionnaient quelques douleurs, M. Ollier n'hésiterait pas à les enlever, la soudure cleido-humérale étant faite au moyen des tissus fibreux que la présence des fils métalliques a, depuis longtemps, provoqués.

---

Séance du 17 février 1898. — Présidence de M. OLLIER

---

**M. Fochier** lit son rapport sur la candidature de M. le docteur Gouilloud. Après avoir fait l'exposé de ses titres, le rapporteur conclut à l'inscription de M. Gouilloud comme candidat au titre de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

**M. Rochet** lit son rapport sur la candidature de M. le docteur Durand. Après avoir exposé les titres de ce dernier, le rapporteur propose d'inscrire M. Durand comme candidat au titre de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

\*\*\*

**FRACTURE DU CRANE PAR CAUSE DIRECTE SANS SIGNES EXTÉRIEURS. — ÉPANCHEMENT SANGUIN INTRA-CRANIEN CONSÉCUTIF A LA DÉCHIRURE DE L'ARTÈRE MÉNINGÉE MOYENNE. — MORT 20 HEURES APRÈS L'ACCIDENT SANS INTERVENTION.**

**M. Albertin.** -- Comme corollaire à ma dernière communication ayant trait à l'intervention dans les fractures du crâne, je viens vous présenter les pièces que j'ai recueillies hier sur un malade amené à l'Hôtel-Dieu pour un traumatisme du crâne et qui a succombé avant que j'ai eu le temps d'intervenir.

Mercredi soir ce malade, homme vigoureux, âgé de 43 ans, exerçant la profession de conducteur de chariots, a été projeté du haut de sa voiture qui versait en même temps. Il est tombé sur la tête et a pu dire, le soir, à sa femme qu'il souffrait au niveau de la région temporale droite où il ressentait d'ailleurs une vive douleur. Après l'accident il a pu se relever, a dégagé sa voiture, est rentré chez lui, puis s'est couché. Il avait alors sa pleine connaissance, fait important sur lequel nous insistons, car il nous servira à caractériser l'*intervalle libre* dans l'histoire de notre malade. Pendant la nuit, le blessé est progressivement tombé dans le coma, a cessé de répondre aux questions et la respiration est devenue bruyante.

Cet état a inquiété sa femme qui a décidé de le faire

transporter à l'Hôtel-Dieu où il est reçu par M. Sargnon, interne de garde, qui me fait appeler. Je vois le malade à trois heures.

L'histoire du malade et son examen imposent le diagnostic. Chute sur la tête, hier, légère commotion, mais conservation de la connaissance et de la validité, puis, progressivement, perte de connaissance et coma; nous avons là tous les signes d'un épanchement sanguin s'infiltrant progressivement dans la boîte crânienne.

L'apparition du stertor en est la confirmation.

La netteté de l'intervalle libre, les phénomènes actuels nous font diagnostiquer un épanchement sanguin intracranien, consécutif au traumatisme de la veille.

De quel côté se faisait cet épanchement? L'examen du cuir chevelu, rasé, ne permet pas de retrouver la moindre trace apparente de traumatisme. Seule, une ecchymose de la région zygomatique peut servir à déterminer le siège latéral droit du trauma. L'exploration minutieuse de la région temporo-pariétale droite ne révèle aucun signe de fracture.

Notons ce fait, sur lequel la femme du blessé a attiré l'attention, qu'il déclarait souffrir au niveau du côté droit de la tête immédiatement après sa chute.

Pour ces raisons, localisation de la douleur, présence d'une ecchymose zygomatique à droite, nous localisons à droite l'épanchement et pensons à une déchirure de l'artère méningée moyenne. Je décide d'intervenir immédiatement. Au moment où je vais pratiquer l'incision du cuir chevelu, le malade cesse de respirer et, malgré une série de pratiques immédiates : injections d'éther, respiration artificielle, etc., il succombe sans que nous ayons pu pratiquer une intervention.

*Autopsie.* — A l'ouverture de la boîte crânienne, on constate la présence d'un énorme caillot, en cône de melon, coiffant la partie supéro-externe de la moitié droite de l'encéphale. Ce caillot a une longueur de 15 centimètres dans le sens antéro-postérieur, et une largeur de 8 à 9 centimètres dans sa portion moyenne transversale. Son épaisseur est de 6 centimètres environ. Il est adhérent à la surface externe de la dure-mère qui est refoulée, décollée dans la région correspondant au caillot, c'est-à-dire temporo-pariétale au-dessous de l'étage moyen. En enlevant le caillot, qui se détache assez difficilement, on constate, dans la région cortico-cérébrale correspondante, une dépression symétrique à la saillie du caillot.

Après avoir enlevé le cerveau de la boîte crânienne,

nous explorons la région de l'étage moyen pour découvrir la fracture que nous supposions siéger au voisinage des gouttières de l'artère méningée.

Nous trouvons, en effet, une fracture, dont le trait a la forme d'un U et dont la base transversale serait à un centimètre au-dessus de l'arcade zygomatique et parallèle à cette arcade. Du côté de l'intérieur de la boîte crânienne la branche transversale de l'U occupe la partie moyenne de l'étage moyen, presque parallèlement à la crête de la pyramide pétreuse, mais à l'union de la voûte et de la base, à l'intersection du plancher de l'étage moyen et de la paroi formée par l'écaille du temporal.

En avant, le trait de fracture se recourbe, devient vertical et va traverser le sillon de l'artère méningée moyenne, au voisinage de l'extrémité externe de la petite aile du sphénoïde. C'est en ce point que l'artère a dû être déchirée. Cette branche antérieure de l'U se perd dans la partie supérieure de la fosse temporale.

Un peu en avant de la base de la pyramide, le trait horizontal de fracture se recourbe pour devenir vertical et intéresse une gouttière logeant la branche postérieure de l'artère méningée. Puis cette branche postérieure de l'U devient oblique, se bifurque et se termine, un centimètre après, en se rapprochant de la terminaison de la branche antérieure.

Les deux traits verticaux de fracture ont intéressé des branches artérielles et causé ainsi l'épanchement sanguin intra-cranien. Il existe, en outre, une fracture de la pointe de la pyramide du rocher. Le trait perpendiculaire à l'axe du rocher est situé à un centimètre de la pointe de la pyramide. En examinant de plus près la région externe, on constate une disjonction de l'apophyse zygomatique au voisinage de son articulation avec la molaire.

Il s'agit bien d'une fracture par cause directe, la force ayant agi sur la fosse temporale et enfoncé la paroi externe de l'étage moyen du crâne. Il n'existait pas de déplacement, le fragment circonscrit par le trait de fracture en U étant resté, par sa partie supérieure, solidaire de la boîte crânienne.

Il n'existait pas de déchirure des sinus de la dure-mère.

Notre observation est un cas-type d'épanchement sanguin intra-cranien consécutif à une déchirure de l'artère méningée moyenne par une fracture de la boîte crânienne. C'est le type décrit par Gérard, marchant avec

tous ses signes cliniques : trauma, intervalle libre, puis coma et stertor, et ses caractères anatomo-pathologique : fracture de la région temporo-pariétale, déchirure de l'artère méningée : caillot occupant la zone décollable, comprimant l'encéphale, le tableau est complet.

J'insisterai sur ce fait, que, dans ce cas encore, rien ne pouvait nous faire diagnostiquer la fracture. Il est vrai que nous n'avions pas besoin de cet élément pour conclure à l'intervention, les signes d'épanchement sanguin intra-cranien l'imposant d'urgence. Mais, dans certains cas, ils peuvent être moins nets et nous ne sommes pas d'avis qu'il faille attendre l'apparition de phénomènes cérébraux de toute évidence pour intervenir. Certains chirurgiens prêchent l'intervention en face de toute fracture du crâne présentant le plus léger enfoncement sans qu'il existe de phénomènes cérébraux. Nous sommes de leur avis et nous ajoutons : en présence d'un trauma cranien, le moindre symptôme cérébral doit nous faire penser à une fracture du crâne dissimulée, et nous devons nous attacher à en découvrir le siège par l'examen du cuir chevelu, où son incision exploratrice. Cette détermination, ainsi que nous l'avons montrée dans notre première communication, nous paraît un premier point de repère précieux pour localiser l'intervention sur la boîte crânienne.

**M. Gangolphe.** — A l'occasion de la communication de M. Albertin, je désire vous donner connaissance d'une observation de traumatisme grave du crâne, que j'ai eu à traiter récemment dans mon service. Voici le cas :

Salle Ste-Marthe, n° 24.

Le 2 janvier, à 3 heures du matin, le malade est apporté à l'hôpital par les gardiens de la paix qui l'ont ramassé dans un escalier, après une chute. Le malade est dans le coma et ne peut, par suite, fournir aucun renseignement.

*Localement*, on constate une plaie légère du cuir chevelu à la partie postérieure et inférieure de l'os pariétal droit. Pas d'empâtement au voisinage de la plaie ; pas de solution de continuité perceptible de la boîte crânienne. Pas d'hémorragie auriculaire ou nasale. Pas d'ecchymose de la conjonctive.

Hémiplégie complète des membres droits, douteuse à la face.

Contractures très marquées des membres du côté droit. Anesthésie complète du côté gauche.

La température rectale est de 38°4.  
Légère hypertrophie cardiaque.  
Artères radiales sinueuses et un peu indurées.  
Urines : disque d'albumine.  
Le lendemain, 3 janvier, le coma paraît moins profond.

Le 4 janvier, on fait un nouvel examen local et on ne constate toujours aucun signe de fracture. On porte le diagnostic probable d'attaque d'apoplexie par hémorrhagie cérébrale et l'on se borne à la thérapeutique usitée en pareil cas.

Mais, les jours suivants, l'état du malade s'aggrave (les contractures, au contraire, tendent à disparaître) et la mort survient le 6 janvier, au soir.

*A l'autopsie*, on constate l'existence d'une fracture de l'occipital avec un trait de fracture irradié vers la base jusqu'au niveau et au côté interne du trait déchiré postérieur du côté droit.

Entre la dure-mère et le crâne, correspondant au trait de fracture, existe un volumineux caillot sanguin du poids de 100 gr. environ. Ce caillot, composé en grande partie de sang noir et coagulé, a produit sur la substance cérébrale une dépression cupuliforme tendue aux deux tiers antérieurs du lobe temporal et de la deuxième pariétale. Ce caillot a manifestement son point de départ au niveau de l'ouverture du sinus latéral droit, exactement au point où le trait de fracture coupe ce dernier.

En outre, on constate un second épanchement de sang, couleur gelée de groseille, étendu en nappe à toute la surface de l'hémisphère gauche et siégeant dans la cavité arachnoïdienne.

J'attire l'attention sur la rareté des cas de lésions du sinus dans les fractures du crâne, et sur les circonstances dans lesquelles ce fait a été observé. Ayant songé à la possibilité d'une fracture, je recommandai à M. le professeur Tripier, qui devait faire l'autopsie, de vouloir bien vérifier ce détail. Or, après l'ablation du cuir chevelu, on ne vit pas la fracture et on se crut autorisé à ouvrir le crâne au marteau. En outre, lorsque l'on vit le caillot extra-durémérien, on songea à une lésion méningée, or, je constatai qu'il s'agissait d'une lésion du sinus.

De là plus grande difficulté en clinique ; le diagnostic était donc resté aussi obscur même sur la table d'opération.



Ce fait vient à l'appui de ce que nous a dit M. Albertin et prouverait même que l'incision exploratrice est insuffisante et qu'il faut trépaner d'abord au siège de la plaie des parties molles et ensuite au lieu d'élection s'il existe des symptômes de localisation.

\*\*\*

**M. Martel** lit un mémoire intitulé :  
*Recherches bactériologiques sur quelques cas de rhumatisme blennorrhagique et considération sur le traitement non opératoire de cette affection.*

Ce mémoire est renvoyé au Comité de publication.

\*\*\*

#### **RÉSECTION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR POUR ÉPITHÉLIOMA RÉCIDIVÉ DE LA LÈVRE. — PROTHÈSE. — RÉSULTATS DATANTS DE 8 ANS.**

**M. Rochet** communique une observation d'un malade opéré, *à il y a huit ans*, d'une récurrence d'épithélioma de la lèvre inférieure, opéré quatre mois auparavant, récurrence ayant envahi tout le fer à cheval du maxillaire inférieur.

On fit une résection large de ce fer à cheval, et aussi de la peau du menton envahie par la récurrence. Puis une autoplastie fut pratiquée immédiatement au moyen de lambeaux empruntés à la région sus-hyoïdienne, et M. Cl. Martin appliqua un appareil de prothèse.

L'opéré a été revu et a donné de ses nouvelles presque tous les ans.

Les lambeaux d'autoplastie se sont rétractés peu à peu, découvrant une portion assez large de la pièce de prothèse que le malade a toujours gardée et qui lui aide beaucoup à mastiquer et même à parler. Mais il n'y a aucune trace de récurrence.

C'est donc là un cas des plus intéressants et des plus consolants, au point de vue thérapeutique, surtout qu'il s'agissait, en l'espèce, d'une tumeur *récidivée*.

Il n'y avait pas d'erreur de diagnostic, le traitement spécifique avait été mis en usage même avant la première opération et, du reste, la lésion végétante, en chou-fleur, propagée à la face externe du maxillaire,

mais sans aucun aspect d'ostéomyélite gommeuse, ne ressemblait pas du tout à une lésion syphilitique.

L'épithélioma de la lèvre est donc décidément bénin, au moins dans certains cas, et est vraiment curable par le traitement chirurgical qui dépasse la lésion.

\*\*\*

### COLOSTOMIE ILIAQUE PAR LE PROCÉDÉ DE LA DOUBLE LIGATURE

**M. Gangolphe.** — J'ai l'honneur de vous présenter un malade auquel j'ai pratiqué une colostomie iliaque pour un cancer inopérable du rectum. J'ai suivi le même procédé que j'ai indiqué au mois de juillet dernier, c'est-à-dire que j'ai fait une double ligature, isolant *une anse de cinq ou six centimètres*. Cette ligature, faite avec un solide fil de soie, est destinée à sectionner l'intestin en supprimant, par sphacèle, l'anse comprise entre les deux liens.

Je place, au-dessus de chaque ligature, quatre ou cinq points de suture unissant l'intestin à la paroi abdominale, de manière à éviter la rentrée dans l'abdomen des bouts béants de l'intestin.

L'opération ainsi faite est facile; elle m'a donné de bons résultats, et paraît assurer complètement l'évacuation des matières, sans risque de pénétration dans le bout inférieur. Cet avantage est considérable, capital; il n'est pas sûrement obtenu par la colostomie classique ou par l'accolement en canons de fusil, ainsi que le reconnaît lui-même M. Poilsson.

D'autre part, on n'a pas à se préoccuper du bout inférieur, qu'il vaut mieux laisser ouvert, afin de faire, le cas échéant, des injections détersives.

Il ne me semble pas que les chances de prolapsus de la muqueuse soient augmentées. Enfin, la régularité des selles est suffisante pour permettre au malade de vaquer à ses occupations, un bandage étant en place. Chez notre homme, opéré le 5 février, le régime des selles s'est établi peu après et s'est maintenu à peu près régulier. L'évacuation se fait, en général, le matin vers 5 heures, à moins qu'un changement notable n'ait eu lieu dans l'heure du repas du soir.

J'ajoute que notre malade est très satisfait du soulagement que lui a procuré la colostomie, et qu'il compte reprendre incessamment son travail.

**M. Vallas.** — La ligature intestinale crée une occlu-

sion complète. N'y a-t-il pas lieu de craindre que ces conditions nouvelles dans lesquelles on place le malade ne lui soient préjudiciables.

**M. Gangolphe.** — Le danger créé par l'occlusion temporaire ne me paraît pas bien grave, car le malade est ordinairement mis dans les mêmes conditions par la constipation opiacée.

---

Séance du 3 mars 1898. Présidence de M. OLLIER.

### ÉLECTIONS

Au commencement de la séance, MM. les docteurs **Durand** et **Gouilloud** sont nommés membres titulaires de la Société.

\*\*\*

### DEUX CAS DE PROLAPSUS GRAVE DU RECTUM TRAITÉS PAR L'AMPUTATION

**M. Vallas.** — Je me suis trouvé deux fois en présence de prolapsus totaux du rectum constitués par la chute et l'invagination de toutes les tuniques, y compris la séreuse. Je veux relater devant vous l'histoire de ces deux malades avec les réflexions qu'ils m'ont inspirées concernant la thérapeutique de cette affection.

Le premier malade était un homme de 46 ans, entré dans mon service, salle St-Louis, au mois de février 1896, et dont je résume ici l'observation. Dans les antécédents personnels, on relève une blennorrhagie contractée en 1870, laquelle paraît avoir joué un rôle prépondérant dans l'étiologie de son affection actuelle. En effet, trois ans après sa blennorrhagie, il commença à souffrir d'un rétrécissement du canal de l'urèthre. Ce rétrécissement nécessita très vite ces séances de dilatation et il fit, notamment en 1889, un assez long séjour à l'Hôtel-Dieu pour y subir un traitement par le cathétérisme. Toujours est-il que, dès longtemps, notre homme dut faire des efforts violents et répétés pour évacuer sa vessie, car il insiste beaucoup sur cette gêne de la miction qui le tourmente depuis vingt ans.

Sous l'action de ces efforts il vit apparaître, il y a deux ans, une petite tumeur à l'anus. Cette tumeur,

d'abord petite et réductible, augmenta rapidement de volume et, en juillet dernier, le prolapsus était de la grosseur du poing. A ce moment, il entra dans le service de mon collègue, M. Jaboulay, qui pratiqua une colopexie pour débarasser le malade de son infirmité.

Le résultat opératoire, excellent au début, se maintint pendant trois semaines ; puis, de nouveau, sous l'influence des efforts faits pour uriner, le rectum sortit. Aujourd'hui, février 1896, il est tellement gêné par son prolapsus, qu'il réclame une nouvelle opération.

Le prolapsus est total, constitué par toutes les tuniques du rectum, et la masse qu'il forme au dehors de l'anus, atteint le volume des deux poings réunis. Les parois sont épaissies, mais la coloration est normale et la surface de la muqueuse n'est pas ulcérée. Pas de sillon au niveau de l'anus. Il est facile de constater la présence de l'intestin grêle dans la paroi antérieure du prolapsus. L'exploration de la vessie ne décèle la présence d'aucun calcul.

Après dilatation préalable de l'urèthre pour supprimer la cause du prolapsus, et devant l'insuccès de la colopexie faite antérieurement, je me décide à pratiquer l'amputation de la partie prolabée.

Opération le 7 mars 1896.

Section, au ras de l'anus, demi-circulaire, des trois tuniques. Le cul-de-sac péritonéal est largement ouvert : les anses grêles réduites et l'hémostase définitive assurée par la ligature de quelques petites artères sectionnées dans la coupe des tuniques rectales. Alors fermeture du péritoine par une ligne de points séro-séreux. Les autres tuniques étant repérées et maintenues par deux pinces hémostatiques, l'amputation est terminée par la section de la demi-circonférence postérieure. L'hémostase est beaucoup plus longue et difficile, car le mésorectum et ses vaisseaux sont dans cette partie de la tumeur. Lorsqu'elle est assurée, on procède à la suture des tuniques musculo-muqueuses de la demi-circonférence antérieure du bout supérieur à la partie correspondante du bout inférieur, très petit, adjacent à l'orifice anal, puis séro-séreuse et, enfin, musculo-muqueuse de la demi-circonférence postérieure du bout supérieur aux parties correspondantes du bout inférieur.

Le fragment du rectum ainsi enlevé mesure 10 cent.

Le malade est sorti le 21 mars 1896, guéri et satisfait de son état. Il est allé plusieurs fois à la selle sans que le prolapsus se soit reproduit.

Voici maintenant, également résumée, l'observation du second malade.

G..., Auguste, 54 ans, jardinier entre, le 25 janvier 1898. Il fut opéré autrefois par Letiévant pour un phlegmon de la fosse ischio-rectale. Ce phlegmon fut grave, car les cicatrices des incisions sont larges et multiples. Tout le tissu cellulaire de la région a dû disparaître et, sans doute, c'est à cette nouvelle condition anatomique qu'est due l'apparition du prolapsus.

L'anus est large, infundibuliforme, enfoncé entre les ischions, et par son orifice sort un énorme prolapsus du rectum mesurant 26 centimètres de hauteur. Hernie inguinale gauche.

Le 2 février, amputation de la partie prolapsée, 26 cent., suivant le procédé opératoire indiqué plus haut.

Pendant huit jours tout va bien, et on pouvait considérer le malade comme guéri, lorsque le 20 février, deux jours après une débacle diarrhéique accompagnée de coliques, le malade est pris de symptômes de péritonite aiguë. Malgré une laparatomie qui permet de constater la présence de pus dans le péritoine, le malade meurt le lendemain.

L'autopsie permit de trouver la cause de la péritonite. Deux ou trois points de suture séro-séreuse avaient lâché sur les côtés du rectum, très probablement au moment de la débacle diarrhéique sous l'influence des mouvements de l'intestin, et l'infection de la séreuse avait suivi cet accident.

Je ne veux pas discuter ici, Messieurs, les indications de l'amputation du rectum dans les cas de prolapsus.

J'ai eu recours à ce procédé dans le premier cas, parce que la seule autre méthode qu'on puisse lui opposer dans une forme aussi complète, la colopexie, avait échoué; et dans le second, parce que j'étais prévenu en sa faveur par mon premier succès opératoire.

Quant au procédé suivi, vous voyez que je me suis conformé à la pratique décrite par Mikulicz. J'avais à choisir entre ce procédé et celui qu'a décrit M. Segond pour les mêmes cas. Il diffère essentiellement du précédent en ce que l'hémostase, au lieu d'être faite au fur et à mesure des sections, est faite préalablement au moyen de grandes pinces, telles que celles de Terrillon pour l'hystérectomie. On ne coupe rien qu'entre deux pinces. Evidemment, on va plus vite, mais je lui reprocherai d'aller un peu trop à l'aveugle. La présence de l'intestin grêle dans le prolapsus doit, notamment, rendre très pru-

dent, et il faut craindre de saisir entre les mors des pinces non seulement les parois du rectum, mais aussi une anse grêle, ou même un pli de l'S iliaque et du colon descendant.

Cet accident aurait pu m'arriver dans la seconde observation que je rapporte. Le méso-rectum et le méso-colon étaient tellement distendus, allongés, que le gros intestin s'affaissait sur lui-même et que je l'ai trouvé dans le cul-de-sac péritonéal du prolapsus avec quelques anses de l'intestin grêle.

Enfin, j'appellerai encore votre attention sur l'issue malheureuse de ma seconde intervention. Cet exemple montre avec quel soin doivent être faites les sutures séro-séreuses, surtout aux deux extrémités du diamètre transverse qui sont des régions difficiles à bien affronter et combien il importe aussi d'immobiliser l'intestin le plus longtemps possible.

**M. Laroyenne** demande si M. Vallas n'a pas observé de rétrécissement ultérieur chez ses malades. Chez un de ses opérés, M. Laroyenne a observé une sensibilité particulière au niveau de la plaie, qui donnait au malade des envies incessantes d'aller à la selle.

**M. Ollier** déclare que l'ancienne chirurgie n'était pas impuissante dans les cas semblables à ceux que rapporte M. Vallas. Avec le canquoin, le fer rouge, il a obtenu d'excellents résultats; de véritables excisions étaient pratiquées avec les pâtes caustiques aidées ou non des ciseaux.

Les caustiques avaient l'avantage de scléroser les tissus et de rendre plus durables les résultats.

**M. Condamin** croit qu'il y aurait avantage à employer le plan incliné de Trendelenburg, quand on opère les prolapsus du rectum par la méthode de Segond. De cette façon, on éviterait la blessure possible d'une anse herniée dans le cul-de-sac péritonéal.

**M. Fochier**, dans un cas de polypes multiples du rectum ayant entraîné en dehors une bonne partie de celui-ci, en a fait l'excision sous un fil caustique, mais sans toucher au méso-rectum.

**M. Vallas** termine la discussion en disant qu'il croit les caustiques justifiés dans les glissements de la muqueuse rectale, mais croit cette méthode tout à fait insuffisante dans les prolapsus avec invagination de toutes les tuniques.

Il ne croit pas à la possibilité de rétrécissements ultérieurs en dehors des cas traités avec les caustiques.

Il croit, comme M. Condamin, que le lit de Trendelenburg mettrait, jusqu'à un certain point, à l'abri de la possibilité de saisir une héméroïde dans les mors de la pince. Mais, néanmoins, il préfère l'opération de Mikulicz, qui a encore sur celle de Segond l'avantage de ne pas contusionner entre les mors des pinces des tissus sur lesquels ultérieurement vont porter des sutures.

\*\*\*

### DÉCHIRURE TRAUMATIQUE DU DROIT EXTERNE DE L'ŒIL

**M. Gayet** présente un homme atteint de déchirure-traumatique du droit externe de l'œil produite par un mécanisme spécial.

Cet homme, qui est boursier dans une mine, voulant ramasser son pic tombé à terre se heurta l'œil contre une traverse cassée. Il éprouva immédiatement une vive douleur et s'aperçut que son œil était tout sanglant et sa paupière déchirée.

Au bout de vingt-quatre heures, on l'amena à l'Hôtel-Dieu où il fut vu tout d'abord par le chef de clinique, M. Jacquaut, qui constata la déchirure palpébrale, puis, remarquant du strabisme interne et une lésion traumatique au niveau du muscle droit externe, il diagnostiqua une rupture de ce dernier muscle. Il fit même une tentative de suture des bouts musculaires, tentative dont le résultat, du reste, lui paraissait fort problématique en raison de l'état de bouillie où se trouvaient les parties.

Peu à peu les choses se sont éclaircies et le mécanisme de la rupture est devenu évident; ce mécanisme s'est inscrit lui-même par un tatouage au charbon de toute la région de la conjonctive inférieure au droit externe. On a vu se dessiner une sorte de bourgeon pendant sur la face externe du globe. La partie en contact de la sclérotique est adhérente à celle-ci et striée par de fines lignes blanches ondulées qui sont, à n'en pas douter, des faisceaux tendineux tandis que la masse rouge dans laquelle ils plongent serait le corps musculaire lui-même. Tout d'abord, cette partie contractile avait bien 0<sup>m</sup>005, aujourd'hui elle s'est ratatinée sous la forme d'un petit moignon.

Le mécanisme de la rupture serait donc celui-ci :

L'extrémité d'une cassure de bois, souillée par le charbon, est venue en contact du globe au-dessous du droit externe, à environ 0 m. 005<sup>m</sup>/<sup>m</sup> en arrière de son insertion sclérale; elle a déchiré la muqueuse en s'essuyant sur elle, a saisi et soulevé le muscle qu'elle a coupé, puis elle a déchiré la paupière supérieure à travers la plaie de laquelle elle a fait son échappée. On devine la bouillie qui a dû se faire et comment le bout postérieur a dû se rétracter.

M. le professeur Gayet fait remarquer la rareté extrême des déchirures du droit externe par un mécanisme analogue; il n'en a guère retrouvé que deux ou trois observations et, pour son compte, il n'en avait jamais observé. Il faut, en effet, pour réaliser cette déchirure, des conditions tellement spéciales qu'elles ne doivent être remplies qu'exceptionnellement, surtout si l'on y ajoute l'intégrité absolue de la coque oculaire, ce qui est le cas ici. Celle-ci a été éraillée sans être lésée à proprement parler.

Du reste, la vue du malade n'a pas diminué; il y a bien un peu de parésie accommodative, mais ceci est accessoire et M. Gayet ne s'arrête pas à en discuter le mécanisme.

Le pronostic est bon pour ce qui est de la vue et de la guérison du traumatisme, mais est mauvais pour la statique oculaire. Si la diplopie doit disparaître, comme c'est la règle, le strabisme doit persister d'autant mieux que les sutures rationnellement tentées, mais pratiquées dans la bouillie musculaire, ne semblent pas avoir donné de résultat bien appréciable. M. Gayet, pourtant, n'abandonne pas l'idée d'être ultérieurement utile à son malade; il laissera la plaie se cicatriser, et tentera à nouveau une suture en traversant, si, faire se peut, des tissus plus solides.

---

*Séance du 17 mars 1898.*

Présidence de M. FOCHIER.

---

**M. Aubert** présente son rapport sur le mémoire précédemment lu par M. Martel, intitulé : Recherches bactériologiques sur quelques cas de rhumatisme blennorrhagique et considération sur le traitement non opératoire de cette affection et conclut à la publication du mémoire



**PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ABDOMEN PAR BALLE DE PISTOLET.  
LAPAROTOMIE AU BOUT DE 24 HEURES EN L'ABSENCE DE  
TOUT SIGNE DE PERFORATION. — SUTURE DE DEUX PLAIES  
DU COLON ASCENDANT. — GUÉRISON.**

**M. Nové-Josserand.** — Il s'agit d'un enfant de 11 ans qui, en jouant avec son frère, reçut dans le flanc droit une balle de pistolet. Aucun phénomène immédiat appréciable. Le malade, habitant les environs de Villefranche, fut transporté d'abord à l'hôpital de cette ville, puis à la Charité de Lyon où il arriva près de 24 heures après l'accident. Pendant toute cette journée de voyage, l'enfant n'avait pas vomi, avait émis des urines normales et n'avait eu aucune évacuation par le rectum.

Appelé immédiatement, je le trouvai dans l'état suivant :

Bon état général : les pommettes sont colorées et le faciès vultueux, mais tel est, paraît-il, l'état ordinaire du malade.

Pas de dyspnée. Pouls à 96. Température 38°2.

L'examen du ventre montre l'orifice d'entrée de la balle situé au-dessus de la crête iliaque du côté droit, sur le prolongement de la ligne axillaire postérieure ; on ne peut avoir de renseignements précis sur la direction suivant laquelle le projectile est entré.

L'abdomen est souple, sans trace de ballonnement : le diaphragme joue bien. La palpation ne réveille la douleur que dans le flanc droit. Il n'y a aucun signe d'épanchement dans les flancs. La matité péri-hépatique est entièrement conservée.

L'absence de réaction péritonéale, le défaut de renseignements sur la direction de la balle, et enfin le fait que le pistolet était une vieille arme en mauvais état et incapable, vraisemblablement, de donner une forte pénétration, on pouvait douter que la blessure fût pénétrante et peut-être beaucoup se fussent-ils abstenus.

Je crus cependant utile de voir les choses de plus près. Une incision exploratrice, faite au niveau de l'orifice d'entrée de la balle, fut prolongée jusqu'à ce qu'on acquit la certitude de la pénétration et, un peu de liquide sanieux s'étant écoulé par l'ouverture du péritoine, on fit aussitôt une laparotomie médiane.

L'incision du péritoine ne montra d'abord rien d'anormal ; aucun gaz, aucun liquide ne se présenta à l'ouverture. Mais l'épiploon ayant été relevé, on vit seulement

alors une certaine quantité de sang mélangé à des matières fécales diluées autour du colon ascendant et des anses grêles avoisinantes.

Après un nettoyage sommaire, pour rechercher les perforations, au lieu de faire l'éviscération totale, on saisit une anse d'intestin grêle, et on déroula cet intestin, d'abord en remontant jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal, puis en descendant vers l'angle iléo-cœcal, en ayant soin de réduire l'intestin à mesure. On ne trouva ainsi aucune lésion du grêle, mais dans les dernières anses de l'iléon, on vit par transparence dans l'intestin un contenu liquide brunâtre, constitué vraisemblablement par du sang, et montrant qu'on se rapprochait de la région lésée.

En effet, en examinant alors le colon ascendant, on trouva un orifice sur sa face interne vers sa partie moyenne, et on le sutura aussitôt.

En continuant à examiner cette portion du gros intestin, on découvrit une autre perforation située sur la face externe et qui fut de même obturée.

Nettoyage, pendant lequel on trouva la balle libre dans le péritoine ; suture et drainage, par l'orifice d'entrée de la balle.

Suites opératoires simples ; il y eut dans les premiers jours un peu de température, et le drainage donna lieu à un suintement assez abondant, mais le grand péritoine resta indemne et le malade guérit.

La guérison d'une lésion de ce genre par une laparotomie faite dans les vingt-quatre premières heures est un fait trop banal pour que j'y insiste ; je voudrais seulement mettre en relief les points suivants :

1° L'utilité de la laparotomie exploratrice, dans tous les cas de plaie pénétrante par balle. Ici, un non interventionniste eut trouvé réunies toutes les raisons de s'abstenir ; pénétration douteuse, absence complète de réaction péritonéale après vingt-quatre heures, persistance de la matité périhépatique, etc. Et, cependant, quelques heures plus tard, on aurait trouvé, sans aucun doute, une péritonite généralisée, très grave, sinon fatalement mortelle, puisque des matières étaient mélangées au sang qui souillait l'intestin grêle, et que le péritoine était déjà rouge dans toute la région du colon ascendant.

Voici donc un fait de plus pour montrer l'insuffisance de l'examen clinique, même le plus minutieux, pour établir des indications opératoires précises, et la nécessité d'intervenir toutes les fois qu'on n'est pas absolument certain que la lésion est superficielle, dût-on s'en

assurer par une incision exploratrice faite au point d'entrée de la balle,

2° Le ventre ouvert, faut-il se contenter de regarder à travers une boutonnière étroite, faut-il faire d'emblée une longue incision et éviscérer l'intestin pour le scruter en détail ? Le parti le plus sage est, je crois, entre ces deux extrêmes. Dans le cas que j'ai relaté, une simple boutonnière n'aurait montré ni sang ni gaz, on aurait refermé et le malade serait mort ; par contre, l'éviscération paraît bien grave en raison du shock énorme qu'elle détermine.

N'est-il pas préférable de faire une incision suffisante pour y voir, et permettre de trouver, même profondément, un épanchement limité, et de chercher les lésions intestinales en déroulant l'intestin entre les doigts pour amener successivement toutes ses parties au dehors, et les réintégrer aussitôt ? Cette manœuvre m'a paru donner toute sécurité dans la recherche et être infiniment moins grave qu'une éviscération, à la condition de nettoyer et de sécher préalablement, aussi bien que possible, la cavité péritonéale.

3° Enfin, dans cette recherche du siège des lésions, peut-être le signe que j'ai constaté, l'accumulation dans un intestin vide ailleurs, d'un liquide brunâtre ressemblant à du sang, peut-il rendre des services en montrant qu'on approche de la région malade, et qu'il faut, là, redoubler d'attention.

\*\*\*

### TÉTANOS CHIRURGICAL

**M. Gangolphe.** — Pendant le mois de janvier 1898 deux cas de tétanos ont été constatés dans mon service. L'un d'eux, présentant des symptômes très graves, s'est terminé néanmoins par la guérison.

Voici les deux observations :

#### OBSERVATION I

G... Jean, 34 ans, salle Sainte-Marthe, n° 29, entré le 31 décembre 1897.

Le 24 décembre dernier, le malade est tombé d'une voiture chargée de pierre et a été heurté violemment au niveau de la hanche droite par la roue de la voiture qui l'a rejeté sur le bord de la route.

Depuis cet accident, il a une impotence fonctionnelle complète du membre inférieur gauche.

A l'examen du malade, on ne constate aucune plaie des téguments ; au niveau de la hanche droite, les mouvements provoqués sont extrêmement douloureux.

La cuisse est légèrement fléchie ; il y a une adduction très prononcée. On note un raccourcissement de la jambe droite.

On sent la tête du fémur en arrière dans la fosse iliaque externe et on peut la sentir rouler dans sa nouvelle position en imprimant des mouvements lents à la cuisse.

4 janvier 1898. — Anesthésie, réduction de la luxation pour laquelle une extension assez forte est nécessaire.

10 janvier. — L'impotence du malade est toujours très marquée : il y a un peu d'atrophie des muscles de la cuisse.

13 janvier. — Le malade se plaint de contractures légères des masseters et de gêne thoracique.

15 janvier. — Le trismus augmente ; il y a de la dysphagie ; contractures thoraciques ; sueurs profuses ; pas de fièvre.

Une recherche minutieuse de la porte d'entrée du tétanos fait découvrir, au niveau d'un doigt, une légère écorchure cicatrisée qui au dire du malade, a été produite en même temps que sa luxation.

17 janvier. — La fièvre monte brusquement à 41 degrés. — Mort.

*Autopsie.* — On constate que la luxation avait été parfaitement réduite.

Le ligament était déchiré, il y avait quelques points ecchymotiques autour de l'articulation.

#### OBSERVATION II.

C..., Mathieu, 21 ans, salle Ste-Marthe, n° 32.

Entré le 3 janvier, 1898.

Ce malade a été victime d'un accident qui a eu lieu l'avant-veille de son entrée à l'Hôtel-Dieu.

En voulant nettoyer son fusil de chasse, qui était chargé, il a été blessé par cette arme qui lui éclata dans la main.

Avant de venir à l'hôpital, il a été pansé, mais sa plaie a été incomplètement désinfectée.

A l'examen du membre blessé, on constata au niveau du poignet, en avant, une plaie de 5 à 6 centimètres de longueur, anfractueuse, exhalant une odeur fétide et à travers laquelle font hernie des débris de tissus sphacelés.

Au niveau de l'avant-bras, il y a un gonflement énorme

au niveau duquel la pression révèle une douleur très vive. Toutefois, à ce niveau, il n'y a pas de rougeur des téguments.

Il existe une impotence très marquée du membre blessé.

La température du malade, à son entrée, est de 38° 6.

4 janvier. — La température est de 40°. En présence des signes locaux, douleur et gonflement, et de la fièvre, une *intervention immédiate* est décidée.

Après anesthésie, on fait deux larges incisions, une au niveau de la face interne du bras, l'autre au niveau du bord cubital de l'avant-bras.

Cette dernière incision allant profondément jusqu'au niveau de l'espace interosseux, permet de retirer un corps étranger, composé d'un morceau de fonte de 3 centimètres de longueur provenant du canon de fusil et qui était logé entre les deux couches musculaires superficielles et profondes de la face antérieure de l'avant-bras.

Dans le cours de l'intervention, le radius ayant été mis à nu, on remarque à sa surface un trait dirigé obliquement que l'on attribue à une éraflure superficielle produite par le canon du fusil.

Les tissus incisés ne laissent pas écouler de pus, mais présentent un aspect œdémateux très prononcé.

On désinfecte au sublimé. Des drains sont placés largement dans toutes les incisions et ont fait un pansement humide.

13 janvier. — Pendant quelques jours, la température s'est maintenue autour de 38° ; des pansements sont faits tous les deux jours.

Aujourd'hui, le malade se plaint de sensation de crampes survenant brusquement et périodiquement dans son membre blessé.

14 janvier. — En présence de ces symptômes et par suite de l'existence d'un autre cas de tétanos dans le service, on décide de faire des injections de sérum antitétanique.

Chaque jour, on injecte au malade une solution d'un tube de sérum antitétanique provenant du laboratoire de la Faculté de Médecine; chaque tube contient une dose quantitative variable de 12 à 15 cent. cubes de sérum, mais contenant chacun la même dose d'antitoxine.

En tout, cinq injections sont faites en cinq jours.

15 janvier. — *Première élévation de température.* — En deux jours la fièvre est montée à 40°.

Une *deuxième intervention* est décidée.

Sans anesthésie, la plaie est explorée au doigt et on constate, au niveau du radius de la crépitation; il y a une véritable fracture et non pas seulement une simple éraffure, comme on l'avait supposé antérieurement. On résèque au ciseau une portion du fragment inférieur et un drain passé entre les deux fragments est sorti par une contre-ouverture à la face postérieure de l'avant-bras.

15-18 janvier. — La température se maintient entre 39° et 40°.

Pendant cette période, les crampes douloureuses persistent dans le membre blessé, puis se généralisent. Il y a du trismus, de la raideur de la nuque.

Le malade, transporté dans la salle de pansement, est dans un état de rigidité musculaire complète avec redoublements convulsifs.

20 janvier. — La question de l'amputation du membre est discutée à cause des phénomènes de tétanos, mais on décide de temporiser; la lecture du tracé indique une tendance à la défervescence et je crois que l'amputation n'a guère donné de succès.

22 janvier. — La fièvre a un peu diminué, les contractures musculaires sont moins intenses.

28 janvier. — Il y a une amélioration progressive du côté de l'état général et de l'état local; la température est à 38°.

50 janvier. — *Deuxième élévation de température.* — En deux jours, réapparition des contractures douloureuses dans le membre blessé; la fièvre remonte à 40° et s'y maintient deux jours, sans qu'on puisse expliquer cette deuxième poussée.

3 février. — Il y a, à nouveau, une amélioration progressive des phénomènes tétaniques; les plaies sont en bonne voie de guérison et bourgeonnent.

La température est, de nouveau, tombée à 38°.

28 février. — La guérison est complète; les phénomènes tétaniques n'ont pas reparu. La plaie est à peu près cicatrisée. Au point de vue fonctionnel, les mouvements reviennent peu à peu dans le membre supérieur droit.

Au point de vue de la première observation, il est à noter que le tétanos ayant débuté après vingt jours d'incubation a évolué sans fièvre jusqu'à douze heures avant la mort. Ces deux caractères de l'affection ne sont donc pas toujours d'un pronostic bénin comme on l'admet généralement.

Au sujet de la deuxième observation de tétanos qui se termina par la guérison, la courbe de température s'éleva à plusieurs reprises à 40°. Les contractures musculaires furent assez longtemps localisées au membre blessé, puis se généralisèrent.

Il est intéressant de discuter quelle a pu être l'influence du sérum antitétanique et s'il est indiqué de l'employer lorsque des phénomènes tétaniques franchement déclarés sont encore localisés dans le membre blessé.

\*\*\*

**M. Vallas** rapporte 2 cas de tétanos. Le premier fut observé à la suite d'un accident de tramway. La voiture fit une large plaie de la cuisse sans intéresser l'os. Désinfection soignée. Plusieurs jours après, apparition de phénomènes tétaniques. Malgré des injections tardives de sérum anti-tétanique, mort, avec grande élévation de la température.

Le second se termina par la guérison et donna lieu à plusieurs erreurs de diagnostic. La plaie siégeait vers le lobule de l'oreille. Quand apparut un léger trismus, on crut à une lésion de l'articulation temporo-maxillaire. Un matin, on constate une contracture de la nuque et l'on crut à un torticolis. Enfin, en présence de l'élévation de la température et de manifestations, cependant localisées du tétanos, on fit le diagnostic exact et le traitement chloralé fut appliqué. Pas d'injection anti-tétanique. Guérison. Cependant, M. Vallas est partisan des injections préventives et les emploie chaque fois que l'indication s'en présente.

\*\*\*

**M. Guilloud** est, ainsi que M. Gangolphe, très partisan de ces injections employées d'une façon préventive.

\*\*\*

#### DE L'EXPLORATION DIGITALE DE L'ŒSOPHAGE DANS TOUTE SA LONGUEUR.

**M. Gangolphe** fait en son nom et au nom de M. Bert la communication suivante :

Des difficultés que présente l'extraction de certains corps étrangers enchâssés à la partie moyenne de l'œsophage, est née l'idée d'explorer cet organe et d'opérer à son intérieur à l'aide d'une œsophagotomie externe et d'une gastrotomie combinées. Cette idée appartient à

Richardson. D'après les expériences de ce dernier, l'œsophage est explorable dans toute sa longueur. Les deux doigts introduits l'un, par le cardia, l'autre, par la boutonnière cervicale, peuvent être amenés au contact ou même croisés légèrement. De leur côté MM. Quénu et Hartmann, dans leurs propres expériences, n'ont eu, en général, qu'un écart des plus minimes entre l'extrémité de leurs deux index. Nous avons récemment entrepris de nouvelles recherches sur ce sujet.

Nous avons opéré sur 22 cadavres (8 femmes et 14 hommes) de la façon suivante :

1<sup>o</sup> Large gastrotomie permettant l'introduction, dans l'estomac, de la main toute entière;

2<sup>o</sup> Œsophagotomie externe aussi basse que possible.

Les bords de la plaie gastrique, comme ceux de la plaie œsophagienne, sont saisis et attirés au dehors avec des pinces hémostatiques pour faciliter l'introduction des doigts, mais on cesse de tirer sur celle-ci au moment de la mensuration. Lorsque les doigts ne se touchent pas, l'espace inexplorable est calculé en introduisant par la plaie cervicale une tige de baleine que l'on pousse jusqu'à ce qu'elle rencontre le doigt gastrique; on marque alors de l'ongle le point exact correspondant à la partie inférieure de l'ouverture œsophagienne; on n'a plus ensuite qu'à en déduire la longueur de l'index prise au compas d'épaisseur. Les résultats que nous avons ainsi obtenus sont résumés dans le tableau suivant.

N <sup>os</sup>	TAILLE	ESPACE INEXPLORABLE	N <sup>os</sup>	TAILLE	ESPACE INEXPLORABLE
1	1 <sup>m</sup> 73	7 cent.	12	1 <sup>m</sup> 59	1,5 cent.
2	1 <sup>m</sup> 72	3 —	13	1 <sup>m</sup> 59	Les doigts se touchent.
3	1 <sup>m</sup> 72	7 —	14	1 <sup>m</sup> 57	— —
4	1 <sup>m</sup> 68	2,5 —	15	1 <sup>m</sup> 56	— —
5	1 <sup>m</sup> 66	6,5 —	16	1 <sup>m</sup> 55	2,5 cent.
6	1 <sup>m</sup> 66	5 —	17	1 <sup>m</sup> 55	Les doigts se touchent.
7	1 <sup>m</sup> 65	4 —	18	1 <sup>m</sup> 52	3 cent.
8	1 <sup>m</sup> 64	4,5 —	19	1 <sup>m</sup> 52	2,5 —
9	1 <sup>m</sup> 63	2,5 —	20	1 <sup>m</sup> 50	2 —
10	1 <sup>m</sup> 62	3,5 —	21	1 <sup>m</sup> 46	Les doigts se touchent.
11	1 <sup>m</sup> 62	7 —	22	1 <sup>m</sup> 35	— —



La longueur de l'œsophage étant proportionnelle à la longueur du corps, il n'y a rien d'étonnant à ce que ce soit chez des sujets de petite taille que les doigts se rencontrent le plus fréquemment ou que l'écart est le plus faible. Ceci est vrai d'une façon générale, mais l'examen de notre tableau montre également que l'espace œsophagien inexplorable peut varier du simple ou du double chez des individus de même taille. C'est ainsi que, chez deux sujets mesurant 1<sup>m</sup>72, nous avons trouvé un écart de 3 cent. chez l'un et de 7 cent. chez l'autre; de même chez deux autres sujets mesurant 1<sup>m</sup>55, nous avons pu, chez le premier, amener nos doigts au contact, tandis que chez le deuxième ils étaient séparés par 2 cent 1/2.

Nous croyons que ces résultats variables doivent être attribués soit à une voussure plus ou moins accentuée de la coupole diaphragmatique, soit surtout à *la laxité plus ou moins grande des moyens de fixité de l'œsophage* qui permettent à l'organe une mobilité relative. Nous en trouvons la preuve dans le fait que si à une première exploration on note un écart de deux ou trois ou même cinq centimètres, cet écart se réduit à zéro au bout de plusieurs explorations successives faites avec force et ayant provoqué la distension ou même la rupture des ligaments œsophagiens. Dans nos expériences nous n'avons noté que les résultats d'une première exploration faite avec prudence ayant tenu à opérer sur le cadavre comme il conviendrait, le cas échéant, d'opérer sur le vivant. En résumé, nous dirons :

1<sup>o</sup> L'espace œsophagien qui se soustrait à une exploration bidigitale prudente peut atteindre sept centimètres, mais peut être sensiblement réduit par des pressions successives ;

2<sup>o</sup> Lorsque l'on a affaire à un sujet de petite taille, les doigts se rencontrent, ou bien, l'écart est minime ;

3<sup>o</sup> On peut donc admettre que lorsqu'un corps étranger de quelque volume (dentier) est enclavé à la partie moyenne de l'œsophage, il y a de grandes chances pour qu'on puisse l'atteindre, soit par la boutonnière œsophagienne, soit par la boutonnière gastrique. Le doigt arrivé au contact du corps étranger aidera à la manœuvre d'une pince introduite par l'ouverture opposée.

\*\*\*

#### UN CAS DE NÉOPLASME OCULAIRE DIAGNOSTIQUÉ

**M. Gayet.** — Le malade que je présente à la Société de Chirurgie est porteur d'une de ces maladies dont le

diagnostic précis est toujours difficile et dont l'étude doit être minutieusement poursuivie jusqu'à ce que la lumière soit faite à leur sujet.

Voici son histoire :

Cultivateur, âgé de 23 ans, il avait jusqu'à il y a deux ans, joui de la meilleure santé. A cette époque, il fut pris brusquement d'accidents inflammatoires oculaires, caractérisés par une rougeur vive du globe, un gonflement conjonctival intense et des douleurs violentes péri-orbitaires. Pendant cette crise, qui dura environ quinze jours, exigea le séjour du patient à l'hôpital de Villefranche, la vision fut irrémédiablement perdue sans déformation de l'œil et sans perte de mouvement pour celui-ci. Après quoi, tout rentra dans l'ordre.

Au bout de deux ans, c'est-à-dire il y a quinze jours, nouvelle et plus violente crise. Cette fois, l'œil sera déplacé dans l'orbite du côté externe, sans protrusion du globe. La conjonctive est rouge et boursoufflée de façon à former un chemosis qui sort entre les deux paupières vers l'angle interne; les mouvements du globe, sans être abolis sont tous restreints, surtout la convergence.

Les douleurs, très vives au début de cette crise, sont devenues insupportables depuis.

En ce qui concerne l'organe visuel lui-même, il est peut-être un peu déformé par une saillie interne. La cornée est transparente, l'iris dissimulé par une énorme dilatation pupillaire, et les milieux offrent la teinte jaune trouble qui caractérise l'œil de chat.

Le phénomène qui attire le premier l'attention, c'est le déplacement oculaire. Provient-il de la présence d'une tumeur de la paroi interne de l'orbite? Autrefois, je l'aurais pensé, aujourd'hui les faits que j'ai observés sont assez nombreux pour m'avoir appris que d'autres causes peuvent refouler le globe en dehors, entre autres l'existence de tumeurs venues de l'œil lui-même et sorties par son côté interne.

La marche du mal en deux périodes séparées par un long intervalle et surtout le chemosis conjonctival étaient en faveur de cette idée.

La perte des mouvements oculaires, ou plutôt la diminution de ces mouvements ne s'expliquait pas par la présence d'un néoplasme encore enfoui dans le globe et seulement prêt à en sortir, et on dut penser à une autre cause: à l'envahissement du nerf optique.

Il faut, en effet, savoir que les tumeurs de la tige ner-

veuse, quand elles s'avancent vers le globe, peuvent gêner les mouvements de celui-ci sur celle-là et engendrer les mobilités restreintes tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, au hasard des caprices du développement.

Le diagnostic d'envahissement du nerf optique par un néoplasme en train de se développer dans l'os choroïde au point correspondant à l'insertion du droit externe, fut donc porté, et l'opération en a démontré l'exactitude. Elle a même mis en évidence une particularité inattendue, c'est que le néoplasme a amené l'inclinaison du globe sur le côté externe du nerf optique et, partant, un déplacement externe de la cornée.

En résumé, les enseignements qui résultent de ce fait sont les suivants :

1° Un œil peut être refoulé en dehors par autre chose qu'une tumeur venue de la paroi orbitaire interne.

2° Un néoplasme d'origine intra-oculaire peut, sans notable développement interne, s'accompagner de déplacement externe.

3° Si le nerf optique est envahi par le mal, et si cet envahissement lui crée des rapports nouveaux avec le globe.

4° Enfin le cancer mélanique de l'œil peut atteindre un jeune homme de 21 ans, alors qu'il ne se montre le plus ordinairement qu'à un âge plus avancé, 45 et 60 ans.

**M. Vallas** demande quel est le pronostic des tumeurs mélaniques opérées quand la tumeur est encore incluse dans l'œil.

**M. Gayet** croit à des survies très prolongées. Il a enlevé une tumeur de l'orbite opérée 14 ans auparavant par M. Laroyenne.

**M. Ollier** n'a vu que de mauvais résultats lorsque le nerf optique était envahi.

\*\*\*

#### TUMEUR OSTÉO-CARTILAGINEUSE DES PARTIES MOLLES DE LA JAMBE.

**M. Piéry**, interne des hôpitaux. — J'ai l'honneur de vous présenter une tumeur développée au-dessous des muscles de la région antérieure de la jambe, enlevée, le 10 janvier, par M. Gangolphe.

Il s'agit d'une femme de 47 ans, entrée au n° 6 de la salle St-Martin. Elle ne présente rien de spécial à signaler dans ses antécédents. Elle s'est aperçue du début de

son affection, il y a quatre ans, en constatant la présence d'une tumeur du volume d'une noisette au niveau de la face antéro-interne de la jambe gauche, à trois travers de doigt environ au-dessus de la malléole interne. Etat stationnaire pendant deux ans. A cette époque, la malade reçut un traumatisme au niveau de sa tumeur qui, dès ce moment, subit un accroissement assez rapide et devient douloureuse. La malade fut soumise, sans succès, pendant trois mois, à un traitement ioduré. Enfin dix jours avant son entrée apparurent sur la peau, au niveau de la tumeur, deux petites excoriations d'allure inflammatoire.

A son entrée à l'hôpital on constate, au niveau de la région antéro-externe de la jambe gauche, au voisinage de sa portion moyenne, une tumeur arrondie, fusiforme, développée sur une hauteur de 15 centimètres environ. La tumeur est très dure, non fluctuante. Le tibia non douloureux, lisse, paraît absolument intact. Au niveau de la tumeur, la peau présente deux petits points encornés et enflammés. Pas de ganglion engorgé au niveau du pli de l'aîne. La malade éprouve des élancements douloureux dans la jambe, surtout la nuit; la marche s'effectue bien. Pas d'amaigrissement ni de phénomènes généraux.

Le 10 janvier, M. Gangolphe pratique l'ablation de la tumeur. Incision de la peau dans l'épaisseur de laquelle on constate le développement de deux petits nodules d'allure inflammatoire, correspondant aux points excoriés; développés tout entiers dans le derme, ils ne dépassent pas le tissu cellulo-graisseux sous-cutané et ne présentent aucune connexion avec la tumeur. Ils en sont, d'ailleurs, séparés par l'aponévrose et la couche des muscles de la région antérieure de la jambe.

Elle est accolée au tibia sur lequel elle se moule et à la cloison membraneuse qui unit cet os au péroné.

La décortication en est facile, car elle est faiblement adhérente par quelques tractus fibreux au tibia et à la membrane inter-osseuse. Suture. Drainage.

La malade a quitté le service le 3 avril, complètement guérie.

*Macroscopiquement* la tumeur, qui pèse 200 grammes, est fusiforme, de contours nets, bien limitée par une capsule fibreuse. Au niveau de sa partie qui était en contact avec le tibia, elle présente une gouttière au moyen de laquelle elle se moulait sur ce dernier os. A la coupe on constate un tissu rosé présentant par place des flots gris transparents.

La section de certains points, surtout au centre, est presque impossible au couteau ; ces points ont une consistance osseuse.

*Examen microscopique.* — On prélève des fragments à la portion périphérique et au centre de la tumeur ; on prépare également un fragment de peau au niveau d'un des nodules d'aspect inflammatoire et voici ce que l'on constate après durcissement à la paraffine et coloration au picro-carmin.

a) *Portion périphérique.* — La plus grande partie de la surface des coupes est constituée par une nappe de petites cellules rondes ou ovales presque réduites à leur noyau. De distance en distance cette nappe est interrompue par l'apparition d'une substance hyaline très transparente qui se présente sous forme de traînée irrégulières. A la périphérie de ces traînées les petites cellules deviennent rares et prennent une forme allongée ; elles sont comme coulées dans la substance hyaline, mais n'en prennent pas davantage une atmosphère protoplasmique. De la périphérie vers le centre de ces dernières, ces cellules deviennent de plus en plus rares et, parfois, au centre même de la traînée, on voit les noyaux des cellules s'entourer d'une capsule claire et l'aspect de cartilage ou de fibro-cartilage est ainsi réalisé par le centre de ces traînées de substance hyaline.

b) *Portion centrale.* — Cette portion est macroscopiquement ossifiée par places. Après décalcification on retrouve les mêmes petites cellules rondes ou ovales, mais, là, ne constituent plus des nappes prédominantes comme surface, mais, au contraire, des traînées de surface inférieure par rapport à la surface occupée par un autre tissu que nous allons décrire.

En effet, une grande partie des coupes offre des nappes d'une substance hyaline relativement pauvre en cellules ; souvent ces nappes hyalines offrent la constitution nette du cartilage avec vésicules cartilagineuses indéniables se touchant presque toutes.

D'autres fois la substance fondamentale hyaline, plus abondante, maintient les vésicules cartilagineuses à une grande distance les unes des autres. Dans un certain nombre de points il est possible de rencontrer, à la périphérie de ces îlots cartilagineux, un feston d'une substance plus rouge par le carmin, mais transparente, à éclat plus gras et qui paraît être de l'osséine, car on peut voir parfois, semés dans cette substance, des corpuscules sombres, à prolongements multiples et déliés qui rap-

pellent l'aspect en araignée des corpuscules osseux. Nous avons pu, une fois, rencontrer un îlot cartilagineux indéniable autour duquel existait une collerette d'osséine avec corpuscules osseux aussi nets. Enfin, suivant les coupes de cette portion centrale, on peut trouver deux ou trois *travées osseuse* qui ne laissent aucun doute sur leur nature histologique.

Pour les *coupes de la peau*, certaines ont présenté, au milieu des petites cellules décrites ci-dessus, des îlots probablement cartilagineux. D'une façon générale les petites cellules ne dépassent pas la couche superficielle du derme; elles se sont développées avec une exubérance particulière dans les loges des glomérules sudoripares. Les couches superficielles de l'épiderme sont très altérées, la couche cornée irrégulière, mais nulle part le corps variqueux de Malpighi n'a été même entamé par la tumeur.

Pour résumer l'examen histologique, sans aborder en rien la question doctrinale, de la *nature* d'une pareille tumeur, nous dirons : *tumeur ostéo-cartilagineuse de malignité locale*.

Ces examens histologiques ont été faits sous la conduite de M. le professeur agrégé Paviot, et vérifiés par M. le professeur Tripier.

La littérature médicale est pauvre en cas pouvant être rapprochés de celui que nous venons de rapporter. Les cas de *chondromes ostéoïdes* rapportés par Virchow étudiés à nouveau par Walodorff (Thèse de Paris, 1878) et de Eter (Thèse de Montpellier, 1884), se rapprochent d'assez près de notre cas. Mais Virchow ne rapporte que deux observations de chondrome ostéoïde développé aux dépens des parties molles; dans un premier cas il s'agissait d'une tumeur extirpée au dos d'un adulte et qui, après une récurrence, ne reparut plus; dans le second d'une tumeur de la paroi thoracique avec généralisation à la plèvre et aux poumons et entraîna la mort. Virchow insiste beaucoup sur la généralisation de ces tumeurs et sur leur gravité. La généralisation aux téguments de notre tumeur, de même que l'étude histologique plaident en faveur de cette opinion. Il en résulte immédiatement, comme conclusion pratique, et la nécessité du pronostic et la nécessité d'une ablation hâtive en présence d'une semblable tumeur.

## DE LA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE DE LA GANGRÈNE HERNIAIRE.

**M. Albertin.** — J'ai publié, dans le numéro de la *Province Médicale* du 29 avril 1895, un mémoire intitulé : « Contribution à l'étude de la hernie étranglée », dans lequel je passais en revue 29 observations personnelles d'opérations de kélotomie. Sur ces 29 cas, j'avais observé quatre fois de la gangrène de l'intestin hernié. Depuis cette époque, j'ai opéré 34 malades atteints de hernie étranglée, dont 12 présentaient du sphacèle plus ou moins étendu de l'intestin.

C'est comme chirurgien de garde que j'ai été appelé à intervenir si souvent à propos d'étranglement herniaire et j'ai eu à opérer, soit à l'Hôtel-Dieu, soit à la Charité, soit à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Je puis donc résumer ma statistique personnelle : 63 cas d'étranglement herniaire parmi lesquels 16 fois j'ai observé de la gangrène intestinale.

Dans ces derniers cas, les lésions étaient variables comme étendue, comme profondeur, comme gravité. Dans deux cas, il existait une plaque douteuse de la paroi où la gangrène, au début, était plus menaçante que manifeste. Dans les 14 autres cas, la lésion gangréneuse était suffisamment caractérisée pour équivaloir à la suppression d'une notable portion de la paroi intestinale.

Dans la première catégorie de faits relativement bénins, j'ai adopté une conduite que j'ai vu souvent employer par Daniel Mollière : la fixation de la portion douteuse de l'intestin au voisinage de l'orifice naturel, qui a donné passage à la hernie. D. Mollière passait soit un fil de soie, soit un fil métallique dans le mésentère du voisinage, ou même à travers la plaque douteuse à mettre en observation.

Au lieu d'agir de cette façon, j'ai cru devoir fixer l'anse intestinale par deux fils de catgut passés en tissu sain, au voisinage de la plaque douteuse mise alors en rapport avec l'orifice inguinal ou crural. Dans les deux cas, j'ai obtenu une guérison sans incident.

Mais, pour avoir le droit d'employer ce traitement, il faut que la plaque incriminée soit peu étendue, et présente un aspect particulier qui vous permette d'espérer la restitution *ad integrum*. Souvent, en effet, lorsqu'on a libéré l'étranglement, la paroi intestinale présente une

coloration violacée, noirâtre qui ne laisse pas que d'être inquiétante.

Mais lorsqu'on soumet cet intestin à une irrigation chaude et à l'exposition à l'air, on voit bientôt se dessiner, sur le fond noir ou violet dont la coloration s'atténue, des arborisations vasculaires d'un rouge vif. Si ces lots, ces zones d'irrigation sanguine se montrent au centre de la plaque, si elles ont de la tendance à se rapprocher les unes des autres, à se pénétrer, il y a des chances sérieuses que le rétablissement de la circulation se fasse, et que la menace de sphacèle soit écartée.

C'est dans ce cas que l'on peut, pour plus de sécurité, fixer l'anse douteuse, la mettre, pour ainsi dire, en observation. Si tout rentre dans l'ordre, les quelques adhérences qui peuvent survenir à la suite de la fixation temporaire par le catgut, se mobiliseront progressivement et l'intestin redeviendra normal et dans sa structure et dans sa mobilité. Si, au contraire, la plaque intestinale menacée se gangrène, on assistera à l'établissement d'un anus contre nature spontané ; c'est ce qui a été observé quelquefois par Daniel Mollière.

En présence de cet état douteux d'une plaque intestinale, on peut adopter la méthode de l'invagination de la plaque ; mais, pour être autorisé à le faire, il faut que l'étendue de cette plaque ne dépasse pas en largeur le tiers de la circonférence de l'intestin. Chez mes malades ces plaques étaient trop étendues pour qu'on pût songer à les invaginer. Il fallait choisir entre la résection intestinale ou l'expectation. Cette dernière méthode avec réduction sous conditions, en quelque sorte, par fixation de l'anse mise en observation, m'a donné deux bons résultats, mais je suis d'avis, étant donné la bénignité relative de l'entérectomie, de restreindre le plus possible les indications de la réduction, même avec fixation d'une anse douteuse.

Dans les quatorze autres cas de gangrène herniaire, il s'agissait de lésions étendues. Dans un premier cas (Obs. III), je n'ai pas eu le temps d'intervenir sur l'intestin ; le malade, atteint de phlegmon stercoral, succomba pendant l'anesthésie ; il était au dixième jour de son étranglement.

Dans un autre cas, je fis l'anus contre nature. A cette époque (1893), peu familiarisé avec les interventions curatives actuelles et préoccupé de l'état précaire du malade, je choisis cette intervention palliative.

Actuellement, on tend de plus en plus à abandonner



l'établissement d'un anus contre nature comme traitement de la gangrène herniaire. Le choix de cette intervention ne peut être déterminé, comme pis-aller, que par l'état extrêmement grave du malade ou le défaut d'outillage nécessaire pour faire l'entérorraphie ou l'anastomose. On doit préférer à cette mesure temporatrice la cure d'emblée de la gangrène intestinale par entérectomie et abouchement des extrémités de l'intestin.

Chez notre malade, la création de l'anus contre nature fit disparaître les accidents d'étranglement et, quelques mois après, nous lui fîmes, M. Maurice Pollosson et moi, la cure radicale de l'anus artificiel par l'excision et la suture intestinale avec un succès complet.

Actuellement, en présence de la gangrène herniaire, on tend à réséquer d'emblée cette portion gangrenée pour aboucher ensuite l'intestin et rétablir sa continuité. Cet abouchement peut se faire par deux procédés : 1<sup>o</sup> l'entérorraphie circulaire ; 2<sup>o</sup> le bouton de Murphy.

Chez deux malades (Obs. V et VI), j'employai la suture intestinale. Le premier malade mourut quelques heures après, sans être sorti de son collapsus ; je l'avais opéré au neuvième jour de son étranglement et il était en pleine intoxication. La seconde observation (Obs. VI) d'entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire, a trait à une femme âgée atteinte de hernie crurale. La guérison fut rapide et se fit sans incidents. Je fis la suture au catgut fin et suivant la méthode classique de Lembert.

J'arrive maintenant à ma dernière série de dix observations de gangrène herniaire traitée par l'entérectomie et l'entéro-anastomose à l'aide du bouton de Murphy.

Je dois dire, tout d'abord, que je donne la préférence au bouton de Murphy, modifié par Villard. La modification apportée par ce dernier en simplifie la mise en place et en assure la striction et la solidité. Je ne ferai que vous rappeler que le bouton de Murphy est maintenu serré par l'engrènement de trois petits taquets à ressort qui rentrent dans des cavités correspondantes et y restent fixes. La modification apportée par Villard fait que le maintien en place et la striction sont assurés par l'engrènement des taquets de 8 à 10 lames de la portion mâle de l'appareil venant se placer dans les rainures correspondantes de la portion femelle de l'instrument.

En outre, la suppression de la virole mobile, qui existe dans le bouton de Murphy, est un progrès, car la présence de cette pièce accessoire en compliquait l'application. Le bouton de Murphy, modifié par Villard, me

paraît être actuellement l'instrument de choix comme bouton anastomotique. Pour en faire l'application j'ai réduit le manuel opératoire au minimum. La résection intestinale étant faite, on attire les extrémités sectionnées au dehors, de façon à vider l'anse intestinale.

Je crois que cette manœuvre préliminaire de laisser l'intestin se vider autant que possible à une grande utilité. On peut ensuite opérer sur un intestin vide, et cet état de vacuité facilite les manœuvres d'anastomose et de réduction.

L'intestin vidé et détergé, j'introduis l'index gauche dans la lumière de l'intestin sectionné, et je passe rapidement un fil circulaire cheminant à un centimètre du bord libre, tantôt à jour, tantôt sous la séreuse ; je fais la même manœuvre après avoir introduit l'index gauche dans la lumière de l'autre bout de l'intestin. On procède ensuite à la désinfection de l'index qui a été contaminé par la muqueuse intestinale.

La pose préalable de ces fils circulaires est facile ainsi pratiquée sur l'index, avant la mise en place du bouton. Elle permet ensuite de serrer immédiatement le fil circulaire dès que le bouton est placé. On double l'application du fil circulaire pour bien fixer l'intestin sur les tiges centrales du bouton. On ébarde, si besoin est, un peu de la portion libre de l'intestin qui peut déborder, être exubérante. Il ne reste plus qu'à affronter les deux portions mâle et femelle du bouton et faire pénétrer la seconde dans la première. Pour ce faire, il faut avoir soin de coiffer la portion du bouton recouverte d'intestin et sur laquelle on va presser, avec un tampon de gaze assez volumineux pour éviter la contusion de l'intestin ; on pratique une striction aussi complète que possible par le rapprochement au maximum des deux portions du bouton.

On vérifie la ligne de contact et d'adossement des deux séreuses et on peut, à la rigueur, faire deux ou trois points à la Lembert, pour plus de sûreté, au-dessus de cette ligne.

On pratique ensuite la suture du mésentère : cette opération doit être faite avec le plus grand soin par des points serrés et rapprochés pour éviter l'hémorragie.

Enfin, pour réduire l'anse anastomosée, il ne faut pas craindre de débrider au niveau de l'orifice inguinal ou crural. Il est préférable d'agir de la sorte, quitte à suturer ensuite, plutôt que de s'exposer à tirailler, à contusionner la partie anastomosée. Je crois qu'il est prudent

de ne pas suturer complètement les plaies profondes, de façon à se réserver la possibilité du contrôle de ce qui se passe du côté de l'abdomen et la facilité d'un examen direct et même d'une réintervention, si besoin est. Les suites sont un peu plus longues, mais la sécurité est augmentée.

Les suites opératoires, lorsque tout se passe bien, sont simples. Tout au plus se produit-il quelques ascensions de température, vestiges de l'intoxication antérieure.

Les malades seront soumis à un régime sévère. Il faut, en effet, restreindre l'alimentation au minimum et l'administrer sous forme de liquides facilement digestibles, lait, bouillon dégraissé, champagne dilué, etc.

Ce régime sera maintenu sévèrement pendant les premiers jours, puis, vers le huitième ou dixième jour, on pourra permettre les potages clairs. Il faut attendre l'expulsion du bouton qui se fait habituellement au onzième ou quinzième jour, pour permettre une alimentation plus substantielle, soupes, œufs, etc.

L'alimentation sera, dès lors, progressive, mixte, solide et liquide et, vers le vingtième jour, le malade pourra s'alimenter à sa guise.

Est-il possible de comparer ces deux procédés d'abouchement de l'intestin, l'entérorraphie circulaire et l'anastomose par le bouton de Murphy ?

Tout d'abord, au point de vue de la facilité d'exécution, de la longueur de l'opération, je crois que l'avantage est au bouton anastomotique, à la condition que le chirurgien soit familiarisé avec son emploi. C'est encore affaire de convenances personnelles et certains chirurgiens trouvent que, dans les deux cas, la difficulté de l'opération et sa longueur sont sensiblement les mêmes. Nous sommes convaincu que l'opérateur familiarisé avec l'application du bouton anastomotique peut opérer en moitié moins de temps qu'il n'en faut pour faire une suture circulaire de l'intestin.

Cette opération, menée rapidement, exige toujours 30 à 40 minutes, tandis que l'anastomose peut se faire en 10 à 15 minutes. Ainsi, facilité d'exécution, économie de temps et, par cela, diminution du shock opératoire, sont les avantages incontestables du bouton anastomotique.

On a reproché à la manœuvre qui doit rapprocher les deux moitiés de l'instrument de contusionner l'intestin, de le traumatiser et, par ce fait, l'exposer à des perforations secondaires. On peut et on doit éviter cet accident en prenant la précaution de bien protéger l'intestin par

un tampon élastique de gaze ou de coton avant d'exercer sur les moitiés du bouton la compression nécessaire pour les engrener et les affronter.

La comparaison, faite au point de vue des résultats, peut encore faire pencher la balance en faveur de l'un ou l'autre des procédés ; nous n'avons pas fait de statistique et ne pouvons conclure par des chiffres.

Nous nous bornerons à formuler notre opinion personnelle en nous reportant à nos observations. L'application du bouton de Murphy, modifié par Villard, nous a paru d'une exécution facile et rapide (10 minutes environ). Voilà pour le premier point.

Quant aux résultats, le dépouillement de nos observations nous montre que, sur 10 cas, nous avons eu 6 guérisons et 4 morts.

Dans les quatre cas qui se sont terminés par décès, l'autopsie nous a permis de déterminer la cause de la mort : un cas d'hémorragie mésentérique, un cas d'occlusion par coudure d'une anse voisine qui avait contracté des adhérences avec un point de suture infecté du mésentère, deux où il n'y avait que la cachexie pour expliquer le décès.

Dans aucun de ces cas, on ne pouvait incriminer le bouton anastomotique, sa présence n'avait déterminé aucun accident à lui imputable.

En présence de ces résultats nous pouvons donc conclure :

1<sup>o</sup> Que, à moins d'indication toute spéciale, les chirurgiens doivent renoncer à l'établissement de l'anse contre nature comme moyen de traitement de la gangrène herniaire.

2<sup>o</sup> Qu'il y a lieu de pratiquer la résection de la portion gangrénée suivie d'abouchement, c'est-à-dire du rétablissement de la continuité du tube intestinal.

3<sup>o</sup> Pour ce faire on aura à choisir entre l'entérorraphie circulaire et l'emploi du bouton anastomotique.

4<sup>o</sup> La pratique de l'entéro-anastomose à l'aide du bouton de Murphy, modifié par Villard, nous paraît supérieure à l'entérorraphie, par sa facilité, sa rapidité d'exécution et la diminution du shock opératoire.

---

OBSERVATION I (Albertin).

*Hernie crurale étranglée. — Pincement latéral. — Plaque douteuse de gangrène intestinale. — Fixation de l'anse réduite au voisinage du collet du sac débridé. Guérison.*

P..., Marie, 69 ans, tisseuse, à Pontcharra, a, depuis longtemps, une hernie crurale gauche peu volumineuse, se réduisant assez facilement au lit. Elle n'a jamais porté de bandage. Depuis quelques jours elle toussait beaucoup : hier matin elle a senti une douleur vive au niveau de sa hernie qui est restée un peu volumineuse et douloureuse. Ce matin, 25 octobre 1896, elle fait appeler son médecin, le Dr Manificat, qui, constatant que la malade a des vomissements et que la tumeur herniaire est dure et douloureuse, conclut à un étranglement herniaire et, sans faire le taxis me fait appeler. J'examine la malade, et intervins, quarante-huit heures après le début des accidents. Je trouve un sac du volume d'une grosse figue, plein de liquide séro-sanguinolent et, au niveau du pédicule du sac, une tumeur ressemblant à une cerise noire. Je débride le collet du sac et constate l'existence d'un pincement latéral d'une anse grêle. Cette plaque noirâtre, boursoufflée, a le volume d'une pièce de un franc ; j'attire l'anse au dehors pour l'examiner et la soumettre à une irrigation chaude. La consistance est suffisante, mais la coloration reste douteuse.

Cependant l'apparition d'îlots rouge vif au centre de la plaque, l'atténuation de sa coloration noirâtre qui devient violacée, me font espérer le rétablissement de la circulation dans ces tissus modifiés par l'étranglement, et je décide, un peu à contre-cœur, il est vrai, de réduire.

La plaque me paraît trop large pour en faire l'invagination, elle occupe plus du tiers de la circonférence intestinale.

Me souvenant de la pratique de Daniel Mollière qui fixait le mésentère de l'anse à l'orifice herniaire, je décide de fixer l'anse au voisinage du collet débridé. Je passe un fil de catgut pris au travers de la séreuse intestinale au voisinage de l'insertion mésentérique, à un centimètre en dehors de la plaque suspecte et fixe ce fil au voisinage du collet débridé du sac herniaire réséqué.

Je fais la même manœuvre du côté opposé. L'anse est aussi fixée de la façon que la plaque intestinale douteuse reste en rapport avec l'orifice péritonéo-herniaire non

oblitéré. Je fais, par dessus, un pansement à plat compressif.

L'intervention a fait cesser tous les phénomènes d'étranglement et la guérison s'est faite par cicatrisation progressive de la plaie infundibuliforme qui résultait de l'intervention.

Il a fallu vingt-cinq à trente jours pour que la plaie soit complètement cicatrisée.

La malade s'est décidée à porter un bandage,

OBSERVATION II (Albertin).

*Hernie crurale étranglée. — Pincement latéral. — Plaque douteuse menacée de sphacèle. — Fixation de l'anse au collet du sac débridé. — Guérison.*

B. ., Sabatel, âgée de 65 ans, hospitalisée à la Charité, entre à l'infirmerie, pour une hernie étranglée, le 30 décembre 1896. Mon excellent collègue, le Dr Rabot, médecin des Hôpitaux, chargé du service médical, me fait appeler en présence de cette complication chirurgicale. Je constate un étranglement herniaire portant sur une hernie crurale gauche et je pratique la kélotomie. Je trouve un sac petit contenant une cuillerée à soupe de liquide hémattique et une petite tumeur du volume d'une cerise, absolument semblable à celle observée chez ma première malade. Cette observation est rigoureusement superposable à l'autre. Je tiens la même conduite ; après examen, lavage chaud de la plaque, la vascularisation progressive par flots me donne assez de confiance pour oser réduire, mais en fixant l'anse par deux points de catgut au collet débridé du sac.

L'intervention a levé l'étranglement en a fait disparaître les signes, et la cicatrisation de la plaie, pansée à plat a été extrêmement rapide, puisque, le 15 janvier, la malade pouvait se lever avec un bandage herniaire sur une plaie fistuleuse insignifiante protégée par un tampon de gaze aseptique. Apyrexie constante (Charité, Infirmerie des Vieillards).

OBSERVATION III (Albertin).

*Hernie inguinale étranglée depuis neuf jours. — Phlegmon stercoral. — Kélotomie. — Résection intestinale. — Mort pendant l'anesthésie.*

..., V, âgé de 40 ans, arrive à l'Hôtel-Dieu le 12 janvier 1894, porteur d'une hernie inguinale gauche gangrenée.

Le malade paraît encore assez résistant, mais est excité, délire. Anesthésie à l'éther. On ouvre le phlegmon stercoral et on tombe sur un sac herniaire suppuré, perforé en plusieurs points. L'ouverture du sac montre une anse intestinale de quinze centimètres de longueur présentant une double perforation distante de six centimètres environ. On pratique la résection intestinale. A ce moment, on remarque que le malade ne respire plus. On suspend l'opération et on pratique toutes les manœuvres usitées en pareil cas: tractions rythmées de la langue, respiration artificielle, flagellation, marteau de Major, compresses brûlantes sur la poitrine. On ne peut provoquer aucun mouvement respiratoire spontané, quoique ces manœuvres aient été continuées pendant trois quarts d'heure.

L'autopsie, faite 24 heures après la mort, nous a montré qu'il existait une péritonite circonscrite au voisinage du phlegmon stercoral.

Quant à la cause de la mort survenue pendant l'anesthésie, rien ne nous a permis de l'expliquer par les constatations nécropsiques. Il n'y avait pas eu issue de matières stomacales dans la trachée; il faut l'attribuer à un reflexe syncopal parti de la zone opératoire péritonéale.

OBSERVATION IV (Albertin. — M. Pollosson).

*Hernie inguinale droite étranglée. — Gangrène herniaire. — Perforation intestinale. — Traitement par établissement d'un anus contre nature. — Survie. — Résection intestinale et entérorraphie secondaire. — Guérison.*

Le sieur P. . . , âgé de 40 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 7, pour une hernie étranglée (juillet 1893). Il s'agit d'une hernie inguinale droite assez volumineuse, étranglée depuis 5 à 6 jours et présentant déjà des signes de phlegmon stercoral. M. Albertin pratique l'ouverture du sac où l'on trouve du pus et une anse intestinale de dix centimètres de longueur présentant une perforation sur un point de sa convexité. Après débridement du collet, on constate que l'intestin est déjà fixé, par des adhérences, au voisinage du sillon d'étranglement et on décide de pratiquer un anus contre nature. L'incision de l'intestin au niveau de la perforation permet de fixer les lèvres au niveau de la plaie cutanée inguinale. La cavité herniaire où se trouve l'anse est soigneusement désinfectée et drainée.

Les suites opératoires ont été simples. Le malade, qui était dans un état de collapsus alarmant, a bien supporté l'opération qui a, d'ailleurs, été faite presque sans anesthésie. Le faciès s'est peu à peu modifié, a perdu son caractère abdominal. Régime lacté et vin de Champagne pendant quelques jours. Les matières s'écoulent librement par l'anus contre nature.

En octobre 1893, c'est-à-dire trois mois et demi après l'établissement de l'anus contre nature, on constate l'état suivant : Etat général excellent, le malade a engraisé et présente toutes les apparences de la santé.

Comme état local, il faut noter l'évolution normale de la plaie inguinale. Progressivement, la cicatrisation des décollements profonds s'est opérée et, actuellement, il ne persiste qu'un orifice permettant l'introduction de l'extrémité du petit doigt dans la cavité intestinale. Sur le pourtour de l'anus contre nature, la peau est devenue un peu calleuse et présente un léger érythème.

Je montre le malade à mon maître, M. le professeur Maurice Pollosson, qui décide de pratiquer la cure radicale de l'anus contre nature par la résection intestinale et l'entérorraphie circulaire.

Je l'assiste pendant l'opération qui est menée de la façon suivante : 1<sup>o</sup> incision permettant d'arriver à l'intestin et libération de l'anse ; 2<sup>o</sup> résection de l'intestin ; 3<sup>o</sup> entérorraphie circulaire ; 4<sup>o</sup> réduction.

Ces divers temps furent exécutés sans incident fâcheux ; le trajet de l'anus contre nature était assez long, 4 à 5 centimètres. Les suites opératoires furent des plus simples et le malade guérit rapidement.

Au bout de trois semaines, on lui permit de s'alimenter à son gré ; la cicatrisation de la plaie inguinale était complète et le malade quitta l'hôpital, guéri.

#### OBSERVATION V (Albertin).

*Hernie inguinale gauche étranglée depuis huit jours. — Gangrène herniaire avec double perforation intestinale. — Résection de dix centimètres d'intestin. — Entérorraphie circulaire immédiate. — Mort dans le collapsus vingt heures après.*

B. . ., âgé de 55 ans, cultivateur à Chazay-d'Azergues, porteur d'une hernie inguinale gauche volumineuse et irréductible depuis plusieurs années, est atteint de phénomènes d'étranglement herniaire le 9 août 1893. Un méde-



cin, appelé, lente un taxis extrêmement prudent, sans succès d'ailleurs ; il conseille une intervention sanglante sans que le malade se décide à se laisser opérer. Pendant tout ce laps de temps il a vomé et n'a pu s'alimenter, ce qui l'a amené à un état de faiblesse extrême.

Les vomissements fécaloïdes durent depuis cinq jours et le malade refuse. Ce n'est que huit jours après ce refus que le malade est dans un état de prostration inquiétant. Avant de l'opérer nous croyons devoir faire toutes réserves sur les suites opératoires.

Kélotomie le 17 août 1893. On tombe sur une anse intestinale longue de 15 centimètres environ portant un double sillon très marqué à ses extrémités et offrant deux perforations sur la convexité de l'anse distantes de huit centimètres environ. Le malade n'ayant pas été soumis à l'anesthésie, nous crûmes pouvoir pratiquer la résection de dix centimètres d'intestin et l'entérorraphie circulaire.

L'opération fut rapidement menée, mais, à cause de l'insuffisance des aides, dura cependant de trois quarts d'heure à une heure.

Les suites immédiates de l'intervention parurent devoir être bonnes ; les vomissements cessèrent ainsi que les douleurs, mais bientôt le malade tomba dans le collapsus et mourut vingt heures après l'intervention.

#### OBSERVATION VI (Albertin).

*Hernie crurale droite étranglée depuis 24 heures, — Kélotomie. Plaque de gangrène sur l'anse intestinale. — Résection immédiate. — Entérorraphie circulaire. — Guérison.*

Cort., Jeanne 59 ans, ménagère, chemin de Combe-Blanche, à Lyon, portait une hernie crurale depuis 4 à 5 mois. La hernie était spontanément réductible, n'était pas maintenue par un bandage.

Le 26 avril 1894, sans raison apparente, la malade est prise de vomissements bilieux. Quelques heures plus tard, survinrent des douleurs violentes au niveau de la tumeur herniaire, cette fois irréductible. Ces douleurs s'irradiaient à l'abdomen sous forme de coliques violentes. Le lendemain, 27, la malade vient à l'Hôtel-Dieu. Je l'opère deux heures après son entrée. Kélotomie. L'anse intestinale, courte de 6 centimètres environ, examinée, présente une plaque de sphacèle de 2 centimètres

de diamètre. La perforation n'est pas complète, mais l'amincissement est considérable, la paroi intestinale paraît réduite à la séreuse seule qui, elle-même, a une teinte feuille-morte à ce niveau.

En présence du peu d'étendue de la lésion, qui est bien limitée, et de l'excellent état général de la malade, on décide la résection de la portion altérée de l'intestin. On résèque environ 4 centimètres d'anse intestinale, puis on pratique l'entérorraphie circulaire.

Un premier rang de suture affronte les  $\frac{2}{3}$  environ de la surface de section de la muqueuse, le nœud des fils étant libre du côté de la cavité intestinale, puis on fait une seconde rangée de points de suture de Lembert par-dessus les premiers. Nous constatons qu'il existe des vaisseaux mésentériques au voisinage du trait de section. Le mésentère est suturé et réuni au voisinage de l'intestin. On réduit ensuite l'anse suturée, on oblitère le sac par la ligature et on suture par dessous le ligament de Gimbernat et une portion de l'arcade crurale. Suites opératoires simples. Disparition des phénomènes d'étranglement. Pas de réaction locale. La malade sort guérie quinze jours après.

#### OBSERVATION VII (Albertin).

*Hernie inguinale gauche étranglée. — Gangrène intestinale. — Entérec'omie et entéro-anastomose, avec le bouton de Murphy. — Guérison avec fistulette de courte durée.*

M..., Antoine, cultivateur, âgé de 58 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, venant de Saint-Laurent (Rhône), avec une hernie étranglée, le 21 avril 1896. Il est reçu salle Sainte-Marthe, dans le service de mon ami Gangolphe, où je suis appelé à le voir comme chirurgien de garde. Je trouve un malade, en collapsus avec des vomissements fécaloïdes; le pouls petit, en somme, est en très mauvais état. Je reconnais une petite hernie inguinale gauche, douloureuse et tendue. Je fais la héliotomie sans anesthésie. Le sac contient une anse intestinale noirâtre, totalement adhérente à la paroi, à l'exception du point déclive de la cavité où se trouve un peu de liquide noirâtre et fétide.

L'intestin sphacelé, se déchire dès qu'on essaye de le décoller. Je fais une résection intestinale sur six centimètres de longueur et je fais l'anastomose avec le bouton de Murphy non modifié.

Désinfection, réduction et pansement à plat sans sutures.

Les suites ont été simples, les symptômes d'étranglement ont cessé, le malade s'est progressivement remonté.

Vers le septième jour, il s'est produit une fistule stercorale, laissant échapper un peu de liquide et des matières liquides.

Cette fistulette s'est fermée assez rapidement sous l'influence de lavements quotidiens destinés à assurer l'évacuation intestinale et des pansements modificateurs. Le malade est sorti, le 5 juin 1896, complètement guéri.

Le bouton a été expulsé le treizième jour après l'intervention.

OBSERVATION VIII (Albertin).

*Hernie inguinale droite étranglée. — Gangrène intestinale. — Résection de 12 centimètres d'intestin. — Entéro-anastomose par le bouton de Murphy-Villard. — Guérison.*

G... Emile, âgé de 58 ans, colporteur, né à Villeneuve-la-Salle (Hautes-Alpes) est apporté à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 29, le 19 novembre 1896 pour une hernie inguinale droite volumineuse depuis très longtemps. Elle était réductible et pouvait être maintenue par un bandage. L'avant-veille de son entrée à l'hôpital, le malade avait quitté son bandage en se couchant. Sous l'influence d'efforts de toux pendant la nuit, la hernie sortit et il ne put la réduire.

Au matin, des symptômes d'étranglement se manifestèrent. Un médecin fit du taxis sans anesthésie. Le lendemain, deux médecins firent du taxis sous anesthésie, sans plus de succès d'ailleurs. Le malade vomit continuellement, tomba dans le collapsus; on l'apporte à l'Hôtel-Dieu où je l'opère immédiatement. Je supprime l'anesthésie, étant donné l'état du malade, et je fais la kélotomie. A l'ouverture du sac herniaire, je trouve l'intestin grêle gangréné sur une étendue de 5 à 6 centimètres avec plaques ecchymotiques diffuses en dehors du tissu sphacélé. Je résèque environ 12 centimètres d'intestin pour trouver une portion intestinale saine et moins friable, j'anastomose les deux bouts avec le bouton de Murphy-Villard, je fais la réduction et applique un pansement à plat sans aucune suture. T. : 38°6 le soir de l'opération. Les vomissements ont diminué mais l'état de collapsus persiste. Alimentation avec vin de Champagne

et quelques cuillerées de bouillon américain. Le lendemain, T. 39°2 le matin, T. 39°3 le soir, journée assez bonne quoique le malade paraisse très faible. Les vomissements ont cessé, au troisième jour, la température descend à 38°5, puis le quatrième à 37°8 et elle oscille pendant cinq ou six jours entre ces deux chiffres, pour redevenir normale. L'état de faiblesse a persisté pendant cinq à six jours, puis le malade a progressivement récupéré ses forces, ressuscité comme il dit lui-même.

Les pansements à plat, faits tous les quatre à cinq jours, n'ont rien présenté de particulier. Pendant quinze jours le malade a été alimenté avec du vin de Champagne, du bouillon américain.

Il a expulsé le bouton le quatorzième jour.

A partir de ce moment la convalescence a été plus rapide et on a progressivement ajouté à l'alimentation du potage, des œufs, du blanc de poulet.

Le 15 décembre 1896, c'est-à-dire 27 jours après l'intervention, le malade sort guéri.

J'ai revu ce malade dix-huit mois après que je l'avais opéré il s'est toujours très bien porté, n'a présenté aucun phénomène intestinal.

#### OBSERVATION IX (Albertin).

*Hernie crurale gauche gangrénée. — Résection intestinale. — Entéro-anastomose par le bouton de Murphy-Villard. — Guérison.*

G., Marie, âgée de 50 ans, ménagère, entre, le 6 juillet 1897, à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, n° 7, pour une hernie crurale gauche étranglée. Les accidents datent de 48 heures et sont très caractérisés, l'état général est assez bon.

Je fais la kélotomie et trouve, dans un sac petit, une anse intestinale, portant sur la convexité, une plaque de sphacèle de la largeur d'une pièce de deux francs.

Je fais la résection de 4 cent. d'intestin, et applique un bouton de Murphy-Villard.

Je fais quatre points complémentaires séro-séreux par dessus la ligne de striction. Pansement à plat sans suture.

7 juillet. — La malade va très bien. Alimentation avec champagne et lait. T. 38°4 matin, 37°6 soir.

Les suites ont été des plus simples, la température n'a

monté que deux fois au-dessus de 38° le troisième et quatrième jours. On surveille l'alimentation réduite à du champagne, du bouillon et du lait.

On fait le pansement tous les quatre ou cinq jours ; il n'a rien à noter de particulier du côté de la plaie.

Le bouton est expulsé le onzième jour après l'opération.

On permet à la malade de manger un peu plus : œufs, blanc de poulet.

Elle sort, guérie, vingt jours après l'intervention.

OBSERVATION X (Albertin).

*Hernie crurale droite étranglée. — Gangrène intestinale. — Entérectomie et entéro-anastomose par le bouton de Murphy-Villard. — Guérison.*

V..., Annette, âgée de 59 ans, lingère ; entre à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, lit n° 9, le 1<sup>er</sup> août 1897, pour une hernie crurale droite étranglée. La malade dit avoir remarqué sa hernie, il y a trois mois, à la suite d'un effort ; elle n'a jamais porté de bandage et réduisait facilement la tumeur herniaire. Le 2 août 1897, elle sent une vive douleur au niveau de l'aîne du côté droit et vomit pendant la nuit du lundi au mardi, 1<sup>er</sup> août 1897. Symptômes d'étranglement herniaire : douleurs, vomissements, mais pas de collapsus ni d'hyperthermie. Constipation absolue.

Je vois la malade le mercredi, 4 août 1898, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, confirme le diagnostic d'étranglement herniaire et j'interviens immédiatement sans anesthésier la malade ; on lui permet quelques inhalations d'éther versé sur un tampon. J'ouvre un sac de volume moyen, d'aspect noirâtre et trouve un intestin présentant une plaque de gangrène presque totale d'une portion de l'anse herniée. Je fais la résection de 8 à 10 centimètres d'intestin et pratique l'entéro-anastomose avec le bouton de Murphy-Villard. Je suture le mésentère libéré par la résection intestinale et réduis l'intestin anastomosé par l'orifice crural débridé. Pansement à plat sans suture d'aucune sorte.

5 août 1897. — T. 38°5. R. 53. P. 80. Cessation des vomissements ; pas d'évacuation, mais contraction vermiculaire de l'intestin légèrement distendu, véritables coliques douloureuses.

6 août 1897. — Selles abondantes, atténuation des symptômes de contraction intestinale douloureuse.

8 août. — La malade va bien, malgré une légère suppuration de la portion superficielle de la plaie, qui se cicatrise bien.

13 août. — Bon état local, bon état général.

Diminution progressive de la plaie.

2 septembre. — La malade sort guérie sans que le personnel ait pu saisir au passage le bouton de Murphy qui, selon toutes probabilités, a été expulsé.

#### OBSERVATION XI.

*Hernie crurale gauche étranglée. — Gangrène herniaire. — Entérectomie et entéro-anastomose par le bouton de Murphy modifié par Villard. — Guérison.*

L... Rosalie, 68 ans, concierge route de Strasbourg, à Caluire, est amenée à l'Hôtel-Dieu le 27 octobre 1897, salle Gensoul, n° 10, pour une hernie étranglée. La malade avait depuis une dizaine d'années, une hernie du côté gauche et ne portait pas de bandage. Depuis cinq jours elle présente les signes du choléra herniaire. Je suis appelé d'urgence, comme chirurgien de garde, auprès de la malade et je l'opère vers onze heures du soir, le jour de son entrée.

Je trouve dans un sac peu volumineux une anse grêle, étranglée portant deux plaques de sphacèle, la première longue de trois centimètres sur deux de largeur, la seconde assez près de la première et un peu moins étendue. Le sphacèle est presque complet, l'intestin papyracé, la perforation est imminente.

Je résèque environ dix centimètres d'intestin et fais l'entéro-anastomose avec le bouton de Murphy-Villard.

Les vomissements ont persisté pendant 48 heures, mais l'état général de la malade était plutôt rassurant.

T. le 28, 37°8 m., 38°, 5 s.

Le 29, 38° m., 38°8 le soir.

Le 30, la température s'élève à 39°8. On enlève le pansement et on trouve un peu de suppuration de la plaie qui n'avait d'ailleurs pas été suturée; on désinfecte cette cavité et on fait un pansement antiseptique. Le lendemain la température tombe, tous phénomènes généraux disparaissent et la malade guérit rapidement.

Le 10 novembre, la malade n'a encore pas rendu le bouton de Murphy, ou du moins il n'a pas été trouvé dans les selles. Cela n'a, d'ailleurs, rien d'inquiétant, la malade allant très bien. Il ne faut, d'ailleurs, pas se fier aux dires

du personnel qui, modifié jour et nuit, ne peut surveiller l'expulsion du bouton de Murphy qui échappe bien souvent au contrôle de sortie.

OBSERVATION XII (Albertin).

*Hernie crurale droite gangrenée. — Résection intestinale et entéro-anastomose par le bouton de Marphy-Villard. — Guérison.*

B. . . , Marie, dévideuse à Saint-Chamond, âgé de 73 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 12 janvier 1898, salle Gensoul, 19, pour une hernie crurale droite étranglée. Cette malade portait depuis longtemps une hernie peu volumineuse, habituellement réductible. Depuis quarante-huit heures elle ne rentre plus et la malade présente les symptômes d'étranglement herniaire. Je l'opère dans la nuit, du 12 au 13 janvier 1898. L'intestin est sphacélé sur une longueur de deux centimètres et sur presque tout son pourtour. Je résèque environ cinq centimètres de l'anse grêle et je fais l'anastomose avec le bouton de Murphy modifié par Villard. Je place quatre points de sûreté complémentaires séro-séreux et je réduis après débridement de l'arcade, pour éviter la malaxation de la région de l'anastomose. Je ne fais aucune suture, ni profonde, ni superficielle, je me borne à placer un tampon dans le foed de la plaie.

Pendant huit jours la malade est alimentée avec du bouillon et du champagne.

Le 18 janvier, c'est-à-dire six jours après l'intervention, on fait le premier pansement; la plaie bourgeonne, ne suppure pas, a très bon aspect. La malade est apyrétique. Au huitième jour, potage et blanc de poulet.

Les pansements sont faits à plat tous les cinq ou six jours; la plaie diminue rapidement de profondeur.

Le 15 février 1898, la malade sort guérie sans qu'on ait constaté l'expulsion du bouton, qui a probablement passé inaperçu.

OBSERVATION XIII (Albertin).

*Hernie crurale étranglée. — Gangrène intestinale. — Entérectomie et entéro-anastomose par le bouton de Murphy-Villard. — Mort par cachexie, sans accidents du côté de l'anastomose.*

M. . . Marie, âgé de 74 ans, ménagère, est apportée à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, 5, le 22 novembre 1896, pour

une hernie crurale droite étranglée s'accompagnant de collapsus et de vomissements stercoraux. Je fais la kélotomie et trouve une petite portion d'anse grêle herniée et gangrenée; je fais la résection de 5 centimètres d'intestin et j'anastomose les deux bouts avec le bouton de Murphy-Villard.

Pansement à plat sans sutures.

La malade reste dans l'état de collapsus où elle se trouvait avant l'intervention, mais les vomissements ont cessé. Elle présente des symptômes de congestion pulmonaire et meurt le troisième jour après l'intervention sans avoir eu aucun phénomène abdominal inquiétant.

A l'autopsie, je trouve l'anse opérée bien anastomosée, sans réaction inflammatoire. Il existe déjà des adhérences lorsqu'on cherche à enlever le bouton.

L'examen des poumons nous montre que la malade a succombé à la cachexie compliquée de congestion pulmonaire intense. Le bouton de Murphy n'a joué aucun rôle dans la persistance du collapsus, cette malade eût certainement guéri de sa résection intestinale, s'il n'y avait pas eu d'autres causes de mort.

#### OBSERVATION XIV (Albertin).

*Hernie inguinale étranglée. — Gangrène intestinale. — Résection et bouton de Murphy. — Mort 4 heures après par continuation du choléra herniaire.*

E..., Justine, 71 ans, est apportée, le 31 janvier 1898, à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, n° 11, dans le coma. Elle présente les signes du choléra herniaire ayant pour cause une hernie inguinale gauche étranglée. Le pouls est petit, filiforme, l'hypothermie très marquée, J'opère la malade en rappelant cette phrase de Daniel Mollière: « La seule contre-indication à l'opération dans la hernie étranglée, c'est la mort ».

Pas d'anesthésie. A l'ouverture du sac, entéro-épiplo-cèle avec gangrène intestinale sur plusieurs points. Je résecte environ 8 centimètres d'intestin et place un bouton de Murphy. Réduction et pansement à plat. La malade succombe quatre heures après l'intervention. L'examen nécropsique de la pièce a montré qu'elle était dans l'état où elle se trouvait au moment de la réduction. Il n'y avait pas eu d'accident du côté de l'anastomose.

Pas d'hémorragie mésentérique et la mort paraît



devoir être attribuée aux accidents provoqués par les phénomènes d'étranglement avant l'intervention.

OBSERVATION XV (Albertin).

*Hernie crurale droite étranglée. — Sphacèle intestinal. — Résection et bouton de Murphy-Villard. — Persistance des phénomènes d'occlusion intestinale. — Mort trois jours après l'intervention.*

T. . . , Marie, 75 ans, tisseuse à Pontcharra-sur-Turdine, est amenée à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, lit n° 21, le 18 février 1898, pour une hernie crurale droite étranglée. Cette malade avait remarqué, depuis trois ans, une petite hernie dans le pli de l'aîne du côté droit. Elle ne portait pas de bandage. Il y a trois jours, cette hernie devint subitement dure, douloureuse, irréductible. En même temps, apparaissaient les symptômes généraux de l'étranglement herniaire : vomissements, ballonnement douloureux du ventre.

Je l'opère le 18 février 1898. A l'ouverture du sac, peu volumineux, je constate la présence d'une anse grêle, qui a des points de sphacèle. Je résèque environ quatre centimètres et place le bouton de Murphy-Villard, sans incident.

19 février. — La température qui, avant l'intervention, était de 30°, tomba le lendemain matin, à 38°4 et le soir, à 38°8.

Le 20 février. — Les douleurs abdominales sont plus vives et généralisées à tout l'abdomen. Pas de selles. T. 38°5 m., 38°8 s.

Le 21 février. — Les vomissements réapparaissent, la langue est saburrable. On fait le pansement, il n'y a pas trace de pus. T. 37°9.

La malade n'a pas eu d'évacuation, ni de gaz. Elle succombe à 2 h. de l'après-midi.

A l'autopsie, on constate une grande distension des anses intestinales par des gaz. Il y avait évidemment de l'occlusion. On en cherche la cause, et voici ce que je constate :

Au niveau de la plaie mésentérique, au voisinage de la région intestinale anastomosée, il s'est produit une adhérence avec une anse grêle voisine, qui est tordue sur elle-même, de façon à n'être plus perméable. Il y a donc eu occlusion par adhérence, et torsion d'une anse voisine de celle où siégeait la lésion herniaire.

Il existe un peu de péritonite très circonscrite, au point d'adhérence, mais rien de diffus dans le reste du péritoine.

L'intestin anastomosé, est en parfait état, les adhérences commençaient à se former. Il n'y a pas à incriminer le bouton de Murphy, mais seulement un point d'infection au niveau de la section mésentérique.

OBSERVATION XVI (Albertin).

*Hernie crurale droite étranglée, — Gangrène herniaire avec perforation. — Résection de 15 centimètres d'intestin. — Bouton de Murphy-Villard. — Mort par hémorrhagie mésentérique.*

F... Sophie, âgée de 70 ans, concierge, avenue de Saxe, entre, le 8 février 1898, à l'Hôtel Dieu pour une hernie crurale droite étranglée, datant de trente-six heures. La malade dit n'avoir jamais remarqué qu'elle fût atteinte de hernie; ce n'est qu'hier qu'elle a, en faisant un effort senti une douleur brusque dans le pli de l'aîne du côté droit et senti une grosseur. Les vomissements sont très abondants; la tumeur herniaire est dure, douloureuse; l'état général n'est pas très bon. Je fais la kélotomie à six heures du soir. J'ouvre le sac qui est petit, très distendu; il s'en échappe un liquide noirâtre, sanguinolent. L'intestin est sphacélé sur une étendue de quatre centimètres et présente sur la région convexe une perforation lenticulaire de un centimètre de diamètre. Je résèque l'intestin et j'applique un bouton de Murphy.

Lorsque je vais pour emboutir les deux moitiés du bouton, je constate qu'il m'est impossible de serrer le bouton, l'appareil fixateur étant brisé. Je constate ce fait à mon grand regret, car c'est à contre cœur que j'avais accepté ce bouton, trouvant celui qui a été modifié par Villard infiniment préférable et comme facilité d'application et comme sécurité de mécanisme. Je suis réduit à réséquer la portion intestinale contenant le bouton impropre, ce qui porte à 15 centimètres environ l'étendue de la résection intestinale.

J'applique rapidement, et sans incident, un nouveau bouton Murphy-Villard. Je passe à la suture du mésentère et j'ai assez de peine à faire l'hémostase et à affronter la portion laissée libre par la résection intestinale; je ne fais cependant pas de résection mésentérique. Je réduis

et fais un pansement à plat avec deux points de suture en haut de la plaie cutanée.

9 février. — La malade n'a encore eu ni selles ni gaz.

Pendant ce premier jour qui a suivi l'opération, les vomissements ont cessé, il n'existe ni ballonnement du ventre, ni douleur abdominale.

T. 38°5, 39°1.

10 février. — La malade a peu vomi, le ventre se ballonne légèrement.

Etat général passable. T. 38°3, 38°8.

11 février. — Le ballonnement s'accroît; le ventre est un peu douloureux à la palpation; on fait un premier pansement qui ne révèle rien d'anormal.

T. 38°2, 38°4.

12 février. — Voyant que l'abdomen reste ballonné, qu'il existe des signes de péritonite légère, je fais un drainage intra-péritonéal par l'orifice qui m'a servi à réduire la hernie. Rien ne s'écoule lorsque j'introduis le doigt pour rétablir le trajet.

T. 38°7, 38°2.

13 février. — La malade succombe avec des signes d'anémie extrême et du ballonnement abdominal.

*Autopsie.* — Le 14 février 1898. A l'ouverture de l'abdomen, je constate qu'il n'existe pas de suppuration péritonéale, mais je trouve les traces d'une hémorragie abondante, sous forme de caillots agglutinant les anses intestinales.

L'examen de la région anastomosée me démontre que l'hémorragie s'est faite au niveau de la portion mésentérique dont l'intestin réséqué a été détaché. En suturant cette portion, je l'avais adossée, redoublée. Il est probable qu'au moment de la réduction cette plicature a changé de face, et cette manœuvre a dû désunir la suture et libérer l'extrémité ouverte de quelques vaisseaux qui ont continué à donner du sang dans le péritoine.

Il n'y avait pas de péritonite évidente, mais cet état du péritoine dépoli qui existe lorsqu'on enlève des caillots adhérents sur la séreuse. Pas de pus.

C'est bien l'hémorragie qui a tué la malade, car l'anastomose intestinale était en parfait état, et je ne trouve pas à incriminer le bouton de Murphy.

Séance du 7 avril 1898. — Présidence de M. OLLIER.

---

**ESSAI DE RÉHABILITATION DU TRAITEMENT DES  
HÉMORROIDES PAR LA CAUTÉRISATION (1).**

**M. Laroyenne.** — La chirurgie contemporaine, avec ses précautions infinies pour conjurer les complications opératoires infectieuses, a fait perdre de vue les anciens modes de traitement des hémorroïdes. La cautérisation est à peu près oubliée et, pourtant, appliquée comme il convient, elle peut rivaliser avantageusement, encore aujourd'hui, avec toutes les méthodes sanglantes. Les hémorroïdes rentrent dans cette catégorie d'affections qui menacent bien rarement la vie des malades et dont les complications sont bien souvent capables de guérison spontanée. Aussi, l'opération n'est-elle indiquée que lorsque cette affection s'accompagne de vives douleurs, de pertes de sang abondantes ou trop fréquemment renouvelées.

Le patient étant endormi, il faut dilater l'anus, comme s'il s'agissait d'une fissure, et ne pas cautériser ces tumeurs dans toute leur étendue, sur toute leur surface comme le faisait Boyer, avec le fer rouge, ou Bonnet avec la pâte de chlorure de zinc. On se contente de les entamer par des cautérisations radiées à l'aide de la pâte de Vienne suivies de celles de chlorure de zinc laissée en place pendant vingt ou vingt-cinq minutes. La cicatrisation des ectasies veineuses profondément ouvertes détermine leur retrait et leur disparition. Il n'y a pas de perte de sang, comme cela s'observe même avec le thermo-cautère qui ne présente comme avantage que la rapidité de l'exécution. Mais la cautérisation potentielle offre, en outre, une innocuité plus parfaite que celle du cautère actuel. Pour épargner les douleurs qui suivent ce mode d'intervention, il est essentiel, après avoir épongé les surfaces cautérisées, de faire rentrer au-dessus de l'orifice anal dilaté ces tumeurs, pour peu qu'elles soient volumineuses, et de les y maintenir. A cet

---

(1) Traitement des hémorroïdes procidentes par la cautérisation radiée. — LAROYENNE : *Gaz. hebdomadaire*, 1872.

effet, un fort tampon de coton enveloppé de gaze et vaseline est introduit au-dessus du sphincter; il distend l'ampoule rectale, concourt à la réduction des hémorroïdes et s'oppose à leur sortie. Il est retiré quarante-huit heures après son application. Cette pratique met à l'abri des douleurs produites par la turgescence des paquets hémorroïdiens procidents qui, sans cette précaution, s'étranglent au niveau du sphincter. Je ne rappellerai pas les accidents de pyémie mortels, les rétrécissements consécutifs aux opérations sanglantes, etc. Mais avec l'antisepsie on obtient des résultats assurément plus heureux, bien que l'asepsie de la région anale doit être souvent illusoire et qu'elle semble, en ce champ opératoire moins que partout ailleurs, d'une application facile. « Aussi Kœnig redoute-t-il les inoculations qui, « en chirurgie rectale, ne sauraient être exclues avec une « certitude absolue » (1). Et Whitehead, pour s'en mettre à l'abri, pratique l'excision circulaire de la muqueuse rectale au-dessus des hémorroïdes.

Celles-ci une fois entrevues, il suture les lèvres de cette incision à l'orifice anal, pensant ainsi mieux protéger la plaie opératoire et se garantir des infections par voie veineuse. Cette opération laborieuse me paraît bien compliquée et trop radicale. Mais la méthode de prudence par excellence que je préconise a bénéficié de certains perfectionnements que je lui ai apportés. Il ne s'agit plus, en effet — je l'ai déjà dit — de pratiquer, comme autrefois, des escharrifications étendues à toute la surface des bourrelets.

Les cautérisations doivent être régionnées, afin de laisser entre elles des intervalles de tissus qui ont été respectés et qui empêchent le rétrécissement de l'orifice anal. Elles doivent être précédées de la dilatation qui facilite l'opération et qui permet la réduction des bourrelets hémorroïdaires. Cette réduction définitive épargne à peu près toute souffrance, à condition qu'elle soit effective, ce qui est facile d'obtenir par le tamponnement que nous avons indiqué. Les objections que l'on pouvait adresser aux anciens modes de cautérisation ont donc disparu. Si le petit volume des hémorroïdes rend leur réduction difficile, on se contente d'introduire une mèche de gaze sans l'orifice anal.

En résumé :

1<sup>o</sup> Dilatation de l'anus.

---

(1) FORGUE et RECLUS.

2° Application méthodique *radiée* de pâte de Vienne, suivie de celle de chlorure de zinc sur les parties saillantes du bourrelet vasculaire.

3° Introduction d'un tampon dans le rectum pour réduire les tumeurs et empêcher leur sortie, alors même que le tampon a été retiré. Cette précaution épargne à l'opéré les douleurs du réveil et des jours suivants.

**M. Guilloud** est très partisan de cette méthode, qui a le seul inconvénient d'être assez douloureuse.

Dans 3 ou 4 observations, il n'a observé ni récurrence, ni rétrécissement ultérieur. Mais, en place, au point de vue de la douleur, il a constaté des particularités très variables. Chez quelques malades, la douleur est faible, chez d'autres, elle est extrêmement vive.

**M. Vallas** n'a jamais employé les méthodes nouvelles dans leur intégrité absolue. Il s'en est tenu à des méthodes anciennes qui donnent des résultats parfaits.

Il fait d'abord la dilatation forcée, qui est souvent suffisante. Ensuite, il cautérise au thermo-cautère; il n'a jamais eu d'hémorragies ni des rétrécissements, grâce à des traînées cautérisantes qui ménagent des espaces suffisant de muqueuse saine. Ensuite, M. Vallas place un gros drain entouré de gaze iodoformée, dans l'ampoule rectale ce qui fait de l'hémostase et assure l'échappement des gaz.

**M. Laroyenne** considère comme très important de maintenir au dessus du sphincter le bourrelet hémorroïdaire pour éviter les douleurs. Le tamponnement ne sert qu'à éviter la douleur, car, avec le canquoin, on n'a pas à se préoccuper des hémorragies.

**M Albertin.** — J'estime qu'aux différentes formes clinique d'hémorroïdes on peut appliquer des traitements différents. Aux hémorroïdes anciennes, volumineuses, remontant haut dans le rectum convient la méthode de la cautérisation après dilatation et, en pareil cas j'ai toujours employé la cautérisation actuelle.

Mais, lorsqu'on se trouve en présence d'hémorroïdes relativement récentes, remontant à peine sur la face interne du rectum formant le bourrelet circulaire marginal, je crois que l'on peut très heureusement leur appliquer le procédé de Whitehead. J'ai eu l'occasion d'opérer de cette façon trois malades et avec d'excellents résultats. Ce procédé est relativement simple, à la condition qu'on ne soit pas obligé de décoller trop haut la muqueuse rectale et que ses lésions, amincissement,

ulcérations, n'obligent pas le chirurgien à en sacrifier une trop grande quantité en hauteur.

Mais lorsque ce procédé est applicable, il donne un résultat excellent et rapide. Quoiqu'il soit difficile de faire d'une façon absolue l'asepsie de la région, on obtient des réunions par première intention qui permettent le rétablissement rapide du raphé muco-cutané et quand bien même un ou deux points de suture lâcheraient, il n'en résulte pas une bien grosse complication.

Je crois qu'en matière de thérapeutique chirurgicale des hémorroïdes on peut être éclectique et qu'il ne faut pas proscrire les interventions sanglantes, en particulier le procédé de Witehead.

**M. Gangolphe** applique généralement la méthode d'Allunghaus (ligature et cautérisation) et la croit surtout supérieure quand il y a dilatation du sphincter.

La cautérisation a l'avantage de détruire l'hémorroïde et de rétrécir le sphincter.

**M. Fochier** a vu les malades opérés par la méthode de Laroyenne souffrir horriblement et c'est pour cette raison qu'il a recherché dans les méthodes nouvelles le traitement de cette affection.

**M. Laroyenne** croit que c'est surtout le gros tampon introduit dans le rectum qui, en maintenant les hémorroïdes au-dessus du sphincter, supprime la douleur.

La réduction et le maintien des hémorroïdes au-dessus de la zone sphinctérienne doit être soigneusement recherchée et obtenue.

\*\*\*

**DE LA SECTION DU COL DU FÉMUR DANS L'ANKYLOSE OSSEUSE DE LA HANCHE. — RÉSULTATS DE CETTE OPÉRATION DANS UN CAS DE SOUDURE, PRODUITE PAR UNE ARTHRITE AIGUE INFECTIEUSE.**

**M. Ollier.** — La question du traitement des ankyloses osseuses de la hanche donne encore lieu à beaucoup de divergences dans l'opinion des chirurgiens. Je crois devoir soumettre à la Société les résultats d'une opération que j'ai pratiquée en 1894, et qui me permettra de discuter la valeur relative des opérations qu'on peut mettre en balance en pareil cas.

Le cas se rapporte à une jeune fille de 20 ans, qui fut

prise subitement de fièvre avec douleurs vives dans la tête et dans l'articulation de la hanche. Au bout d'un jour, la fièvre et la céphalalgie cessèrent; mais la douleur de la hanche persista. Un an après, nouvelle crise de fièvre et de douleur dans la hanche qui s'enkylosa bientôt. Cette affection était probablement de nature blennorrhagique.

La malade entra à la Clinique, le 27 octobre 1894, sept mois après les accidents aigus. Il n'y avait plus de douleur, mais la déformation était énorme et la malade marchait avec peine et d'une façon horriblement disgracieuse. La cuisse est en flexion, abduction et rotation en dehors. L'épine iliaque droite est abaissée de 8 centimètres. Les photographies mises sous les yeux de la Société feront mieux connaître le degré de la difformité que toutes les descriptions. Il n'y avait pas le moindre mouvement dans la hanche. A travers les chairs, on ne sentait ni tuméfaction profonde, ni abcès, ni ostéophytes. M. Ollier essaya de rompre l'ankylose au moyen d'un appareil fixateur du bassin qu'il avait fait construire par M. Aubert, mais ce fut sans résultat.

On pratiqua, le 29 décembre, la section du col fémoral de la manière suivante, par ostéotomie ou plutôt par *ostéotomoclasie*, c'est-à-dire par section partielle au ciseau complétée par la rupture de la portion non sectionnée.

M. Ollier pratique une petite incision de 5 centimètres environ de long du bord postérieur du grand trochanter. Il découvre ce bord postérieur en passant à travers une épaisse couche de graisse, incise l'aponévrose, fait pénétrer le ciseau (de 13 millimètres de large) à travers les fibres musculaires, arrive jusqu'à la partie postérieure de la face supérieure du col, et à coups de maillet enfonce le ciseau dans le col en dirigeant l'instrument en bas et en dedans. Il enfonce le ciseau à trois reprises dans la même direction de manière à sectionner toute la largeur du col, puis il prie M. Gangolphe qui l'assistait de ramener vivement le fémur en dedans. Le fémur cède, avec un craquement sec. La section du col ainsi opérée par section de l'os et par fracture terminale de ce qui n'avait pas été divisé par le ciseau, on réunit la plaie par des points de suture; on place un petit drain à l'angle inférieur de la plaie et on entoure la région d'un pansement antiseptique soigné.

Après la rupture, on ramena sans peine le membre dans sa direction normale; on le laissa en très légère abduction et on le fixa dans cette position par un appa-



reil plâtré (atelle pelvi-dorso-pédieuse). Deux mois après l'os paraissait solide; cependant, comme il semblait que le membre avait de la tendance à se raccourcir, on le soumit à une traction continue. Le 25 mai la malade quitte l'hôpital parfaitement redressée, mais marchant toujours avec les béquilles. Elle revient à la clinique en septembre 1895, se plaignant de souffrir de temps en temps à la suite d'une chute. L'ankylose paraît bien solide, cependant le membre tend à se placer en adduction et on le soumet encore aux tractions continues.

La malade est revenue pour la dernière fois en juillet 1896. Elle marche facilement; il s'est produit cependant un léger raccourcissement du membre (5 à 6 millimètres), ce qui indique que la soudure osseuse des fragments ne s'est faite que tardivement ou bien qu'il a pu se produire un léger déplacement dans l'articulation dont la soudure était probablement moins osseuse qu'on ne l'avait cru tout d'abord. Dans tous les cas, il n'y avait aucune mobilité appréciable quelque pression qu'on exerçât, quelque mouvement qu'on voulût imprimer au fémur. L'ankylose paraissait tout aussi solide qu'avant l'opération; mais il est bon de faire remarquer qu'une ankylose fibreuse, étroitement serrée, donne, dans ces conditions, les mêmes sensations de fixité qu'une ankylose osseuse. Elle peut permettre seulement de légers glissements lents, dans la suite.

Les photographies représentant la malade après l'opération permettront d'apprécier l'excellence du résultat obtenu au point de vue orthopédique.

M. Ollier part de cette observation pour discuter les indications relatives à la section du col fémoral, ou à la résection cunéiforme sous-cervicale ou sous-trochantérienne. Il conseille la section du col toutes les fois qu'il s'agit d'une arthrite ankylosante, non suppurée, et ne s'accompagnant pas de stalactites osseuses et de désordres graves dans la tête ou le col (foyers séquestraux, tubercules). Dans ces cas d'arthrites ankylosantes sans lésion appréciable du col ou de l'extrémité supérieure juxta-épiphysaires du fémur, la section du col au ciseau est une opération simple, facile, sans dangers, surtout en la pratiquant par le procédé mixte de l'*ostéotomoclasie*. M. Ollier réserve la résection cunéiforme sous-cervicale, c'est-à-dire le retranchement d'un coin osseux, à base externe sous le trochanter, pour les coxalgies suppurées, guéries par ankylose, ou pour toutes les lésions suppuratives (fractures compliquées) qui ont déformé l'extrémité

supérieure du fémur et occasionné le développement de masses ostéophytiques irrégulières et épaisses. L'opération doit se faire, en pareil cas, au dessous, à la partie supérieure de la diaphyse de l'os. C'est l'opération recommandée autrefois par Volkmann et qui a donné à M. Ollier d'excellents résultats, dans des cas nombreux, et entre autres dans un cas où il la tenta malgré la présence de foyers de suppuration intarissables venant du bassin.

M. Ollier a plusieurs fois pratiqué autrefois la fracture intentionnelle du col fémoral, mais aujourd'hui il considère cette opération comme de moins en moins indiquée. Il ne l'admet guère, même avec les perfectionnements de l'ostéoclasie, perfectionnements qui ne sont pas suffisants pour rompre avec précision et sécurité l'extrémité supérieure du fémur. C'est dans la méthode mixte, déjà essayée à diverses époques, et qu'il appelle *ostéotomoclasie*, qu'il voit le meilleur moyen de résoudre le problème dans les cas où pour un motif ou pour un autre, on ne veut pas recourir à la section simple du col, ou à la résection cunéiforme.

---

Séance du 29 avril. — Présidence de M. GAYET.

---

### CANCER MUSCULAIRE LISSE DE L'OVAIRE

**M. Piéry**, interne des Hôpitaux, présente une tumeur enlevée le 29 janvier dernier, chez une femme couchée au lit n° 6 de la salle Saint-Martin, par M. le docteur Gangelphe.

*Histoire clinique* — Il s'agissait d'une femme âgée de 33 ans, ne présentant rien de spécial à noter dans ses antécédants héréditaires. Régliée à 15 ans 1/2 et cela régulièrement jusqu'au début de l'affection, elle est accouchée, à l'âge de 25 ans, d'un enfant actuellement en bonne santé.

Il y a six ans la malade s'aperçut du développement d'une tumeur abdominale, paraissant siéger sur la ligne médiane, un peu au-dessus de la symphyse pelvienne, et de la grosseur d'un œuf environ. Cette tumeur était surtout appréciable au toucher et ne se traduisit tout d'abord par aucun trouble fonctionnel. Cependant la tumeur allait grossissant, mais la malade continuait son travail,

sans en être en aucune façon incommodée. Les règles étaient toujours normales.

Toutefois, il y a trois ans, la malade commença à éprouver des douleurs abdominales chaque fois qu'elle se livrait à un travail fatigant.

Enfin, il y a quatre semaines, la malade ressentit de vives douleurs affectant un caractère lancinant dans le voisinage de la tumeur qui, maintenant occupait surtout la fosse iliaque gauche. En même temps, elle présentait de la céphalée, des douleurs épigastriques avec vomissements, et des palpitations. Elle fut obligée de s'aliter et entra à l'hôpital.

A son entrée, la tumeur, appréciable à la vue, mais surtout au toucher, est située au niveau de la fosse iliaque gauche. Assez volumineuse, elle a sensiblement le volume d'une petite tête d'adulte; en partie enclavée dans le bassin, elle effleure en haut des dernières fausses côtes du côté gauche. Sa consistance est remarquablement dure, ses contours bien délimités; en aucun point on ne constate de la fluctuation.

Au toucher, on sent une tumeur dure paraissant adhérente à ce dernier organe; les mouvements imprimés au col se transmettent, en effet, faiblement il est vrai, à la tumeur. Le col est un peu dur.

Pas d'ascite.

Quelques ganglions engorgés au niveau du pli de l'aîne.

La malade est et a toujours été, jusqu'à ce jour, bien réglée. Pas de pertes blanches, pas de constipation. Mictions assez fréquentes.

Peu ou pas de troubles généraux; léger amaigrissement; appétit conservé.

Urine: ni sucre, ni albumine.

On porte le diagnostic de *fibrome du corps de l'utérus*.

*Opération.* — Le 29 janvier 1898 M. Gangolphe pratique l'ablation de la tumeur. Après l'ouverture de l'abdomen, on constate que la tumeur, située tout entière à gauche de l'utérus, n'appartient pas à ce dernier organe. Elle en est séparée, en effet, par presque toute la longueur de la trompe, qui semble unir la tumeur à l'utérus. L'ovaire est complètement englobé par la tumeur. On énuclée la tumeur hors de la cavité péritonéale. Les adhérences sont assez nombreuses; à la partie inférieure la tumeur adhère au péritoine, en avant, avec quelques franges épiploïques. Ligature du pédicule; sutures et pansements.

La malade sort, guérie, du service, au bout de 15 jours.

*Aspect macroscopique de la tumeur.* — Il s'agit d'une volumineuse tumeur du poids de 1360 grammes. La forme est irrégulièrement rectangulaire à grand axe vertical. Elle présente, appendue sur son grand côté latéral interne, une portion de la trompe qui l'unissait à l'utérus. La face antérieure est assez fortement convexe en avant; la face postérieure est, au contraire, légèrement concave. La consistance est ferme en tous points sauf au niveau de quelques cavités kystiques remplies de liquide citrin. La couleur est blanc grisâtre.

A la coupe, la tumeur est encapsulée; la surface de coupe présente des aspects multiples; en certains points on constate des *cavités kystiques* au niveau desquelles le tissu prend une teinte noirâtre. En d'autres points le tissu a *l'aspect et la consistance du tissu cartilagineux*; enfin, certaines portions ressemblent à du *tissu fibreux*.

On prélève un fragment en chacun de ces points et on l'examine après durcissement à la gomme et coloration au picro-carmin. Voici le résultat de cet examen pratiqué sous la direction et le contrôle de M. le professeur Tripier.

*Examen microscopique.* — a) *Fragment de tissu d'aspect fibreux.* — Le champ de la préparation est tout entier occupé par de nombreuses bandes cellulaires à disposition fasciculée, coupées tantôt longitudinalement, tantôt plus rarement, dans un sens perpendiculaire à leur direction. Au niveau de ces derniers points on aperçoit le champ de coupe des diverses cellules sous la forme de petits cercles juxtaposés et surtout de diamètres inégaux. Enfin, en certains points, on constate la disposition en tourbillon des éléments cellulaires par rapport les uns aux autres.

On observe également des vaisseaux en assez petit nombre, dont les parois semblent entourées d'une substance rose amorphe qui paraît nettement de nature conjonctive.

Les éléments cellulaires sont constitués par des cellules très allongées, fusiformes, à contours ondulés. Au niveau de certaines d'entre elles il se dessine un commencement de striation longitudinale appréciable par un aspect dépoli du protoplasma et de la teinte orangée que prend ce dernier sous l'influence du picro-carmin. Entre elles, ces cellules paraissent juxtaposées assez étroitement, imbriquées de telle sorte que la portion renflée, avec noyau d'une cellule, correspond à la partie effilée d'une ou deux cellules voisines. Par places les cellules sont accolées comme des épis de blé. Dans d'autres

régions il semble qu'il reste une substance fibrillaire entre les cellules; mais, en faisant varier le point, on voit qu'il s'agit du protoplasma des cellules voisines.

b) *Fragments de tissu d'aspect cartilagineux.* — L'aspect des préparations est le même que précédemment, sauf peut-être, que les fibres musculaires paraissent plus serrées les unes contre les autres; d'autre part on trouve quelques tractus fibreux traversant le champ de la préparation.

c) Enfin, sur certaines préparations, faites à l'aide d'un fragment prélevé en un point de la tumeur que nous n'avons pas noté, nous avons constaté la présence de follicules de Graaf typiques, caractéristiques du tissu ovarien.

De l'examen précédent nous pouvons donc conclure qu'il s'agit d'un *cancer musculaire lisse, d'origine ovarienne très probable.*

*En résumé,* dans l'observation précédente il s'est agi *cliniquement* d'une tumeur ayant évolué en six ans, avec les allures d'un fibrome utérin, chez une femme de 33 ans, et ayant nécessité une intervention chirurgicale par suite d'une accélération dans son évolution et la fréquence et l'intensité des douleurs qu'il déterminait chez la malade.

Histologiquement, il s'agissait très nettement d'une tumeur à fibres musculaires lisses, se distinguant assez nettement, notamment, d'une tumeur fibreuse, par la disposition de ses fibres en tourbillons et la forme en fuseaux de ses éléments cellulaires dont quelques-uns présentaient une fine striation.

De plus cette tumeur était de nature *maligne*, étant donné le nombre de ses éléments cellulaires et surtout le caractère jeune de ces derniers.

Enfin, il s'agissait vraisemblablement d'une *tumeur de l'ovaire*, car, à l'ouverture de la cavité abdominale, la tumeur apparaissait nettement appendue à la trompe et ayant englobé complètement l'ovaire et, d'autre part, sur quelques coupes, comme nous l'avons dit, on distinguait du parenchyme ovarien.

Les cas de léio-myome de l'ovaire, à en croire les auteurs, seraient relativement peu fréquents. Nous n'avons en effet relevé que les cas de Klebs, Bagot, Triche, Terrier, et Hartmann. Cornil aurait toujours trouvé des fibres musculaires dans les fibromes de l'ovaire. Quant aux cas de cancer musculaire lisse, nous n'avons pu en rencontrer un seul cas.

Mais nous croyons que des tumeurs comme celle qui fait le sujet de l'observation précédente doivent être rapprochées du *cancer musculaire lisse de l'utérus* et de tous ces cas de tumeurs de même nature développées au milieu des organes du petit bassin, sans qu'il soit toujours possible de dire quel en a été le point de départ : trompe, ovaire, ligaments larges, etc. ; ces cas viennent d'être rassemblés et étudiés récemment par MM. Paviot et Bérard (1).

Parmi les cas rapportés par ces auteurs, nous citerons le cas de MM. Guillemet et Molard (2), celui de MM. Gangolphe et Duplan (3) qui, fait des plus importants, se sont accompagnés de métastase péritonéale, hépatique et pulmonaire. Enfin, dans deux cas de M. Condamin (4), il s'agissait de masses molles simulant une collection à contenu séro-purulent.

Nous croyons que du rapprochement des faits précédents doivent découler deux constatations. La première c'est que, vraisemblablement, les cas de cancer musculaire lisse sont beaucoup plus fréquents que ne semblent l'indiquer les auteurs qui ont confondu ces tumeurs avec les *sarcomes* de l'ovaire. L'histoire clinique du cancer musculaire lisse doit donc se calquer sur celle du sarcome.

Par suite, et c'est là le second point sur lequel nous désirons attirer l'attention, nous avons affaire à des tumeurs malignes qui peuvent s'accompagner de métastases et entraîner la mort. Il en résulte, immédiatement, comme conséquence pratique, une grande réserve du pronostic et la nécessité d'une ablation aussi hâtive et aussi large qu'on pourra la pratiquer.

**M. Gangolphe** est intervenu à cause des caractères de malignité que présentait cette tumeur qui évolua rapidement et s'accompagnait d'un peu d'ascite.

---

(1) PAVIOT et BÉRARD. — Du cancer musculaire lisse en général et de celui de l'utérus en particulier.

(2) GUILLEMET et MOLARD. — Cancer musculaire de l'épiploon et de l'estomac. *Lyon Médical*, 1889.

(3) DUPLAN. — Soc. des Sc. Med. de Lyon. Séance du 9 décembre 1896.

(4) CONDAMIN. — Forme particulière de cancer utérin (cancer diffluent à cellules musculaires lisses du type embryonnaire)., *Gaz. hebdom.* 15 janvier 1895, et Th. de Robin, Lyon 1895.

### TUBERCULOSE VERRUQUEUSE DU PIED

**M. Piéry** présente une malade du service de M. le docteur Gangolphe, couchée au lit n° 12 de la salle St-Martin, atteinte d'une tumeur de la jambe.

La malade, qui présente une intelligence très peu développée, ne peut fournir aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires ou personnels. Elle est réglée régulièrement.

L'affection remonterait à deux ans ; elle aurait débuté, au dire de la malade, par un furoncle situé un peu au-dessus du talon. Depuis cette époque, la tumeur a grossi lentement, sans provoquer de douleurs. Depuis quinze jours seulement, la malade présente un peu de difficulté de la marche.

A son entrée, on constate, à la partie tout à fait inférieure et postérieure de la jambe gauche, et empiétant sur la région talonnière du pied une tumeur d'une hauteur de 7 à 8 centimètres et embrassant, en demi-anneau, la région précitée. Cette tumeur présente, d'ailleurs, un aspect spécial ; elle est constituée par une masse irrégulière, décomposable en saillies plus petites, irrégulières elles aussi, recouvertes de croûtes adhérentes et donnant l'aspect d'ensemble d'une carapace.

L'articulation tibio-tarsienne est légèrement enraidie et l'amplitude de ses mouvements gênée. Les mouvements, toutefois, ne sont pas douloureux, pas plus que les chocs appliqués dans la continuité de la jambe.

L'état général est médiocre.

Le diagnostic porté par M. Gangolphe a été : « *Tuberculose verruqueuse de la peau avec possibilité de la coexistence d'une lésion osseuse sous-jacente.* »

**M. Rochet** trouve cette malade très intéressante et croit qu'il s'agit d'un de ces cas décrits autrefois par Bazin et les anciens dermatologistes, sous le nom de scrofulide maligne de la peau et de lupus verruqueux.

\*\*\*

### TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MYOPIE PAR L'EXTRACTION DU CRISTALLINIEN

**M. Gayet** fait une communication sur le traitement chirurgical de la myopie, par l'extraction du cristallin. Il présente l'opérée qui est très satisfaite du résultat.

D'un côté on fit l'incision de la capsule et l'aspiration du liquide cristallinien. De l'autre on se contenta de l'incision de la capsule. Le résultat est très satisfaisant et M. Gayet, à l'avenir, se croira autorisé à proposer, d'une façon catégorique, cette opération contre les myopies graves.

Ce qui est assez curieux, c'est que cette jeune fille qui, avant l'opération, présentait 23 dioptries de myopie, est actuellement emmétrope.

\*\*\*

### LUXATION MÉDIO-TARSIENNE

**M. Durand.** — J'ai l'honneur de présenter à la Société, en mon nom et en celui de mon ami le **Dr E. Destot**, l'observation d'un malade que j'ai eu à soigner dans le service de mon maître, M. le professeur Pollosson, que j'ai l'honneur de suppléer en ce moment à l'Hôtel-Dieu.

Je veux surtout faire connaître à la Société un cas de lésion traumatique du pied d'une extrême rareté, et encore plus demander l'avis de ses membres au sujet de la thérapeutique, peut-être contestable, que j'ai cru devoir suivre en cette circonstance. Il s'agit d'un malade atteint d'une luxation médio-tarsienne, c'est-à-dire d'une luxation de l'articulation de Chopart.

On n'en trouve, dans la science, que trois cas bien authentiques. Adus à Thomas (1), Anger et Führ (2). Il en existe encore quatre autres cas, mais ils sont anciens et manquent un peu de la garantie désirable.

Dans mon cas, comme le démontre bien la radiographie, l'avant-tarse (massif scapho-cunéen et cuboïde), avait passé au-dessous et un peu en dedans de l'arrière-tarse (astragale et calcaneum). Voici cette observation.

#### OBSERVATION.

X..., 43 ans, voiturier, chargeait en forêt des pièces de bois, le 28 février 1898. Sur le sol en pente, couvert de neige, une bille de bois glissa et vint frapper son pied gauche qui, fixé contre une autre poutre, ne pouvait échapper. Le pied qui était déjà en légère flexion dorsale,

---

(1) THOMAS. — Mém. de la Soc. d'Indre-et-Loire, 1868.

(2) ANGER. — Traité iconograph.

(3) FÜHR. — *Munch. Med. Wochen.*, 1892.



fut retroussé et la flexion s'exagéra au point que les orteils vinrent en contact avec la crête du tibia. Le malade ne tomba pas, ne perçut aucun craquement et n'éprouva pas, à son dire, malgré l'énormité du traumatisme, une excessive douleur.

Soutenu par ses camarades, il put regagner son logis. Dans son passage, la poutre avait déterminé une légère érosion siégeant à la face interne, à l'union du premier métatarsien et du cunéiforme.

Il entre, le 18 mars, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Pollosson, suppléé par M. Durand. Les signes subjectifs sont à peu près nuls; le malade n'accuse pas de douleurs spontanées; il appuie très bien sur le talon, mais ne peut porter sur l'avant-pied sans douleur. Les mouvements actifs de flexion et d'extension sont possibles, quoique limités; l'adduction et l'abduction sont impossibles, même lorsqu'on cherche à les provoquer. L'examen révèle les signes suivants: le pied est élargi, globuleux, épaissi et raccourci en apparence. Le gonflement tient, d'une part à l'œdème et aux suffusions sanguines, d'autre part, au déplacement osseux. L'élargissement et l'épaississement portent surtout sur la région médio-tarsienne. La voûte du pied a disparu et fait place à une saillie qui bombe de telle sorte que, sur les empreintes relevées, au lieu de la cambrure interne que l'on observe normalement, on observe, au contraire, une large surface d'appui; ni le talon, ni les orteils n'appuient. C'est le milieu du pied qui, seul, est en contact avec la surface noircie. On note sur la peau quelques taches ecchymotiques, quelques points de sphacèle brun au niveau des orteils, enfin deux ulcérations occupant la face interne du pied; l'une est primitive au niveau de la ligne tarso-métatarsienne; la seconde plus large, bourgeonnante et sanieuse, s'est développée au niveau de la saillie interne du scaphoïde. La palpation est fort difficile en raison de l'épanchement et des ulcérations; elle permet, toutefois, de constater la saillie normale de l'astragale sur le milieu du pied.

Au-dessous d'elle les doigts perçoivent une dépression.

En dedans et au-dessous de cette saillie, sous l'ulcération secondaire, on sent une masse osseuse correspondant à la saillie du scaphoïde.

Sur le bord externe on sent une masse qui poursuit en bas et en arrière la saillie du cinquième métatarsien.

Le talon est en place, le malade peut appuyer sur lui

sans souffrance ; les repères des malléoles, par rapport au calcaneum, sont semblables des deux côtés.

La radiographie montre qu'il s'agit d'une luxation complète, en bas et en dedans, par flexion dorsale forcée. La mensuration donne 29 cent. au côté sain, 27 au côté malade.

On voit que, eu égard à la tuméfaction énorme, il était impossible de porter un diagnostic précis, car rien ne permettait de dire s'il s'agissait d'une luxation portant sur le tarse ou d'un broiement de ce massif osseux. Il était simplement permis d'affirmer que les malléoles et le corps de l'astragale et du calcaneum d'une part, le métatarse, d'autre part, étaient intacts. Même sous anesthésie et après application de la bande d'Esmarch, les détails de la lésion échappaient à l'examen.

Je tentai d'abord, sous anesthésie, la réduction de la luxation qui datait, je le rappelle, de vingt jours au moment où elle fut tentée. On essaya, fixant la jambe et, autant qu'on le pût, l'arrière-tarse, de dégager l'avant-tarse par des mouvements combinés de traction directe et d'extension. On appuya sur les extrémités déplacées avec l'extrémité des pouces, on tenta successivement la flexion et l'extension de l'articulation luxée, puis on combina, suivant les indications des auteurs, l'extension forcée et l'abduction aux pressions directes. On ne put que diminuer un peu la déformation, la réduction fut impossible. Je ne voulus pas, du reste, soumettre ce pied tuméfié, dont la vitalité était très compromise, à des manœuvres trop violentes. Voyant que je n'obtenais pas la réduction, je me bornai à obtenir un peu d'excavation de la voûte plantaire et je tâchai, par un appareil plâtré convenable, de conserver cette position.

Je me demandais s'il y avait lieu de faire plus et c'est ici que se posait le grave problème d'une intervention d'urgence. Considérant, d'une part, que les lésions des parties molles n'étaient pas menaçantes et que, après dix-huit jours, la gangrène du pied n'était plus guère à craindre, je pouvais temporiser.

Je savais, d'autre part, que certains malades atteints de luxation de l'astragale et, particulièrement, de luxation sous-astragaliennne avaient marché assez bien sans avoir subi de réduction, je résolus de tenter de faire marcher mon malade avec sa lésion. Je suis, du reste, persuadé que, dans beaucoup de cas de luxations d'autres articulations, surtout quand l'articulation luxée sert plus comme moyen de soutien que par sa mobilité, la

conservation est meilleure que l'intervention au point de vue de la fonction. Me basant sur ce que j'avais vu faire dans certaines luxations de la hanche, au cours de mes études, je n'intervins pas. Actuellement, le malade est toujours dans son appareil plâtré. D'ici peu, je tâcherai de le faire marcher sur son pied. Des massages, des douches de vapeur, de l'immobilisation discontinuée permettront, j'espère, à son pied d'acquérir une indolence, une solidité et une souplesse largement suffisantes pour lui permettre la marche. En tout cas, si cette tentative échoue, j'aurai le moyen d'intervenir alors, dans des tissus mieux nourris, plus loin du traumatisme et alors que les ulcérations cutanées auront cessé de créer, à côté des plaies opératoires, des sources d'infection peut-être redoutables.

Si j'interviens alors, plusieurs opérations se présentent. La plus simple, celle qui me paraît le mieux indiquée, c'est la résection du tarse antérieur. Cette intervention porterait directement sur la partie luxée. Elle n'a pas de gravité opératoire et son pronostic fonctionnel est excellent. Chacun a pu voir les résultats merveilleux que donne cette tarsectomie antérieure dans les cas de tuberculose; nul doute qu'ils ne soient aussi parfaits dans un cas de traumatisme. Enfin, au point de vue esthétique, le pied reste peu abîmé par la suppression du massif tarsien antérieur. C'est donc à cette intervention, la tarsectomie antérieure totale, que j'aurai recours s'il y a lieu.

On pourrait penser à la résection de la tête astragalienne et de la grande apophyse calcanéenne, c'est-à-dire faire porter la suppression sur l'autre partie de l'article luxé.

Je ne connais pas d'exemple d'une pareille intervention; elle ne me paraît pas présenter, *a priori*, d'avantage digne de me la faire pratiquer. Je préfère suivre la voie battue qu'ont tracée mes maîtres et recourir à la tarsectomie antérieure, opération facile que j'ai déjà pratiquée et dont je connais les résultats.

On pourrait encore réséquer simplement l'astragale. Cette suppression permettrait peut-être la réduction du déplacement, car Henke professe que la tête de cet os dépasse souvent, en avant, le plan de la face antérieure de la grande apophyse calcanéenne et que, par conséquent, elle peut-être un obstacle à la réduction. Elle libérerait, en tout cas, le scaphoïde, et donnerait, comme c'est son résultat ordinaire, une excavation de la voûte plantaire. Néanmoins, cette opération indirecte paraît peu

indiquée, mieux vaudrait agir directement sur le massif luxé.

Je conclus donc en pensant que je dois tenter la conservation de l'état actuel, en améliorant par tous les moyens possibles la statique et la mécanique du pied, et que, si mon malade ne retrouve pas sa fonction; je devrai lui faire subir la tarsectomie antérieure totale.

**M. Gangolphe** est d'avis que, dans les cas de cette nature, il faut voir ce que l'expectation, après quelques tentatives modérées de réduction, peut donner. Si le malade ne peut marcher, il est d'avis de pratiquer la tarsectomie antérieure totale qui donne d'excellents résultats.

\*\*\*

#### VALEUR DES INCISIONS ANTÉRIEURES DANS LA RÉSECTION DE LA HANCHE

**M. Rochet.** — Après avoir rappelé qu'à l'heure actuelle on se sert presque toujours exclusivement des incisions postérieures, préconisées par Ollier, Langenbeck, Farabeuf ou tout au plus de lambeaux postéro-externes comme dans le procédé dit à *tabatière* d'Ollier, l'auteur cite plusieurs cas de sa pratique hospitalière où il a eu recours aux incisions antérieures du type de celle qu'avait déjà conseillé Schédé, et où il n'a eu qu'à se louer de leur emploi.

Avec elles, la résection de la tête fémorale est un peu plus laborieuse qu'avec la voie d'approche postérieure, mais le jour donné après la résection est tout aussi considérable qu'avec les autres procédés, et les avantages incontestables du procédé antérieur sont les suivants :

1<sup>o</sup> D'abord, on peut opérer le malade, en le laissant couché dans le décubitus dorsal, sans qu'il soit besoin de le tenir sur le côté, avec un minimum d'aides et de gêne opératoire; de même pour les pansements qu'on a à faire ultérieurement.

2<sup>o</sup> La plaie opératoire, placée tout entière à la partie antérieure, risque beaucoup moins de s'infecter que cette incision qui balafre une bonne partie de la fesse en arrière, et qu'il est difficile de bien cacher sous un pansement, difficile surtout de maintenir cachée, car le malade, en remuant tant soit peu dans sa gouttière, risque fort de déranger les pièces de pansement et de les faire glis-

ser en découvrant cette plaie. En outre, celle-ci est bien près des matières fécales qui, chez les enfants surtout, viennent si souvent souiller les pansements fessiers.

3<sup>o</sup> Avec l'incision antérieure, on ne coupe aucune partie du plancher fessier (muscles fessiers, attaches trochantériennes, partie postérieure de la capsule fémorale), et on conserve à ce plancher toute sa solidité pour soutenir le fémur réséqué et l'empêcher de filer, comme il ne le fait que trop souvent, en arrière, dans la fosse iliaque. Après l'opération faite par la voie antérieure, si on essaie, en prenant la cuisse du membre opéré à pleines mains, de refouler l'extrémité supérieure du fémur réséqué dans la fesse, on s'aperçoit qu'il n'a nulle tendance à aller de ce côté et que les efforts ne parviennent pas à faire remonter cette extrémité supérieure dans la fosse iliaque externe. Après l'opération faite par la voie postérieure, on sait combien est naturelle et difficile à prévenir cette ascension du fémur en arrière; c'est qu'alors le plancher fessier a été effondré par les désinsertions faites en arrière du fémur, et surtout par la large brèche qu'on a pratiquée à la partie postérieure de la capsule et sur les ligaments postérieurs de l'articulation.

La voie antérieure a deux désavantages cependant; mais l'un des deux est minime et n'est pas d'ailleurs constant, et l'autre peut s'éviter.

Le premier, c'est la difficulté plus grande de la résection dans les cas où on aurait affaire à une ankylose incomplète ou complète, et même dans les cas où la tête fémorale n'a pas déjà été un peu ébranlée par une arthrite un peu intense ayant relâché déjà la capsule ou, *a fortiori*, produit des destructions osseuses. C'est ainsi que, sur le cadavre par exemple, la résection typique est sans contredit plus laborieuse avec les incisions antérieures qu'avec les incisions postérieures. Mais, quand on a affaire aux cas de coxalgie tuberculeuse qui sont, somme toute, les cas à indications fréquentes de la résection, et surtout quand on a affaire à des enfants, l'opération est tout aussi aisée par la voie antérieure que par la voie postérieure.

M. Rochet a opéré sept malades par l'incision antérieure; tous ces malades étaient très jeunes (entre 7 et 14 ans). Quatre d'entre eux ont pu être suivis et revus longtemps après l'opération; or, ces opérés avaient une ankylose fibreuse très serrée, très solide, sans ascension du fémur du côté de la fosse iliaque, et il a semblé

à M. Rochet que cette ankylose en bonne position avait été plus facile et plus rapide à obtenir que dans les cas où il s'était servi des incisions fessières.

Le second inconvénient, c'est de laisser, dans les cas de coxalgie ou d'arthrite suppurée qui sont précisément les cas favorables aux procédés opératoires pratiqués par la voie antérieure, une cavité, un clapier infectés en arrière du fémur, du côté de la fesse. Mais rien n'empêche, dans ces cas et quand un drainage complet est de rigueur, de pratiquer après la résection, une contre-ouverture du côté de la fesse, pour y passer un drain et dans l'étendue juste suffisante pour passer ce drain. Cette contre-ouverture n'affaiblit nullement le plancher fessier et n'est pas exposée, comme une grande plaie opératoire, à une infection secondaire facile.

M. Rochet conclut en disant qu'on a peut-être eu tort d'abandonner un peu trop la voie antérieure qui, dans certains cas tout au moins, offre des avantages indéniables sur la voie postérieure.

**M. Vallas** pense que la petitesse de la contre-ouverture fessière, pratiquée par le drainage, ne met pas à l'abri de l'infection secondaire. Il pense aussi que l'ascension du fémur dans la fosse iliaque, tient à des causes multiples et ne peut pas être prévenue par le seul changement de la place de l'incision.

**M. Ollier** croit aussi que l'ascension, souvent difficile à empêcher, de l'extrémité supérieure du fémur dans la fesse, ne doit pas être favorisée beaucoup par la section des muscles fessiers, puisque ces muscles, laissés intacts au contraire, peuvent agir en tirant le fémur en haut par leur attache trochantérienne. Il croit bien, cependant, que la conservation de la capsule et des ligaments en arrière, peut servir à soutenir efficacement le fémur de ce côté. Il croit aussi que la petite plaie d'une contre-ouverture fessière a beaucoup moins de chances de s'infecter qu'une grande incision postérieure. Il accepte volontiers la voie antérieure pour certains cas, et notamment chez les très jeunes sujets, où la résection est très aisée à faire, par tous les procédés, antérieurs et postérieurs, et il félicite M. Rochet d'avoir mis en relief les avantages que peut donner l'incision antérieure dans les cas en question. La voie postérieure reste pour lui la voie d'approche générale pour la résection. La voie antérieure peut s'employer très utilement dans certaines conditions.

BULLETIN  
DE LA  
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
DE LYON



— N° 4 —

MAI, JUIN, JUILLET  
1898

LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C<sup>ie</sup>  
Ancienne Maison WALTENER & C<sup>ie</sup>

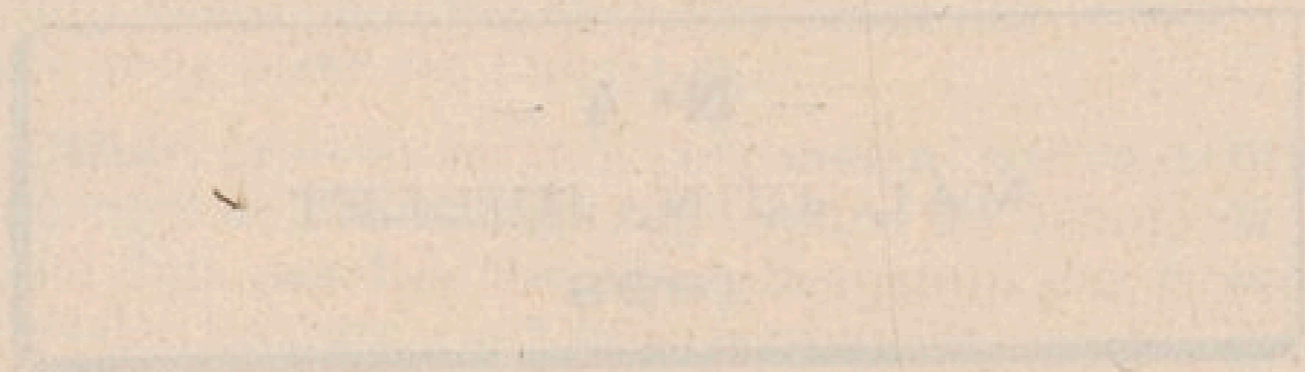
14, Rue Bellecordière, 14

—  
1899

BULLETIN

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON



IMPRIMERIE PAROISSIALE

18...

...

...



BULLETIN  
DE LA  
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
DE LYON

---

*Séance du 5 mai 1898. — Présidence de M. FOCHIER.*

---

**M. R. Condamin**, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du 29 avril 1898. Le procès-verbal est adopté.

\*\*\*

**MALFORMATION CONGÉNITALE UTÉRO-VAGINALE AVEC INDÉPENDANCE COMPLÈTE DU VAGIN ET DE L'UTÉRUS CLOS.**  
— TRAITEMENT. — RÉSULTATS.

**M. Albertin.** — J'ai eu à traiter un cas curieux de malformation génitale congénitale et, dans les multiples interventions que j'ai pratiquées, j'ai fait appel à la collaboration de **M. Durand**, agrégé d'anatomie, que je dois associer à la publication de cette observation.

Il s'agissait d'une jeune fille de 22 ans venant réclamer un soulagement à des douleurs intolérables revenant périodiquement tous les mois depuis l'âge de 17 ans. Il ne s'était jamais produit d'écoulement menstruel et la manifestation périodique se caractérisant par de violentes coliques amenant fréquemment des syncopes, des crises nerveuses, obligeait la malade à rester au lit pendant huit à dix jours. Une première fois, à l'âge de 19 ans, elle consulta un médecin qui fit une incision punctiforme au fond du cul-de-sac représentant le vagin, intervention

qui ne fut suivie d'aucun résultat. Elle vient nous consulter en septembre 1895, et voici ce que nous constatons.

Les organes génitaux externes sont normalement développés et bien conformés. Le toucher vaginal montre l'existence d'un vagin en cul-de-sac de 4 centimètres de profondeur environ. L'examen avec un spéculum de faibles dimensions montre au fond de ce cul-de-sac une petite cicatrice étoilée, vestige de l'intervention pratiquée il y a trois ans.

En combinant le toucher vaginal et le palper abdominal, on perçoit, derrière la symphyse pubienne, une petite masse globuleuse que l'on croit être l'utérus. Le toucher rectal ne donne pas d'autre résultat. Le cathétérisme vésical permet de sentir le bec de la sonde au-dessus du cul-de-sac vaginal, la vessie et l'urètre paraissent normalement conformés.

La malade réclame énergiquement une intervention, elle ne peut se résigner à rester dans l'état actuel. Pendant quinze jours sur trente, elle est obligée de garder le lit en proie à de violentes douleurs et elle se voit contrainte de renoncer à ses fonctions d'institutrice.

Nous décidons d'intervenir et, pensant que, peut-être, il y aurait lieu de faire le sacrifice des ovaires, nous demandons à la malade l'autorisation de pratiquer, si besoin était, la castration en la prévenant de ses conséquences.

Sur les instances de la malade qui ne veut pas se résoudre à cette intervention radicale, nous acceptons de tenter une opération restauratrice sans mutilation.

Le 23 septembre 1895, après anesthésie, la malade étant placée dans la position gynécologique, on pratique l'incision transverse du fond du cul-de-sac vaginal. Après section de la muqueuse, l'index introduit dilacère un peu de tissu cellulaire sous-jacent et pénètre brusquement dans une cavité. À l'aide d'un spéculum on examine l'orifice ainsi créé et on aperçoit une anse intestinale se présentant à ce niveau. On a donc d'emblée pénétré dans la cavité péritonéale. On introduit à nouveau l'index pour pratiquer l'exploration de la région. Le rebord de l'orifice situé du côté de la cavité abdominale paraît lisse et absolument libre. On perçoit bientôt profondément, en s'aidant du palper abdominal, une masse globuleuse dont la portion sphérique, accessible au doigt, est absolument lisse. Ce globe nous paraît être l'utérus, mais nous sommes surpris de constater que rien ne paraît le relier au

vagin, un double revêtement péritonéal paraissant recouvrir séparément et le dôme vaginal et la sphère utérine qui sont complètement indépendants. Ce que nous pensons être l'utérus est constitué par une masse globuleuse de la grosseur d'une mandarine présentant une résistance notable. Nous explorons les parties latérales et nous pouvons attirer au niveau de l'orifice vaginal l'ovaire gauche un peu volumineux et présentant quelques points kystiques. L'ovaire droit est senti au doigt mais non vu directement. L'appareil utéro-ovarien paraissait donc complet, mais indépendant de la formation vaginale.

A l'aide des deux index nous pûmes, par dilacération, agrandir l'ouverture vaginale supérieure et nous nous attachâmes à explorer la sphère utérine et à vérifier à nouveau son indépendance par l'examen au spéculum. En exerçant sur la région rétro-pubienne une pression suffisante on peut abaisser le globe utérin et le faire apparaître à l'ouverture supérieure du vagin. La portion visible est convexe, lisse, à aspect péritonéal et libre sur une grande surface. Nous décidons de limiter là notre première intervention après avoir placé une mèche de gaze en arrière de la sphère utérine et une autre en avant. Il n'y a consécutivement aucune réaction anormale et trois jours après nous complétons l'intervention.

L'extraction des mèches de gaze et la mise en place du spéculum nous montrent la surface de la sphère et le bord libre supérieur du cylindre vaginal. Nous nous proposons de suturer le vagin à l'utérus. Pour ce faire une pression énergique sur l'hypogastre fait descendre le globe utérin qui est saisi et maintenu par une pince tire-balle et à grand peine nous pouvons placer quatre points de suture, qui fixent le bord supérieur du cylindre vaginal au globe en circonscrivant une portion libre ayant presque la largeur d'un ancien écu de trois francs. La suture ne réunit que très imparfaitement la muqueuse vaginale à l'utérus, mais plutôt le tissu cellulaire prolongeant en haut le cylindre muqueux du vagin; nous verrons plus tard quelle fut l'importance de ce défaut d'adaptation parfaite qui cependant ne pouvait pas être mieux pratiquée. La mise en place de ces quatre points de suture fut très laborieuse. Après leur exécution nous avons donc un cylindre vaginal ouvert à la vulve et s'adaptant à sa partie supérieure sur la face inférieure et convexe de ce que nous avons le droit de considérer comme le globe utérin imperforé.

Six jours après l'adaptation de l'extrémité supérieure de vagin à l'utérus, je décide l'ouverture par ponction de la masse globuleuse. Un trocart, enfoncé au centre de la circonférence accessible au fond du vagin permet l'évacuation de 50 à 60 grammes d'un liquide jus de pruneaux de nature hématique. Notre diagnostic était donc absolument exact et notre programme s'accomplissait d'une façon rigoureuse. Nous avons rétabli l'adhérence utéro-vaginale et ouvert la cavité utérine qui était le siège d'un hématomètre. J'élargis l'orifice de ponction et même, à l'aide d'un bistouri long, j'excise une petite portion de tissu de façon à avoir un plus large orifice répondant à l'entrée de ce pseudo-col utérin créé par notre intervention.

On met comme pansement une petite mèche de gaze traversant le vagin et s'enfonçant dans la cavité utérine.

Cette mèche de gaze est renouvelée tous les trois jours pour permettre la conservation de la perméabilité de l'isthme vagino-utérin.

Il n'y eut pas de réaction sensible ni du côté de l'état local, ni de l'état général.

Le 19 octobre 1895, c'est-à-dire trois semaines environ après l'ouverture de l'utérus, la malade remarque un écoulement sanguin s'accompagnant de très légères coliques utérines. Elle est donc réglée pour la première fois. Cet écoulement menstruel est assez abondant et dure quatre jours environ. C'est la justification physiologique du résultat obtenu par l'intervention chirurgicale.

On examine la malade; le doigt introduit dans le vagin arrive sur l'orifice du col créé par l'intervention; il semble que l'utérus ait perdu sa forme globuleuse et qu'il tende à reprendre la forme normale. On conseille à la malade d'introduire chaque jour une mèche de gaze de vaseline jusqu'au fond du vagin et, on lui permet de rentrer chez elle. Elle s'est très bien portée, n'a pas souffert, a retrouvé sa gaieté et peut vaquer à ses occupations.

Le 16 novembre, c'est-à-dire vingt-sept jours après la première menstruation, elle éprouve des coliques utérines qui durent environ 24 heures environ et disparaissent. Cinq jours après, l'écoulement sanguin se produit et dure cinq jours pendant lesquels il y a deux petites crises douloureuses.

La malade est revue le 10 décembre 1895; le toucher vaginal permet de constater le resserrement de la portion

supérieure du vagin où l'extrémité de l'index s'engage difficilement

Fin décembre et vers le 20 janvier 1896, la malade a eu ses règles avec quelques douleurs.

Vers le milieu de février 1896, elle a eu des douleurs pré-menstruelles très vives et elle revient se présenter à notre examen le 12 mars 1896, avant l'apparition des époques.

L'index introduit dans le vagin, arrive sur un petit orifice où il ne peut pénétrer. Le catathérisme, pratiqué avec l'hystéromètre, permet de constater un trajet resserré de deux centimètres environ, puis une cavité plus large, le tout ayant une profondeur de cinq centimètres. Nous interprétons de la façon suivante ce qui s'est passé: le vagin persiste ainsi que la cavité utérine et le point resserré correspondant à l'étranglement en sablier doit être représenté par cette portion de tissu cellulaire avivé à l'extrémité du cylindre vaginal et fixé à l'utérus. Nous avons donc un vagin en doigt de gant perforé au fond et communiquant avec un trajet de deux centimètres environ tout au plus perméable, à un gros cathéter utérin, puis une cavité plus large et profonde de trois centimètres qui est la cavité utérine.

Pour dilater ce trajet avant l'apparition des règles, nous plaçons une tige de laminaire de 1 h. à 9 heures du soir. Elle est assez mal tolérée, mais produit une notable dilatation,

Le lendemain, 13 mars, l'écoulement menstruel apparaît, s'accompagnant de coliques et d'un peu de réaction abdominale. La température s'élève à 38°, 5 ; il y a quelques nausées.

Les règles continuent le 14 et 15 mars, la température redevient normale, il existe un peu de sensibilité abdominale et quelques douleurs spontanées.

En avril, les époques ont été presque normales, mais un peu douloureuses.

Vers le 10 mai, la malade éprouve de vives douleurs de chaque côté de l'abdomen avec des nausées et de la fièvre.

L'examen par le toucher vaginal permet de reconnaître en arrière un peu de tuméfaction douloureuse, que l'on perçoit nettement par le toucher rectal. En présence de ces signes d'infection, on songe à un peu de péritonite circonscrite et, le 14 mai, on ponctionne à travers la paroi vaginale postérieure cette collection qui renferme deux cuillerées de pus. Les symptômes généraux et

locaux s'amendent rapidement, l'écoulement menstruel se fait vers le 21 mai avec quelques douleurs vives au début. La malade retourne chez elle.

En juin et juillet, les périodes menstruelles se sont accompagnées de quelques douleurs.

En août, la malade vient se soumettre à un nouvel examen. On constate la même atrésie du trajet intermédiaire entre le vagin et l'utérus et on pratique encore de la dilatation par la laminaire. On obtient une dilatation suffisante pour permettre à l'index d'arriver sur l'orifice utérin, on met alors en place une sorte de pessaire en caoutchouc durci en forme de sablier pour maintenir la dilatation obtenue. Cet appareil est mal supporté; on fait d'autres applications, rien ne reste en place et les règles étant revenues fin août, on cesse toute tentative. La malade désirant rentrer chez elle, on l'examine et on constate qu'il s'est produit en arrière de l'orifice utérin, une petite fistule qui conduit dans le rectum.

En octobre, la malade nous écrit qu'elle a eu ses règles sans douleur, mais l'écoulement sanguin par le vagin a été insignifiant et elle s'est aperçue, en allant à la selle, qu'elle évacuait du sang en même temps que les matières; c'est par la fistule que nous avons constatée que le sang menstruel passait directement de la cavité utérine dans le rectum.

En octobre et novembre 1896, l'évacuation de l'écoulement périodique continue à se faire par le rectum, sans grande douleur, mais la malade se plaint de souffrir du côté des annexes et en même temps la cuisse droite est le siège d'élançements douloureux.

Le 15 décembre la malade est examinée, on constate de l'empâtement de chaque côté de l'utérus; il est manifeste qu'il s'est produit des lésions bilatérales des annexes de nature infectieuse, au moment où la malade a présenté des phénomènes généraux et de l'élévation de température. La communication de la cavité utérine avec le rectum a encore favorisé le développement de cet état infectieux.

La malade souffre beaucoup et a perdu ses forces; elle demande l'ablation des ovaires.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu où, après examen fait à nouveau, par nous et par M. Maurice Pollosson, chirurgien-major, nous décidons de faire la laparotomie. Elle est pratiquée le 2 mars 1897. Nous trouvons sur la ligne médiane l'utérus, et, de chaque côté, deux masses du volume d'une orange, chacune composée des annexes

enflammées, recouvertes de fausses membranes avec des abcès interstitiels, le tout adhérent au péritoine pelvien du petit bassin. On pratique avec beaucoup de peine le décollement de ces masses et on en fait l'ablation en laissant en place l'utérus pour éviter de prolonger l'opération et être sûr de respecter les uretères, dont on ignore la situation au milieu des anomalies de la région. On fait un Mickulicz plongeant de chaque côté de l'utérus dans le petit bassin.

Pendant les trois jours qui suivent l'opération, la malade est dans un état relativement satisfaisant, mais le quatrième jour elle offre des signes de péritonite et meurt le sixième jour.

L'examen des pièces enlevées a montré qu'elles étaient constituées par les trompes et les ovaires, mais l'autopsie n'ayant pu être faite il n'a pas été possible d'éclaircir davantage la disposition anatomique de l'anomalie constatée pendant la vie.

En résumé, on peut ramener cette observation aux points suivants : Malformation congénitale des organes génitaux avec indépendance complète du vagin et de l'utérus clos. Restauration par abouchement du vagin et de l'utérus ouvert et cessant d'être une cavité close.

Résultat : Etablissement régulier de la fonction menstruelle avec grande atténuation des douleurs. Atrésie progressive d'un trajet intermédiaire à l'utérus et au vagin. Résistance de cette atrésie à tous les moyens employés. Infection de la cavité externe et début des lésions annexielles. Etablissement d'une fistule utéro-rectale, ou plutôt entre le trajet intermédiaire à l'utérus et au vagin et le rectum. Prédominance des lésions des annexes. Laparotomie, ablation des annexes suppurées. Mort par péritonite de propagation.

La première partie de l'observation nous montre la restitution des organes, vagin, utérus, le retour à la perméabilité du canal vagino-utérin, l'apparition des règles, le fonctionnement physiologique de l'utérus. C'est un tableau parfait et séduisant, mais il eût fallu pouvoir conserver cet état de choses. La création spontanée d'un trajet intermédiaire entre le vagin et l'utérus a tout compromis. En s'atrésiant, ce trajet a produit de la rétention menstruelle et les manœuvres employées pour lutter contre cette atrésie ont pu être le point de départ de l'infection des annexes.

Je crois que si j'avais pu d'emblée faire descendre assez l'utérus pour l'enserrer dans l'extrémité supérieure

du vagin et créer entre l'utérus et la muqueuse vaginale une solidarité immédiate sans tissu de cicatrice intermédiaire, j'aurais conservé à l'extrémité supérieure du cylindre vaginal fixée sur l'utérus, sa circonférence existant au moment de la fixation, ce trajet intermédiaire ne se serait pas produit et nous n'aurions pas eu la suite des accidents qui constituent le revers de la médaille dans notre observation.

Je sais bien qu'en pareil cas on peut d'emblée faire la castration, mais devant le refus de la malade, nous avons adopté un autre programme et j'avoue que, pendant quelque temps, j'ai cru avoir le droit de m'en féliciter. L'examen de ces faits montre que si nous eussions pu conserver le résultat acquis dans les trois premiers mois, nous aurions réalisé une cure remarquable en rendant à leur fonctionnement physiologique des organes malformés, et dont la présence en pareil état paraissait incompatible avec l'existence. Notre échec dans la conservation des premiers résultats acquis ne sera peut-être pas un encouragement à adopter notre ligne de conduite. Peut-être vaudrait-il mieux se résigner à la mutilation d'emblée en imposant cette nécessité à la malade.

**M. Fochier.** — L'observation de M. Albertin est extrêmement intéressante, mais elle confirme l'indication, qu'en présence des malformations utéro-vaginales, des sténoses de ces conduits, il ne faut pas aller à la recherche du col, On risque ou de ne pas le trouver, ou de ne pouvoir l'utiliser. Il faut faire d'emblée la castration ovarienne et s'en contenter.

**M. Gangolphe.** — L'observation de M. Albertin me rappelle un cas de malformation vaginale extrêmement intéressant par lui-même et par les circonstances dans lesquelles je l'observai. Il y a six ou sept ans on amena dans mon service, à l'hôpital de la Croix-Rousse, une jeune femme qui souffrait de douleurs analogues à celles de l'accouchement, sans présenter aucune perte : d'autre part, elle disait que les règles, jusqu'alors très régulières avaient brusquement et complètement cessé depuis cinq mois, un certain temps après son mariage. En même temps apparaissaient les signes de grossesse, gonflement des seins... La veille de son admission elle avait commencé à souffrir, depuis près de 20 heures; les tranchées reviennent à peu près régulièrement toutes les 10 ou 15 minutes.

Le ventre était augmenté de volume; la région sous-ombilicale occupée par une tumeur arrondie qui parais-



sait être le globe atténué: pas de battements de cœur fœtal ni de souffle...

Mais le toucher m'étonna; l'index entra dans un cul-de-sac au fond duquel on ne percevait ni col utérin, ni orifice. D'autre part, ce que je croyais être le cul-de-sac postérieur était bleuâtre et contenait des *parties résistantes*, rappelant les petites parties.

En présence de ces symptômes, je décidai d'inciser le *cul-de-sac* supposé, et d'entraîner le fœtus par cette voie.

L'incision permit d'enlever un fœtus déjà plus ou moins macéré, et le placenta.

Une injection d'eau bouillie fut faite prudemment, car je craignais d'avoir ouvert le cul-de-sac péritonéal.

Ce n'est que plus tard que je songeais à une autre hypothèse que l'autopsie me permit malheureusement de vérifier. En effet, cette malheureuse succomba à de la septicémie; je rappelle qu'elle portait un fœtus macéré, et déjà plus ou moins altéré.

Je constatais qu'il s'agissait d'un cloisonnement du vagin. Ce conduit était divisé en deux étages, l'un ouvert en avant et terminé en cul-de-sac perforé d'un petit pertuis en arrière; c'est dans ce cul-de-sac que s'effectuait le coït; l'autre étage, ouvert en arrière, du côté du col utérin, fermé en avant; c'est dans ce cul-de-sac qu'avait eu lieu l'avortement.

**M. Fochier** trouve très curieux le fait signalé par M. Gangolphe. Il s'agit d'un cas de cloisonnement du vagin, malformation qui donne lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic et peut, par suite, amener des interventions ne correspondant pas à des indications exactes. Ce sont des faits qu'il est utile de connaître au double point de vue du diagnostic, et de l'indication thérapeutique.

---

Séance du 2 juin 1898. — Présidence de M. FOCHIER.

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du 5 mai 1898. Le procès-verbal est adopté.

\*\*\*

### EXOPHTALMIE INTERMITTENTE

**M. Gayet** relate l'observation d'une malade qui, 15 jours après son dixième accouchement, a ressenti une

sensation d'exophtalmie, sensation qu'elle a, du reste, éprouvée d'autres fois. La saillie portait habituellement sur les deux yeux ; elle durait quelques minutes et la réduction s'opérait sous l'influence du massage oculaire.

Cette dernière fois, l'œil droit seul fut atteint, et ne put être réduit par les manœuvres ordinaires. La malade s'aperçut alors que la vision diminuait peu à peu et enfin disparut. Elle est entrée à l'Hôtel-Dieu, huit jours après. A ce moment M. Gayet constate une saillie énorme de l'œil avec du chemosis mou, avec intégrité de la cornée et de la sclérotique, vision et mouvements oculaires complètement abolis.

A l'examen ophtalmoscopique on constata des hémorragies multiples et en nappe de la membrane rétinienne.

Il n'y avait pas lieu de soupçonner une maladie de Basedow.

En recherchant des faits semblables M. Gayet a vu que, dans ces cas d'exophtalmie intermittente, on a la preuve qu'il s'agit de dilatations veineuses intra-orbitaires. Chez la malade de M. Gayet on n'a pas pu constater de dilatation de voisinage dans le système veineux. L'auteur se demande, en face de ce cas, s'il ne s'agit pas d'une action nerveuse ayant amené une vaso-dilatation artérioveineuse capable de projeter l'œil en avant, de paralyser le nerf optique, etc. On peut se demander aussi s'il ne s'agirait pas aussi d'une rupture de l'artère ophtalmique dans le sinus.

La malade, au bout de quelque temps, a vu son œil rentrer dans l'orbite spontanément mais avec perte de la vision.

\*\*\*

#### **MAIN BOTE ET ABSENCE CONGÉNITALE DU RADIUS. PIEDS BOTS ET ABSENCE PARTIELLE, CONGÉNITALE, DU TIBIA**

**M. Siraud**, agrégé, présente à la Société de Chirurgie deux enfants atteints de malformations congénitales, observés dans le service du Dr Nové-Josserand, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

L'un de ces enfants, Louise B..., est une fillette de 3 ans 1/2. Son avant-bras droit est atrophié et porte une main bote. Ses antécédents héréditaires sont dénués d'intérêt, car les parents sont bien conformés, bien portants, et n'ont pas eu d'autre enfant. Cette malformation date de la naissance et n'a fait que s'exagérer avec la croissance de la fillette. Voici la description des diffor-

mités du membre thoracique droit : il existe une atrophie partielle de ce membre, qui porte exclusivement sur l'avant-bras et la main. Le bras, en effet, a la même longueur que son homologue du côté opposé ; il est un peu amaigri, car sa circonférence ne mesure que 14 centim. alors que le bras gauche à 16 centim. de tour ; quant à l'avant-bras et à la main droite, ils sont à la fois diminués de longueur et d'épaisseur ; la main est, en outre, renversée sur le bord radial, de telle sorte que son grand axe, au lieu de continuer celui du membre, fait avec celui-ci un angle droit, ouvert en dehors.

Les dimensions respectives des deux avant-bras, sont :

A droite...	{	Longueur.....	= 10 centim.
	{	Circonférence.....	13 »
A gauche..	{	Longueur.....	= 13 centim.
	{	Circonférence.....	= 16 »

Les longueurs ont été prises du bec de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus ; les longueurs des mains sont : à droite, 10 centim. ; à gauche, 12 centim. On cherche vainement le radius droit, il manque et, dans sa région, c'est-à-dire sur le bord radial de l'avant-bras, existe une atrophie musculaire très marquée. Tout mouvement de pronation et de supination a disparu ; seuls, des mouvements de flexion et d'extension se passent dans l'articulation du coude, réduite à une articulation huméro-cubitale. Le cubitus, qui constitue à lui seul le squelette anti-brachial, est raccourci et incurvé en avant et en dehors. La main s'articule par son bord cubital avec cet os, mais l'article est lâche et permet des mouvements dans tous les sens. Toute la portion radiale de la main est atrophiée, l'index et le pouce surtout sont notablement diminués de longueur et d'épaisseur. Le pouce est réduit à un appendice immobile et inutile, inséré sur un métacarpien rudimentaire ; la rangée radiale des os du carpe semble, d'ailleurs, absente, ainsi qu'on peut le constater sur une radiographie due au Dr Destot. Les doigts accomplissent des mouvements de flexion, mais l'extension est plus difficile ; quant à la préhension des objets, elle est normalement nulle : l'enfant saisit les objets soit entre le médius et l'annulaire, soit entre le doigt et l'auriculaire. Le jeu des interosseux mobilise surtout ces derniers doigts. Une bourse séreuse s'est développée au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus. On cherche vainement les pulsations de

l'artère radiale. La sensibilité cutanée est intacte. Il n'existe aucune malformation ailleurs.

Il s'agit donc d'une main bote, due à l'absence congénitale de radius. Cette difformité n'est pas très fréquente, puisque la statistique de Hoffa donne un cas sur 1.444 cas de difformités. Dollinger n'a pas vu un seul cas sur 859 difformités. Kirmisson en cite huit exemples personnels. Une récente statistique, publiée par Werner Kummel (1895), relate 68 cas d'absence congénitale du radius ; dans 28 cas, l'absence complète du radius portait à la fois sur les deux membres supérieurs, 16 fois elle existait seulement du côté droit et 14 fois du côté gauche, de sorte que les deux côtés sont atteints avec une fréquence à peu près égale.

Il est rare que l'affection soit unilatérale ; l'absence congénitale du radius semble plus fréquente que celle du cubitus. L'absence partielle du radius est plus rare ; en corrélation avec ces anomalies du squelette existent des anomalies musculaires, vasculaires et nerveuses, et mêmes osseuses (humérus et surtout le carpe).

Le deuxième enfant, Pierre C..., est un garçon de 6 ans  $\frac{1}{2}$ , dont les parents ne présentent aucune difformité ; les six frères ou sœurs de l'enfant sont bien conformés. Il est atteint de malformations multiples des membres inférieurs : à droite est un pied bot varus équin ; à gauche, la jambe est atrophiée, diminuée de longueur (11 centim. de moins que la droite), son squelette est réduit au péroné, subluxé en dehors et en arrière et incurvé de telle façon, que la concavité regarde] en dedans et en avant ; le tibia existe, mais il est incomplet : il est réduit à peu près à l'épiphyse supérieure qui se termine au tiers supérieur de la jambe, en s'effilant, par une pointe osseuse aiguë perceptible sous la peau. Au niveau de cette pointe, est une grosse bourse séreuse hémisphérique, saillante et portant à sa surface une cicatrice transversale, profondément déprimée. Cet aspect fait que le tibia semble avoir été sectionné à ce niveau. L'articulation tibio-fémorale est extrêmement lâche ; le plateau tibial est subluxé sur les condyles, en arrière et en dedans ; la tête du péroné vient d'ailleurs, en contact du condyle externe. La rotule est bien développée. Sur l'extrémité inférieure du péroné s'enroule un pied bot varus, plus court de 3 centim. que le droit et qui semble avoir des arrêts de développement dans le massif osseux tarsien. Atrophie des muscles de la jambe, mouvements d'ensemble très limités, les orteils sont doués des mou-

vements d'extension; le gros orteil a des mouvements d'opposition indépendants de la flexion et de l'extension.

On constate d'autres malformations : la colonne vertébrale est atteinte d'une forte scoliose à convexité droite, bien nette quand le malade essaye de se tenir debout sur le membre inférieur droit. Cicatrice et dépression coccygiennes, doigts légèrement palmés, aux membres supérieurs ; au crâne fontanelle persistante entre les deux pariétaux, dents crénelées, voûte du palais ogivale.

L'enfant marche à « quatre pattes » sur les genoux et les mains.

En résumé, il s'agit d'une absence partielle, congénitale, du tibia gauche, coexistant avec des malformations multiples.

Ces absences congénitales du tibia sont plus rares que celles du péroné. Buckhart cite (1890) 10 absences totales, 6 partielles; W. Kummel (*loc. cit.* 1895) a relevé 35 observations; Muralt (1890) 30 cas. L'os est totalement ou partiellement absent (fréquence à peu près égale) ; l'anomalie serait plus fréquente à droite, mais les deux côtés peuvent être simultanément atteints. On a noté que le sexe masculin fournit un plus fort contingent. L'association à d'autres malformations est fréquente (cryptorchidie malformations osseuses, absence de la rotule.)

Il est impossible de donner une pathogénie unique, suffisamment claire, pour tous les cas; l'hérédité a une influence évidente. On cite partout le cas de Bouvier. Un homme, père de cinq enfants, atteint de main bote due à l'absence congénitale du radius et du pouce, eut quatre enfants difformes; d'autres cas récents ont été relatés. L'influence de l'hérédité est incontestable, mais ce n'est pas une explication.

Il y a une cause dont l'action est évidente. C'est celle où des lésions du système nerveux central ont produit des paralysies, des troubles de la parole et de l'intelligence et avec lesquels ont coïncidé des altérations musculaires et une main bote. Cette cause est à rejeter dans nos deux observations.

Darreste rattache l'origine de ces malformations à l'étroitesse du capuchon amniotique, qui exercerait sur les extrémités une compression suffisante pour déterminer une attitude vicieuse et entraîner l'atrophie des éléments anatomiques constitutifs du squelette des membres.

En outre, à la face interne de l'amnios peuvent exister, d'après les mêmes auteurs, des brides, des adhérences qui

agiraient pour déterminer soit des amputations congénitales, soit tout au moins des arrêts de développement, et des déformations des membres. J'ai fait remarquer que de profondes cicatrices cutanées sont visibles, dans ces deux cas personnels, sur plusieurs points des membres vicieusement conformés.

**M. Vincent** a vu plusieurs cas d'absences congénitales du tibia. Il croit peu à l'action de l'arthrodèse et préférerait l'emploi d'appareils orthopédiques au moins pour le membre supérieur. Elle serait d'une action plus réelle pour le membre inférieur.

**M. Albertin** a observé aussi un cas d'absence congénitale double du radius avec main bote. La syphilis et l'alcoolisme existaient chez les parents.

**M. Gangolphe**, à propos de recherches bibliographique sur la syphilis osseuse, se rappelle que Petersen a démontré qu'avec l'arrêt de développement du radius, il y a aussi arrêt de développement du premier métacarpien. Or, quand il s'agit de lésion syphilitique, on n'a pas cette concomitance d'absence du premier métacarpien. Dans l'observation de M. Albertin le premier métacarpien paraissait absent, ou peu développé.

---

*Séance du 16 Juin 1898.* — Président: M. OLLIER.

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du 2 juin 1898. Le procès-verbal est adopté.

\*\*\*

#### GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE EN Y SUIVANT LE PROCÉDÉ DE ROUX, DE LAUSANNE

**M. Guillaud.**— La gastro-entéro-anastomose est une conquête assurée, mais le choix du procédé est encore en discussion; aussi ai-je cru intéressant de vous présenter un malade opéré suivant le procédé rétro-colique en Y de Roux de Lausanne.

Voici l'histoire de mon malade :

M. M..., âgé de 52 ans, me fut amené, le 10 mai dernier, à l'hôpital St-Joseph, par mon ami le docteur Laguaite.

M. M... nous arrivait avec l'indication posée par M. Bouveret d'une pyloroplastie ou d'une gastro-entérostomie.

C'est en 1891, il y a donc 7 ans, que M. M... a commencé à souffrir de l'estomac, en même temps qu'il se sentait

devenir irritable, nerveux et sans sommeil. Quatre ou cinq heures après le repas de midi, des douleurs survenaient; la nuit, elles empêchaient le sommeil. M. M... perdit rapidement 18 kilos, et son poids tomba de 92 à 74 kilos. A la suite d'un traitement prescrit par M. Bouveret, dont le bicarbonate de soude paraît avoir été la base, il y eut une amélioration très notable qui persista deux ans.

En 1896, rechute, puis alternatives d'aggravation et d'amélioration suivant que le malade suivait ou abandonnait son régime. Cependant, depuis quelques mois, le malade voyait ses douleurs augmenter, de nouveaux malaises apparaître; son poids tombait à 47 kilos.

Le malade ne vomissait jamais, mais il avait un ballonnement constant qui augmentait après chaque repas. Les douleurs devenaient plus vives, sa constipation excessive et le malade réduisait de plus en plus son alimentation, son amaigrissement augmentait encore; ses forces diminuaient; il prenait un faciès cachectique et avait même un peu d'œdème des malléoles.

M. Bouveret revit le malade le 4 mai dernier et nous devons à son obligeance les détails suivants: acide chlorhydrique libre ou combiné en notable proportion; rétention d'aliments ingérés depuis huit jours (graines de lin). M. Bouveret conclut à une sténose pylorique incomplète, avec dilatation d'estomac d'origine ulcéreuse, et engagea vivement le malade à se soumettre à une opération.

A son entrée à l'hôpital St-Joseph M. M... est dans l'état suivant: très amaigri, d'un teint jaune terreux, paraissant menacé à brève échéance. Localement on constate une énorme dilatation d'estomac; la grande courbure descend bien au-dessous de l'ombilic. Des mouvements vermiculaires de l'estomac indiquent un obstacle pylorique, et la stase gastrique est considérable.

Rien au cœur, ni aux poumons, ni aux reins.

*Opération* faite, le 14 mai, avec le concours de mon ami, le Dr Laguaite, et de mon collègue, le Dr Raffin. Le malade n'a pas été purgé la veille; a pris des lavements alimentaires.

Immédiatement avant l'opération, je fais faire un lavage d'estomac, non pour laver l'estomac, mais plutôt pour bien le vider, et je fais passer plusieurs litres d'eau alcaline, puis d'eau boricuée. Le lavage ramène des débris alimentaires, des mucosités, un liquide de teinte noirâtre, hématique. On arrive à vider l'estomac, que l'on sent retractoré.

L'anesthésie, faite à l'éther, n'a pas présenté d'accident. Incision de 18 centimètres environ, dont l'ombilic occupe à peu près le centre.

L'estomac, à parois épaisses, charnues, occupe sa situation à peu près normale, ou plutôt il s'est retracté du fait du lavage.

Le pylore est amené à la plaie. Sa face antérieure est libre, mais, à sa face postérieure, on sent une induration qui se prolonge le long de la petite courbure, et dont la nature nous laisse quelques doutes. De petits ganglions dans l'épiploon gastro-hépatique. Ces lésions sont disposées de telle sorte qu'une pyloroplastie ne nous paraît pas devoir assurer un résultat durable. Nous nous décidons donc à faire une gastro-entéro-anastomose.

Deux ou trois éponges et plusieurs compresses stérilisées isolent bien les viscères à anastomoser.

Je sors le côlon transverse, j'éventre le méso-côlon transverse, entre deux arcades vasculaires et j'attire, par cette brèche, facilement au dehors la face postérieure de l'estomac dans la région prépylorique. Je pince un large pli de celle-ci avec une pince de Doyen, et c'est sur cette partie pincée que je ferai mon anastomose.

Je trouve facilement le jejunum à son émergence, et le sectionne à 15 ou 20 centimètres au-dessous, entre deux pinces de Doyen, et en prolongeant la section sur le mésentère entre deux branches vasculaires. Quelques minutes sont perdues à arrêter une petite hémorrhagie mésentérique. Le bout supérieur ou duodénal, pincé et enveloppé d'une compresse, est récliné à gauche (par rapport au malade).

Le bout inférieur ou jejunal, également pincé, est rapproché de l'estomac avec lequel on va l'anastomoser par une implantation terminale. M. Laguaite tient par les pinces, et parallèlement, les deux viscères à anastomoser.

Premier plan, postérieur, de suture séro-séreuse, en surjet, avec points renforcés au fil de soie fin. Par suite de la tension des viscères par les pinces, un simple surjet suffirait probablement.

Deuxième plan séro-musculaire; après avoir légèrement incisé au bistouri la séro-musculaire sur l'estomac et l'intestin, on fait la suture séro-musculaire,

Troisième plan : on achève la section commencée sur l'estomac que l'on ouvre ainsi, puis sur l'intestin, ce qui amène à en réserver un centimètre environ, la partie



pincée. Suture muco-muqueuse postérieure, avec arrêt aux extrémités.

Puis, avec le même fil, on fait le quatrième plan de suture, plan muco-muqueux antérieur. L'anastomose est établie: on peut enlever la pince, qui ferme l'estomac. On comprend qu'on eût pu, comme le conseille Roux, se passer de vider l'estomac.

Cinquième plan, séro-musculaire, antérieur.

Sixième plan, séro-séreux antérieur.

Petite toilette rapide, au pourtour de l'anastomose gastro-intestinale.

*Anastomose jejuno-jejunaie.* — Le bout jejunal supérieur, incliné à gauche, au début, est rapproché d'un point du jejunum sous-jacent à l'anastomose précédente et à quelques centimètres au-dessous.

Deux fils placés à la manière de Jaboulay, maintiennent les deux viscères rapprochés et tendus l'un à côté de l'autre.

J'ai fait encore trois plans de suture.

L'intestin n'a été ouvert qu'après le premier plan séro-séreux postérieur.

Le plan muco-muqueux a été un peu fermé, pour ne pas établir une trop large communication, le bout duodéal ne devant déverser dans le jejunum que les sécrétions du foie, du pancréas, des glandes duodénales.

Un point de suture sur le mésentère sectionné, pour ne pas laisser un orifice susceptible d'offrir à une anse intestinale l'occasion de s'étrangler.

Triple plan de suture de la plaie de la paroi abdominale, avec trois points de renforcement sur la couche aponévrotique.

Durée de l'opération: 1 heure et demie, pendant la fin de laquelle on a commencé une injection sous-cutanée de sérum de 1 litre.

On a ainsi réalisé une double anastomose: l'une gastro-jejunaie, par laquelle les aliments passent directement de l'estomac dans le jejunum; l'autre jejuno-jejunaie, par laquelle le bout duodéal de l'intestin déverse les produits de sécrétion de ses glandes, ceux du foie et du pancréas, et les quelques aliments qui auraient pu passer par le pylore. Le jejunum, ainsi divisé et suturé, prend la forme d'un Y.

Nous avons suivi, dans ses détails, le procédé de Roux.

On a donné du lait et des œufs, à partir du troisième jour; des quenelles et des cervelles, le cinquième jour. Si on n'a pas permis ces aliments plus tôt, c'est que l'état

du malade n'exigeait pas une alimentation plus substantielle.

Une selle était provoquée, chaque matin, par le lavement glycéринé. Bientôt elle est devenue spontanée. Les selles ont été noires, hématiques, pendant trois jours; puis elle sont devenues blanches, puis brunâtres. Elles étaient d'une abondance exceptionnelle.

Le dixième jour, 24 mai, ablation des fils de la suture cutanée et réunion par première intention.

M. M... se lève le lendemain.

Le 7 juin 1898, le malade quitte l'hôpital, prétendant avoir pris 9 kilos, son poids étant passé de 47 kilos à 56 kilos.

Actuellement il n'a aucun trouble de la digestion. Ce qu'il y a de plus frappant, c'est la force de l'appétit. Il semble même que ce soit un besoin, en même temps qu'un plaisir, pour M. M..., de manger, et de manger souvent. En plus de ses trois repas, il boit deux litres de lait. Il mange de tout à peu près. Il évite, cependant, sur notre conseil, les aliments à résidu coriace.

Les selles sont toujours très abondantes.

Cette observation isolée ne peut avoir la prétention d'établir aucune supériorité en faveur de telle ou telle méthode.

Ce qu'elle nous permet d'affirmer, c'est que le résultat a été parfait, au point de vue du rétablissement des fonctions gastro-intestinales;

Que si, théoriquement la conception de l'opération de Roux est des plus logiques et des plus satisfaisantes, elle ne présente, pratiquement, aucune difficulté qui puisse lui être objectée.

Je ne veux pas oublier ici que Jaboulay a été des premiers à conseiller une seconde anastomose pour faciliter l'évacuation du contenu du duodenum.

**M. Vallas** a pratiqué un gastro-antéro-anastomose en Y et, comme M. Gouilloud, il a été frappé de la supériorité de ce procédé opératoire, soit au point de vue physiologique, soit au point de vue de l'innocuité. Dans le cas de M. Vallas, une des anastomoses a été faite avec le bouton de Villard.

Le malade a rapidement pris de l'embonpoint.

**M. Gangolphe** croit aussi à la supériorité du procédé de Roux : il a perdu deux malades par les autres procédés.

### VARICES DU MEMBRE INFÉRIEUR ET ALLONGEMENT DU MEMBRE

**M. Gangolphe** présente un malade atteint d'énormes varices, mais, en outre, il présente une hypertrophie, en longueur et en épaisseur, du squelette.

L'allongement est au moins de 4 centimètres et porte sur le fémur, le tibia et le péroné.

\*\*\*

### RÉSECTION TOTALE DU COUDE DATANT DE 28 ANS. CONSTITUTION DE LA NEARTHROSE RESTÉE INTACTE MALGRÉ L'INVASION DES ORGANES INTERNES PAR LA TUBERCULOSE.

**M. Ollier.** — Un de mes anciens réséqués du coude vient de rentrer à la clinique pour des douleurs lombaires symptomatiques d'une poussée probable de la tuberculose osseuse dans les vertèbres, et je saisis cette occasion pour vous faire constater le résultat d'une opération datant de 28 ans déjà, et l'intégrité de l'articulation nouvelle au milieu de diverses localisations tuberculeuses survenues dans ces derniers temps.

Ce sujet a présenté un des plus beaux résultats qu'il m'ait été donné d'obtenir. Il a été opéré le 10 mai 1870, et était alors âgé de 17 ans. Il se nomme Benoît; c'est le malade dont j'ai cité l'observation dans le t. II du *Traité des résections* et que j'ai donné comme type de la première variété des néarthroses du coude, c'est-à-dire comme type d'un *gynglisme parfait, avec solidité latérale absolue et mobilité antéro-postérieure complète*. Ce sujet a porté jusqu'à 17 kilos à bras tendu horizontalement, en 1884, quatorze ans après la résection, il en portait 20 du côté droit non opéré. A cette époque il était tellement vigoureux qu'il gagnait six francs par jour tandis que ses camarades n'en gagnaient que cinq.

Aujourd'hui vous voyez un sujet fatigué, amaigri, affaibli à la suite de poussées tuberculeuses sous la plèvre et le poumon; mais il a travaillé jusqu'à l'arrivée des douleurs lombaires qui l'ont amené à la clinique.

Les membres sont amaigris et la force est sensiblement égale des deux côtés, soit à la pression, soit à l'acte de

porter des poids à bras tendu. L'affaiblissement musculaire est général.

La constitution de la néarthrose est toujours la même; la solidité latérale est absolue, la flexion à peu près complète, mais l'extension est limitée à 130 degrés. Il y a donc une déchéance générale de l'organisme, l'atrophie musculaire existe des deux côtés, et l'on voit, là, un de ces exemples de sénilité précoce qu'on observe chez les anciens réséqués dont la santé générale s'altère sous l'influence d'une cause quelconque et, en particulier, d'une nouvelle poussée de tuberculose qui les fait vieillir de bonne heure.

Mais, au milieu de cette déchéance générale, la néarthrose a gardé sa constitution anatomique et sa souplesse, malgré la limitation des mouvements d'extension. On voit et on sent des tubérosités nouvelles à l'extrémité inférieure de l'humérus emboîtées solidement en arrière par une olécrâne de nouvelle formation.

Ce sujet a mené, depuis 28 ans, une vie excessivement pénible, en travaillant soit comme tuilier, soit comme vigneron. Il a commencé à tousser en 1884, mais il se remit de cette première atteinte et, quoique ses sommets se soient indurés à la suite de plusieurs bronchites et que la plèvre gauche ait été atteinte, le coude opéré est resté absolument indemne. J'insiste sur ce fait, qui est un des plus grands arguments en faveur des résections chez les tuberculeux; c'est que, quand l'opération a détruit, par excision ou cautérisation au fer rouge, tous les tissus tuberculeux, le sujet n'est pas plus exposé à la généralisation tuberculeuse que si on lui avait amputé le membre. Mais, pour que cette préservation soit obtenue, il faut faire des résections complètes et se livrer à la recherche minutieuse de tous les foyers tuberculeux que les os de l'articulation peuvent contenir.

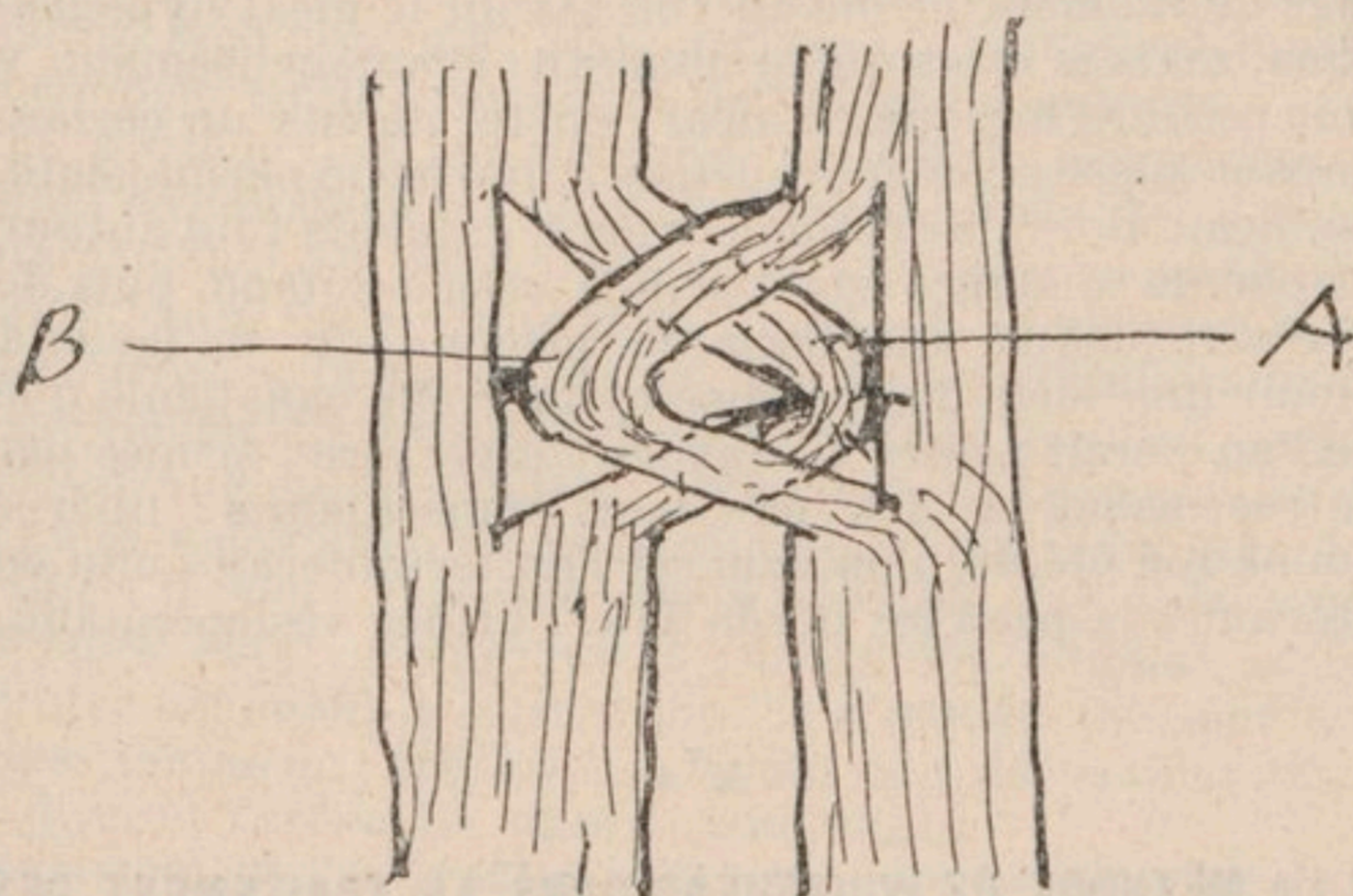
\*\*\*

#### **SUR LA CONTINENCE DU MEAT HYPOGASTRIQUE APRÈS L'ÉPICYSTOSTOMIE. — PROCÉDÉ POUVANT PERMETTRE DE L'OBTENIR.**

**M. Chandelux.** — Lorsqu'on a dû recourir à l'établissement d'un méat hypogastrique, la plupart du temps, l'urine s'écoule d'une façon permanente et continue par cet orifice, au grand désagrément des malades. Divers

procédés ont été proposés pour obtenir la continence de ce méat. Ils seront rappelés, à propos de l'observation détaillée du malade faisant l'objet de cette communication, par M. Carle, interne des Hôpitaux, dans un travail qui paraîtra prochainement dans la *Province Médicale*.

Le procédé que j'ai mis en usage consiste essentiellement dans l'entrecroisement sur la ligne médiane de deux bandelettes musculaires prises sur les grands droits de l'abdomen et formant une double sangle, à travers l'ouverture de laquelle on fait passer les parois de la vessie avant de les suturer à la peau. Sur chaque muscle droit de l'abdomen, à deux centimètres de son bord interne, j'ai, par une incision longitudinale de 40 cent. de longueur, libéré une bande musculaire facilement mobilisable, tout en restant attachée au muscle, en haut et en bas. Puis, attirant la bande musculaire A



prise sur le muscle du côté droit vers le muscle grand droit du côté gauche, le sommet de l'anse ainsi obtenue a été fixée aux fibres musculaires. Il en a été de même pour la bande musculaire détachée du grand droit, à gauche ; on obtient ainsi, dans l'intervalle d'entrecroisement de ces deux anses, une ouverture à travers laquelle ont été attirées les parois de la vessie, avant de les fixer à la peau par six points de suture au fil de soie un peu fort. L'ouverture vésicale fut immédiatement serrée par la contractilité des faisceaux musculaires entrecroisés et il fallut placer un drain de caoutchouc pour maintenir la béance de cette ouverture et assurer, pendant les premiers jours, l'écoulement continu de l'urine.

Tout paraissait devoir se passer simplement. Malheureusement le malade avait des urines purulentes, fétides, très septiques, qui provoquèrent un phlegmon diffus de la cavité de Retzius et des parois de l'abdomen. Malgré de larges incisions, les phénomènes infectieux persistèrent et le malade succomba quatre jours après l'opération.

Les fils de suture avaient maintenu la vessie exactement fixée à la peau pendant les 48 premières heures, alors que commençait déjà l'inflammation septique des parois abdominales. Au moment de la mort, 4 d'entre eux avaient sectionné les parois de la vessie, probablement sous l'influence de la constriction énergique des faisceaux musculaires entrecroisés des droits qui tendaient à refouler la vessie dans la cavité pévienne.

Il semble ainsi que ce procédé ne doit pas être mis en usage au moment même où l'on établit le méat hypogastrique, mais je crois qu'on pourrait avantageusement y avoir recours lorsque ce méat existe depuis un certain temps et laisse écouler les urines d'une façon permanente. Il suffirait alors de sectionner les téguments tout autour et à peu de distance de l'orifice vésico-cutané, puis de disséquer jusqu'à une certaine profondeur, de façon à obtenir une sorte d'appendice cylindroïde canaliculé que l'on ferait passer à travers l'ouverture formée par l'entrecroisement des faisceaux musculaires libérés comme il a été dit plus haut, et l'on terminerait enfin en suturant à la peau les bords de cet orifice vésico-cutané.

\*\*\*

#### DE LA MÉTHODE DE WHITEHEAD DANS LE TRAITEMENT DES HÉMORROIDES

**M. Nové-Josserand.** — Messieurs, à l'avant-dernière séance de la Société, une communication de M. Laroienne a mis en discussion le traitement opératoire des hémorroïdes, et plusieurs de nos collègues ont fait connaître, à cette occasion, leur opinion sur ce sujet.

Je ne voudrais pas laisser clore ce débat sans vous apporter les documents que j'ai sur un traitement proposé depuis quelques années seulement, et sur la valeur duquel on est encore mal édifié : je veux dire l'excision des hémorroïdes par la méthode de Whitehead.

J'ai pratiqué sept fois cette opération et, à l'occasion

de sa thèse, un de mes élèves a recherché tous mes opérés, dont quelques-uns ont été vus 14 et 15 mois après leur sortie de l'hôpital. C'est d'après cet ensemble de faits que je vais chercher à juger cette opération et à déterminer ses indications.

Vous connaissez le principe de la méthode. Elle consiste à enlever comme une tumeur les hémorroïdes et la muqueuse qui les recouvre, et à abaisser ensuite la muqueuse saine qui est suturée à la peau de la région anale.

Tout en conservant le principe, j'ai été amené à modifier quelque peu le manuel opératoire proposé par Whitehead. Celui-ci, et la plupart de ceux qui l'ont imité, font une incision circulaire à l'union du bourrelet hémorroïdaire avec la peau anale ; ils dissèquent en remontant la muqueuse rectale et les paquets hémorroïdaires qui doublent sa face profonde, puis, arrivés à la muqueuse saine, ils coupent circulairement et font alors les sutures.

Le procédé que j'ai employé ressemble par quelques points à celui qui a été décrit par Reclus, mais il en diffère notablement par plusieurs autres : le voici en quelques mots : l'anüs étant largement dilaté, on attire au dehors les bourrelets hémorroïdaires ; on incise circulairement la muqueuse au dessus des hémorroïdes que l'on dissèque ensuite en descendant, après les avoir divisées en 4 paquets. Cette manière de faire a pour moi l'avantage de réduire le plus possible l'hémorrhagie, les vaisseaux afférents étant sectionnés et pincés dès le début, et de faciliter beaucoup la dissection. Je n'insiste pas sur les autres temps de l'opération, n'ayant rien de particulier à en dire, et j'arrive de suite aux résultats.

Assurément l'extirpation des hémorroïdes, dans les cas graves comme ceux où je l'ai pratiquée, est une intervention sérieuse, parce que l'hémorrhagie est toujours assez abondante, et qu'elle a une durée assez longue, trois quarts d'heure en moyenne ; elle est, de plus, assez délicate parce qu'il faut faire une dissection soigneuse pour être sûr d'éviter la blessure des sphincters.

Cependant elle a toujours été bien supportée, même par des malades affaiblis par des hémorrhagies abondantes et répétées, et il est même remarquable de voir que cette opération, sérieuse en elle-même, a des suites extrêmement simples : au bout de huit à dix jours nos malades ont pu se lever après avoir pris un purgatif léger pour faciliter leurs premières selles, et presque tous ont pu quitter l'hôpital au bout de quinze à vingt

jours. Un seul a présenté une hémorrhagie secondaire assez abondante le sixième jour, pour n'avoir pas voulu se soumettre à la diète lactée de rigueur, et avoir eu prématurément sa première selle; il guérit, d'ailleurs, bien sans autre incident.

Voici pour les suites immédiates; mais les suites éloignées sont beaucoup plus importantes à étudier.

Sur mes sept malades :

Deux ont été revus 14 et 15 mois après l'opération.

Un a été revu 7 mois après l'opération.

Deux ont été revus 6 mois après l'opération.

Deux ont été revus 4 mois après l'opération.

Tous se déclaraient complètement guéris, et n'avaient présenté aucun accident pouvant ressembler à une récurrence.

Mais il ne suffisait pas d'avoir cette affirmation, j'ai tenu à revoir mes malades, pour les examiner moi-même et les interroger sur le fonctionnement de leur rectum, afin de savoir ce qu'il fallait penser des risques du rétrécissement du rectum après le Whitehead; vous savez que c'est la grosse objection faite à cette intervention.

Sur ce point important mon impression est demeurée bonne. Tous mes opérés ont dit aller facilement et régulièrement à la selle; un seul d'entre eux a accusé une certaine tendance à la constipation, et quelques accidents (écoulement de glaires) attribuables à un très léger degré de rectite; un autre nous a dit avoir quelque difficulté à retenir ses matières lorsqu'il a de la diarrhée. Je vous cite ces détails, peu importants en eux-mêmes, pour vous montrer avec quelle minutie j'ai recherché les moindres signes de rétrécissement.

Voici maintenant le résultat de l'examen local: la marge de l'anus se reconstitue parfaitement et on ne voit aucune trace extérieure de l'opération, si ce n'est, dans les cas récents, quelques petits bourrelets qui marquent encore la place des fils.

Au speculum, on voit que, dans tous les cas, la muqueuse rectale est restée au contact de la peau anale, leur réunion se fait par une ligne nette, large de 1 à 2 millim.; en cherchant bien, on trouve, de loin en loin, quelques points où l'affrontement a été moins exact; la muqueuse et la peau sont alors distantes de 3 à 5 millim. et l'espace intermédiaire est tapissé par un tissu souple, d'apparence muqueuse.

Le toucher rectal montre que la cicatrice fait dans le



canal anal une saillie insignifiante, et qu'elle est suffisamment souple et dilatable pour écarter de l'esprit toute idée de rétrécissement.

Je crois donc pouvoir conclure que l'opération de Whitehead, opération délicate sanglante, et assez longue, donne cependant des résultats immédiats et éloignés assez satisfaisants pour mériter que ses indications soient discutées.

Je me refuse, quant à moi, à en faire l'opération unique, applicable à tous les cas ; je pense que les anciennes méthodes, la dilatation, la destruction des hémorroïdes par la ligature ou le thermocautère doivent être conservées, parce qu'elles sont beaucoup plus simples, d'apparence moins dangereuse, et qu'elles ont subi, depuis de longues années, avec succès, l'épreuve du temps.

Mais, opérations simples, elles doivent convenir aux cas simples, et je pense qu'elles sont, le plus souvent, inefficaces ou insuffisantes dans les cas anciens, invétérés où l'on trouve de gros bourrelets hémorroïdaires formant un cercle continu tout autour de l'anus, et qui souvent sont habituellement procidents et couverts d'ulcérations.

Alors, l'opération de Whitehead paraît bien devoir être la méthode de choix, et les faits que je vous ai rapportés me permettent d'espérer qu'elle donnera, dans ces cas graves, des résultats satisfaisants.

**M. Vincent** n'emploie pas la méthode de Whitehead qui, chez les malades anémiés par des hémorrhagies antérieures, lui paraît sérieuse. Il incise les paquets hémorroïdaires, après les avoir pédiculisés, et comprimés à la base avec des pinces languettes courbes. De cette façon, il ne perd pas une goutte de sang.

**M. Gangolphe** emploie la ligature par le procédé d'Alingham qui lui paraît sûr et ne présente que l'inconvénient d'être un peu douloureux. Quelquefois même M. Gangolphe cherche, quand il y a procidence de la muqueuse à faire des traînées cautérisantes pour amener un rétrécissement utile.

**M. Vallas** croit que la méthode de Whitehead est, en somme, une opération grave. Il serait plutôt partisan de cette intervention dans les cas simples. Pour lui c'est, à proprement parler, une opération de luxe.

**M. Vincent**, pour supprimer les douleurs, a employé des suppositoires avec l'orthoforme (0,25 c.) qui lui ont donné une action sédative et analgésique considérable.

**M. Nové-Josserand** n'est pas partisan absolu de la méthode de Withehead. Il trouve que cette méthode qui, en somme, est extra-rectale, expose moins que les autres à l'infection. D'autre part, M. Josserand n'a pas connaissance de cas de mort après ce genre d'intervention.

**M. Ollier** trouve que l'opération de Withehead est parfaitement inutile. Elle est plus grave que les anciens procédés : dilatation, pédiculisation et cautérisation ou excision. Toujours M. Ollier a eu des résultats excellents par les anciennes méthodes et croit que la dissection et la résection de la muqueuse hémorroïdaire ne doit pas donner de meilleurs résultats. Par contre, elle doit constituer une opération sérieuse chez des malades déjà anémiés.

D'autre part, avec la dilatation forcée, la douleur est considérablement diminuée.

---

*Séance du 7 juillet 1898.* — Présidence de M. OLLIER.

---

**M. Condamin** secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du 16 juin.

**M. Ollier** à l'occasion de la lecture du procès-verbal, veut de nouveau attirer l'attention de la Société, sur deux points, au sujet du malade qu'il a présenté dans la dernière séance.

1<sup>o</sup> Excellence du résultat obtenu, puisque l'opéré est arrivé à porter 17 kilogs à bras tendus, et en porte encore 12;

2<sup>o</sup> Absence de récurrence dans l'article réséqué, malgré le surmenage de cette néarthrose. Le malade est monouvrier et peine constamment.

★ ★ ★

**GOITRE SUFFOCANT. — TRACHÉOTOMIE, ISOLEMENT ET SOULÈVEMENT DE LA PARTIE PLONGEANTE RÉTRO-STERNALE. — CANULE A DEMEURE PENDANT UN AN. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS (6 ANS 1/2 PLUS TARD).**

**M. Gangolphe.** — J'ai retrouvé un de mes anciens opérés auquel je fis, il y a 6 ans 1/2, une opération dont il a été beaucoup parlé; depuis lors, sous le nom *d'erythropexie*.

Ce jeune homme, que je vous présente, est revenu me trouver surtout parce qu'il était sans moyens d'existence et un peu à cause d'une légère gêne de la respiration. On me permettra de rappeler en quelques mots les conditions dans lesquelles j'intervins, d'autant plus qu'à part une simple indication bibliographique dans la thèse de M. Bérard, ce fait a été passé sous silence, bien qu'il ait été publié et que le sujet ait été présenté, guéri, à la Société de Médecine (avril 1893). L'ancienneté de l'opération et de ses résultats, puisque c'était la première, tout au moins dans la région lyonnaise, augmente encore l'intérêt de cette observation.

Le 20 février 1892, dans la nuit, je fus appelé à l'hôpital de la Croix-Rousse, auprès d'un garçon de 16 ans  $1/2$ , entré, le jour même, dans le service de M. Chappel.

Depuis trois ans il avait un gros cou ; trois semaines avant son entrée à l'hôpital, il avait eu des accès de suffocation et une dyspnée très notable.

Dans le service il avait eu de nouvelles suffocations, la dernière si intense que l'interne de garde tenta la trachéotomie.

Le volume des veines, les difficultés parurent telles que l'on attendit mon arrivée pour achever l'opération. Au moment où je vis le malade, la situation paraissait plus que désespérée : la respiration était suspendue, l'anesthésie des cornées complète et, je n'ai pas besoin de le dire, la perte de connaissance absolue. Après avoir cherché à aborder la trachée directement à travers le goître, je vis que je perdais un temps précieux à l'hémotase.

Avec le doigt, plongé derrière le sternum et promené autour du goître je décollai le tissu cellulaire et je luxai en haut et en avant une partie du corps thyroïde. La trachée apparut alors refoulée à gauche et en arrière, aplatie, mais surtout extraordinairement ramollie. Il ne restait à peu près plus de traces des cerceaux cartilagineux et la comparaison qui se présenta à l'esprit des assistants fut celle de la sous-clavière sur le cadavre. Avec une pince à griffes, je dus attirer la paroi antérieure de la trachée pour l'inciser bien isolément, je plaçai rapidement une canule et nous fîmes la respiration artificielle. En même temps, je faisais préparer le marteau de Mayor et la pile.

Au bout d'un certain temps, la vie parut se rétablir, le pouls reparut, le visage se colora et la respiration, d'abord irrégulière, devint normale. A ce moment, je me

demandais si je devais enlever le segment thyroïdien que l'on voyait au-dessus et un peu à droite de la canule. La crainte de perdre irrémédiablement un sujet que nous venions de ramener à la vie, puis cette considération que la trachée était déformée et surtout incapable de résister à l'aspiration, à la pression de l'air, m'engagea à laisser là mon intervention. Je formulai nettement mon opinion en disant que, loin de considérer comme nuisible l'existence d'un collier thyroïdien péritrachéal, je le regardais comme pouvant jouer le rôle d'attelle externe, la canule remplissant celui d'attelle interne.

J'exprimai enfin cette idée que le fait d'avoir mobilisé, isolé de ses connexions (tripoté, passez-moi l'expression) le goitre, pourrait, le traitement général aidant, assurer l'atrophie du goitre.

Les suites de l'opération furent des plus simples : la plaie ne fut pas même suturée, le sujet revint très rapidement à la santé la plus complète.

L'albumine qu'il avait présentée dans ses urines, lors de son entrée dans le service de médecine, disparut rapidement.

Quant au goitre, il ne diminua que peu à peu. Interrogé fréquemment par mes internes, MM. Bonnet et Périol, et les élèves qui suivaient mon service, sur la conduite que je pensais tenir plus tard vis à vis du goitre, je répondais que, certainement, je pensais voir le goitre disparaître par suite des manipulations dont il avait été l'objet, et de son décollement partiel. Je considérais, d'autre part, le port prolongé d'une canule et la conservation d'une gaine thyroïdienne péritrachéale comme nécessaires pour faire disparaître l'aplatissement et le ramollissement de la trachée.

Quelques mois après, au Congrès de Chirurgie, je parlais de ce fait à mes excellents confrères, MM. Girard de Berne, et Reverdin de Genève, dont la compétence est si grande en pareille matière. Ma conduite leur parut absolument sage, étant donné surtout les résultats déplorable des thyroïdectomies pratiquées dans de pareilles conditions; je persévérais donc et maintins mon malade à un traitement tonique et iodique (teinture d'iode, iodoforme), assez rigoureux.

Au bout de cinq mois, je remplaçai la canule ordinaire par une canule à soupape, dans le but de calibrer la trachée par le passage de l'air, puis je supprimai toute canule; finalement je présentai mon malade, complètement guéri, à la Société de Médecine. Il n'y avait plus

aucune trace d'hypertrophie du corps thyroïde. Opéré *in extremis*, mon sujet n'avait pas subi de mensuration; il ne m'était pas possible de fournir de proportions mathématiques, mais, d'après lui, le périmètre du cou aurait diminué de 6 à 8 cent.

Ce garçon a été successivement employé comme berger, manoeuvre, jamais il n'a vu survenir d'accès de suffocation.

Ces jours derniers il est entré dans mon service, se plaignant d'être gêné par les poussières qu'il respire dans un atelier métallurgique. J'ai prié mon collègue et ami, M. Garel, d'examiner sa trachée. Celle-ci est légèrement rétrécie au niveau de la trachéotomie, mais il n'y a là aucun obstacle sérieux à la respiration; vous pourrez vous convaincre *de visu* que ce garçon est fort et vigoureux et n'offre aucune trace de goitre.

Nous répétons, en terminant ce que nous disions il y a cinq ans et 1/2 (avril 1893) : *l'isolement d'un goitre, son soulèvement, sa luxation, avec ou sans trachéotomie, constituent un expédient grâce auquel on peut sauver la vie à des sujets qui suffoquent, ou porteurs de goitres trop vasculaires pour être enlevés.*

Mais nous pensons aussi que la *trachéotomie doit être le temps principal de l'opération dans les cas, comme le nôtre, où la trachée est ramollie; la conservation ou l'abstention vis à vis du goitre relèvent du vulgaire bon sens. Loin d'être nuisible je considère la conservation du tissu thyroïdien autour d'une trachée aplatie comme constituant une véritable attelle externe, la canule formant attelle interne.* A ce dernier point de vue je signale les avantages que présente la canule à soupape pour calibrer le tube respiratoire.

\*\*\*

**DENTIER IMPLANTÉ DANS LA PORTION THORACIQUE DE L'ŒSOPHAGE. — FISTULE TRACHÉO-ŒSOPHAGIENNE. — ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE. — GUÉRISON.**

**M. Gangolphe.** — J'ai l'honneur de vous présenter un malade âgé de 24 ans, arrivé dans mon service, le 31 mai 1898, pour des accidents extrêmement graves tenant à la pénétration et au séjour d'un dentier volumineux dans la portion thoracique de l'œsophage.

Dans la nuit du 7 avril dernier cet homme fut réveillé en sursaut par une sensation douloureuse de corps étran-

ger dans le pharynx et de violentes suffocations. Se souvenant qu'il a oublié d'enlever son dentier au moment de se coucher, il reconnaît de suite la cause de ces accidents et envoie chercher un chirurgien pour l'extraire. Trois médecins essayèrent vainement, au moyen de sondes en gomme, de refouler le dentier. Survint un quatrième qui, opérant avec une sonde à olive, eut la conviction d'avoir mobilisé l'obstacle et de l'avoir refoulé dans l'estomac.

Il quitta son client en lui répondant de sa guérison. De fait, pendant quelques jours, le malade n'éprouva pas de douleurs au niveau du pharynx, mais la déglutition des aliments, même liquides, fut extrêmement pénible; ceci, du reste, n'étonnait aucunement le médecin qui attribuait la dysphagie aux éraillures de la muqueuse œsophagienne.

Trois semaines environ plus tard, la déglutition restant toujours extrêmement pénible, tout à coup survinrent des quintes de toux suivies d'expectorations plus ou moins muco-purulentes. Le malade remarqua que cela se produisait chaque fois qu'il prenait des aliments surtout liquides. Il lui devint impossible de prendre aucune nourriture. Affaibli par plusieurs jours de jeûne, il se présente à mon examen le 31 mai. Il ne peut avaler ni salive, ni liquides sans être pris de suffocation; il souffre au niveau du sternum, nullement au cou.

Pas de douleur interscapulaire; pas de troubles du côté des récurrents; l'haleine est fétide.

L'exploration de l'œsophage permet de constater la présence du dentier à la distance moyenne de 25 centimètres des arcades dentaires. Une radiographie appuie notre diagnostic qui est ainsi formulé: dentier implanté dans l'œsophage ayant perforé la trachée et donné une fistule œsophago-trachéale. Je proposais l'œsophagotomie externe qui fut pratiquée le 1<sup>er</sup> juin. Je passe sur les détails de l'opération pour noter seulement une certaine gêne créée par la présence d'anciens ganglions probablement tuberculeux.

L'œsophage incisé en arrière et aussi bas que possible, je fis récliner les deux lèvres, de l'incision à l'aide de pinces hémostatiques à griffes. L'index gauche, plongé dans le bout inférieur, bien au-dessous de la fourchette, arriva sur le dentier que je cherchai à extraire au moyen d'une forte pince à sequestres.

Ne pouvant y parvenir, j'essayai de le fragmenter; cela fut impossible.

Finalement je réitérai, avec la dernière énergie, mes efforts d'extraction et je fus assez heureux pour enlever le dentier volumineux, comme vous le voyez, sans trop léser les tissus. Je mis une sonde à demeure dans la plaie et la fixai par un fil métallique aux téguments. Trois points de suture en haut diminuèrent la plaie. Un quart de litre ou un demi-litre de lait sont injectés toutes les deux heures. Suites assez simples : quelques quintes de toux ; pansement tous les 3 ou 4 jours.

*Le 14 juin.* — La plaie a un aspect excellent. On enlève la sonde à demeure *cervicale* pour la faire passer par la bouche.

*Le 20 juin.* — On supprime la sonde à demeure ou, du moins, on ne l'introduit qu'au moment des repas ; naturellement le malade est très satisfait.

*Le 29 juin.* — La plaie est complètement cicatrisée ; le malade peut avaler sa salive sans tousser. Je lui fais continuer l'usage de la sonde, pour prendre ses repas.

*Le 4 juillet.* — Il commence à prendre des aliments solides (pain, purée, viande blanche). Seule, la déglutition des liquides occasionne *parfois* un peu de toux : le lait passe sans la déterminer. Je fais continuer de temps à autre l'usage de la sonde, ce qui me permet de *gaver* mon opéré. Je lui fais prendre environ 60 grammes d'huile de foie de morue par jour de cette manière, sans provoquer ni nausée, ni diarrhée.

Il m'a semblé utile de tirer parti de la situation pour combattre les manifestations suspectes, bacillaires peut-être, que présentait le sujet du côté du sommet gauche, la radiographie montrant une induration en ce point.

Le malade quitte le service aujourd'hui, complètement transformé ; depuis deux jours les liquides n'occasionnent plus la toux.

Je me permets d'attirer l'attention sur ce fait car *je n'en connais pas d'analogue*. Les cas de corps étranger ayant déterminé une fistule œsophago-trachéale sont généralement suivis de mort.

Je m'abstiens d'épiloguer sur la thérapeutique irrationnelle suivie au début. On ne repousse pas un dentier, on l'enlève et, pour ce faire, le bistouri vaut mieux que le panier de Graefe qui est un instrument dangereux.

---

*Séance du 21 juillet 1898.* — Présidence de M. OLLIER.

---

**M. Condamin**, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du 7 juillet 1898. Le procès-verbal est adopté.

\* \* \*

#### QUESTION DE PRIORITÉ SUR LE TRAITEMENT DU PIED BOT PAR LE MODELAGE DU TARSE A L'AIDE DE L'OSTÉOCLASTE.

**M. Vincent** entretient la Société de Chirurgie d'un travail de Lorenz, de Vienne, ayant pour titre : « Guérison du pied bot par le redressement modelant » (Heilung des Klumpfusses durch das modellirende redressement), publié en novembre et décembre 1895.

Le chirurgien viennois débute par une charge louable contre les orgies de résections pratiquées sur les pieds bots, même des nouveau-nés. Il expose ensuite les méthodes de douceur de Wolff et de Heinecke ; puis, après avoir établi leur insuffisance, il relève les avantages du redressement forcé, manuel ou instrumental, et propose (?) de lui donner le nom de redressement modelant (?).

Il admet le concours de la ténotomie du tendon d'Achille et déclare qu'il « n'est jamais nécessaire d'avoir recours à la section de l'apopévrose plantaire ni à la section des supinateurs ». — Il rejette l'incision de Phelps. — Il décrit ensuite le massage sur billots de bois et la manière de faire la ténotomie achilléenne sans aide, le maintien de l'hypercorrection à l'aide d'attelles plâtrées, toutes choses connues depuis longtemps.

Les pieds bots invétérés des adolescents et des adultes résistant, à Vienne comme partout, au massage manuel, Lorenz a pensé (?) qu'on pouvait s'aider d'instruments pour les réduire sans mutiler le squelette. Il dit qu'on a bien inventé des machines compliquées, telles, par exemple, que celles de Redard, Phelps, Morton, Shaffer, Myers, etc., mais il ne les a pas essayées.

Pour réaliser le travail mécanique du redressement par modelage, « mon ostéoclaste-redresseur, dit-il, m'a donné d'aussi bons résultats que pour le redressement intra-articulaire des difformités frontales et sagittales du genou ».

Cette déclaration faite, Lorenz décrit son ostéoclaste qui rappelle celui de Collin (qu'il n'a pas l'air de connaître).

La racine du pied et le bas de la jambe sont fixés par



deux plaques, l'une fixe, l'autre mobile, mue par des vis couchées horizontalement; au moyen d'une bande ou d'une courroie enroulée sur l'avant-pied, le redressement est opéré par une vis agissant comme un treuil. Qu'on se figure l'ostéoclaste de Collin, celui de Robin-Mollière (inconnu de l'auteur) mis sur le flanc et agissant horizontalement au lieu d'agir verticalement.

Lorenz ne cite que trois cas de succès obtenus sur des adultes de 22, 26, 28 ans. Il termine son mémoire, extrait de *Wiener Klinik. Vortrage aus der gesammten praktischen heilkunde, redigirt von Dr Anton Bum*, de la façon suivante:

« J'espère que par mon traitement modelant méthodiquement employé, et avec l'aide de l'action puissante de mon appareil qui obtient le redressement total du pied bot, de la somme des corrections faites séparément et en séries ordonnées de chacun des composants de la difformité (*divide et impera!*), pouvoir contribuer à la vulgarisation de cette idée que le couteau à résection a fini son temps en orthopédie du pied bot. Je ne peux pas non plus laisser passer l'occasion d'attirer l'attention de mes collègues sur mon instrument qui m'a donné dans le traitement du pied bot invétéré une nouvelle preuve de la multiplicité de ses applications ».

Après avoir analysé le travail de M. Lorenz, M. Vincent fait remarquer que, bien avant cet auteur allemand, qui ne le cite pas (en paraissant le copier, cependant), il a employé l'ostéoclaste dans le traitement des pieds bots difficiles des enfants et des adolescents, et qu'il a donné à ce procédé opératoire le nom de *tarsoplasie ou modelage du tarse à l'aide de l'ostéoclaste*.

Comme titres de priorité, M. Vincent rappelle ses travaux sur le pied bot, tous antérieurs à ceux de Lorenz (1895):

En 1881: Du traitement et de la curabilité du pied bot invétéré par le massage forcé (Thèse du Dr Bailly, son élève).

En 1886: Pieds bots invétérés traités par la dissection sus-malléolaire des os de la jambe (*Lyon Médical*).

En 1889: Présentation de pieds bots avant et après le traitement (*Lyon Médical*).

En 1892: De la tarsoplasie ou modelage du tarse sous l'ostéoclaste dans le traitement des pieds bots résistants (Thèse du Dr Laurençon, son élève).

En 1893: Traitement des pieds bots varus-équins congénitaux difficiles par l'ostéoclaste sus-malléolaire; la tarsoplasie ou modelage du tarse sous l'ostéoclaste

Robin-Mollière, etc (*Archives provinciales de Chirurgie*).

En 1893 : Double pied bot équin varus traité par la tarsoplasie (Présentation de malades par le Dr Lyonnet, alors son interne (*Lyon Médical*)).

En 1894 : Présentation au Congrès français de Chirurgie, d'un ostéoclaste servant à tous les genres d'ostéoclasie et au traitement, par la tarsoplasie, des pieds bots graves et invétérés.

1895 : Au Congrès français de Chirurgie, le rapport sur la question du traitement du pied bot s'occupe des travaux ci-dessus mentionnés de M. Vincent.

M. Vincent s'étonne de l'oubli ou de l'ignorance de tous ses travaux sur le modelage du tarse au moyen de l'ostéoclaste dans le traitement des pieds bots difficiles.

Il se croit autorisé à établir, comme il vient de le faire, ses droits incontestables de priorité, d'autant que M. Lorenz l'y a provoqué en lui adressant personnellement, il y a 15 jours, son mémoire qui date de la fin de 1895.

Il regrette que M. Lorenz ait méconnu bien des travaux de l'École lyonnaise, notamment ceux de M. Ollier qui a consacré un chapitre important, dans son « *Traité des Résections* », sur le traitement du pied bot par la résection chez l'adulte.

M. Vincent trouve exagérée la déclaration de Lorenz, relativement à la section de l'aponévrose plantaire, et non moins exagérée l'assertion d'après laquelle tous les pieds bots des adultes sont justiciables du modelage par l'ostéoclaste. Il faut distinguer les pieds bots des enfants, des adolescents et des adultes. M. Vincent ne croit pas qu'il faille, pour ces derniers, jeter à la mer le couteau à résection, bien qu'il ait obtenu de bons résultats chez quelques sujets ayant dépassé 20 ans.

Quant à l'incision de Phelps, condamnée par Lorenz, M. Vincent, qui n'a jamais non plus fait cette incision, parce qu'il n'en a jamais reconnu la nécessité ou qu'il en a peur, ne voudrait pas la proscrire d'une manière absolue, en voyant des chirurgiens très recommandables, comme M. Kirmisson par exemple, s'en déclarer satisfaits. Ces chirurgiens trouvent que les suites du Phelps, n'ont pas les inconvénients que nous redoutons. Dans un Phelps involontaire (M. Vincent désigne ainsi l'éclatement de la peau qui se produit quelquefois au niveau du pli d'enroulement du pied, pendant les manœuvres de déroulement), M. Vincent a vu qu'il s'était formé ultérieurement, dans la cicatrice, un petit anévrysme traumatique

qui fut excisé par son suppléant, M. le Dr Jaboulay.

En terminant sa communication, le chirurgien de la Charité oppose à la citation latine que Lorenz a placée à la fin de son mémoire : *divide et impera*, qui exprime l'idée peu noble de la coupure du manteau d'autrui ou celle d'un système gouvernemental qui n'a droit qu'à un règne éphémère, la citation, latine aussi, du simple *suum cuique*, à chacun son bien, qui correspond à l'idée, noble celle-là, du règne éternel de la justice immanente.

**M. Ollier** s'associe à M. Vincent pour protester contre certains procédés qui consistent à faire table rase, des travaux antérieurs. Il appartient aux Sociétés Savantes, de rétablir les faits.

\*\*\*

#### CYSTOSTOMIE POUR CYSTITE TUBERCULEUSE PRATIQUÉE LE 7 JANVIER 1896

**M. Gangolphe.** — J'ai l'honneur de vous présenter en un ancien opéré pour cystite tuberculeuse.

Cet homme, âgé de 51 ans, avait eu l'influenza en 1891 ; il aurait toussé pendant plusieurs mois jusqu'en mai 1891. Déjà au mois de mars de cette même année il avait eu quelques douleurs en urinant, avec mictions plus fréquentes : cela seulement pendant quelques jours.

L'année suivante, pendant l'hiver, mêmes indispositions ; celles-ci allèrent en s'aggravant et s'accompagnèrent de troubles de l'urine.

En novembre 1895, les douleurs devinrent intolérables et les besoins d'uriner tellement fréquents que le sujet avait constamment son vase de nuit à la main.

Lorsque je le vis je constatai l'absence de tout calcul, et il était évident qu'il s'agissait d'une cystite tuberculeuse. Aucun traitement ne l'avait guéri, mais soulagé momentanément ; il était prêt au suicide, tant ses souffrances étaient extrêmes. La cystostomie fut faite ; malgré cela les douleurs ne disparurent pas, j'enlevai les drains ; les douleurs persistèrent.

Finalement, peu après, ces douleurs cédaient. Depuis l'opération le malade a conservé l'appareil construit par *Biondetti* ; il a engraisé de 10 kilogs, et fait sa profession de cultivateur.

J'insiste sur la persistance momentanée des douleurs après la taille, je l'ai observée également dans les cas de néoplasme. D'autre part ce résultat serait très bon au point de vue général.

**M. Ollier** trouve que la taille périnéale est trop

délaissée. Cependant pour la cystite tuberculeuse c'est l'opération de choix parce que l'on établit le drainage au point de déclivité maxima et ensuite parce que la taille périnéale ouvre des foyers tuberculeux de la prostate et du bas-fond vésical. M. Ollier se rappelle un malade qu'il avait lithotritié, en 1861. Le malade continua à souffrir après son opération; il fut opéré ensuite par un autre chirurgien qui lui fit une taille périnéale. A la suite de cette opération la guérison survint. Ce fut un enseignement pour M. Ollier qui, depuis, dans des cas analogues, pratique la taille périnéale que, dans ces derniers temps, on a trop délaissée pour la taille hypogastrique.

**M. Rochet** se félicite d'entendre M. Ollier réhabiliter la taille périnéale. C'est ce qui a été tenté à Lyon même, dans la thèse de Vigué, inspirée par M. Augagneur. C'est aussi ce qu'a fait Legueu, à Paris.

Au point de vue de la cessation des douleurs, M. Rochet croit qu'on obtient autant par la taille périnéale que par la taille hypogastrique qui a cependant l'avantage de donner plus de jour et de permettre une fistulisation plus complète et même définitive, ce qui n'existe pas avec la taille basse. Un des inconvénients les plus sérieux de la taille haute, sur lequel on n'a pas insisté ces derniers temps, c'est la formation ultérieure de calculs. Ce point a été mis en lumière par M. Lambruchini, à Lyon. En somme, M. Rochet accepte les deux tailles, mais il réserve la section hypogastrique aux cas où il désire obtenir un grand jour et aux fistulations prolongées.

**M. Fochier** a vu, en 1865, un cas analogue à celui qu'a rapporté M. Ollier. On a donc, dès cette époque, traité par la cystotomie quelques cas de cystite tuberculeuse, mais toujours par erreur de diagnostic.

**M. Gangolphe** explique qu'il n'a pas de préférence pour la taille hypogastrique. Il a choisi cette voie, parce qu'il lui fallait, chez son malade, une fistulisation prolongée et qu'il ne connaissait pas d'appareils pratiques pour recevoir les urines après la taille périnéale.

\*\*\*

#### ANUS CONTRE NATURE PAR LE PROCÉDÉ DE LA DOUBLE LIGATURE

**M. Gangolphe** présente un malade sur lequel il a pratiqué un anus contre nature pour un cancer inopérable du rectum. Il a employé sa méthode de la double

ligature. Le résultat est excellent. Rien ne passe par la voie rectale et la muqueuse intestinale ne fait aucun prolapsus au niveau de l'anus contre nature.

\*\*\*

### INFILTRATION D'URINE DUE A UN CALCUL CHEZ UN NOURISSON DE 15 MOIS. — OPÉRATION, GUÉRISON.

**M. Durand.** — Le 17 août 1897, alors que j'avais l'honneur de suppléer, dans son service de la Charité, M. Vincent, je fut appelé d'urgence pour opérer une infiltration d'urine. Je comptais me trouver en présence d'un des vieux pensionnaires, de cet hospice. Ma surprise fut grande quand on me montra le malade: il était encore à la mamelle. J'opérai mon jeune malade qui guérit parfaitement et rapidement. Les recherches bibliographiques auxquelles je me suis livré, l'enquête que j'ai faite auprès des chirurgiens lyonnais que leur passage à la Charité a mis à même d'observer un nombre considérable d'enfants, m'ont montré l'existence isolée de ce cas et m'ont engagé à le publier à titre documentaire.

Cet enfant, un petit garçon de 15 mois, sans antécédents héréditaires importants, est nourri au sein depuis sa naissance et n'a jamais pris d'autre aliment que le lait de sa mère. Celle-ci a observé plusieurs fois déjà de petits graviers urinaires rendus par son enfant, mais jamais cette concrétion n'avait amené de troubles.

Deux jours avant le moment où je le vis, c'est-à-dire le 15 août, la mère remarqua que l'enfant criait et présentait de l'agitation; l'habitude qu'elle avait de faire uriner son enfant en le suspendant, tout nu, au-dessus d'un vase lui permit de constater que la miction se faisait mal, le jet était très faible, parfois interrompu, l'enfant faisait des efforts, l'expulsion de l'urine mettait très long temps à se faire.

La veille au soir, les troubles avaient encore augmenté et il était survenu un peu de gonflement des bourses et du pénis. Cette tuméfaction augmenta rapidement et le médecin consulté engagea la mère à apporter l'enfant à l'hôpital. Avant d'y être apporté, le petit malade eut une miction plus abondante que les précédentes et expulsa un calcul qui me fut montré, mais que la mère tint à conserver. Il était allongé en grain de blé, offrait les dimensions d'un petit haricot; sa coloration

était blanchâtre, sa consistance ne paraissait pas considérable. Sur le desir exprès de la mère de conserver cette pièce, je ne pus l'examiner mieux.

L'enfant présentait un état général très satisfaisant, il n'offrait nullement l'aspect d'un malade fortement infecté, différant totalement, à ce point de vue, des adultes atteints d'infiltration d'urine, vieux urinaires infectés qu'un accident aussi formidable abat très rapidement. Il ne paraissait pas souffrir beaucoup et prenait le sein, mais pas avec son appétit ordinaire. Localement on constatait une tuméfaction considérable des bourses, de la verge et de la région pubienne atteignant presque jusqu'à l'ombilic. La peau est tendue, mais ne présente nulle part cette teinte livide et ces plaques de gangrène qu'offrent les téguments des infiltrés. Elle était plutôt blanche sans aspect inflammatoire. On avait, à la palpation, une sensation intermédiaire entre la dureté du phlegmon et la mollesse de l'œdème. Il y avait un point fluctuant à la racine des bourses en arrière de celles-ci.

Le diagnostic fait, j'intervins, mais je me gardai d'opérer comme s'il se fût agi d'un adulte. Je pratiquai une incision au point fluctuant; il s'écoula une certaine quantité de liquide à demi purulent, d'odeur urineuse très marquée. Il y avait là une véritable collection uro-purulente. Les parois de cette poche n'avaient nullement le caractère sphacélique. Quelques petites incisions sur les bourses, sur la pafoi abdominale, de plus petites encore sur le fourreau de la verge permirent l'écoulement des liquides qui fut encore assuré par deux petits drains passés avec grande précaution, à travers le tissu infiltré, depuis l'extrémité inférieure des bourses jusqu'à la paroi abdominale. Je cathétérisai ensuite l'urèthre que je m'étais bien gardé de rechercher par le périnée. Ce cathétérisme, destiné à montrer la liberté de l'urèthre, fut assez facile.

Le soir même, le gonflement a beaucoup diminué. Les jours suivants, les petites plaies donnent lieu à un écoulement purulent et urinaire, car l'urine passe en partie par elles, en partie par le méat. Le pus diminue très rapidement et, le 10<sup>e</sup> jour, j'enlevai les drains qu'on avait, du reste, diminué de volume vers le 5<sup>e</sup> jour.

L'état général était bien rapidement redevenu normal et, au second jour, l'appétit s'était entièrement rétabli.

Le 6 septembre, l'enfant était complètement guéri, ses plaies étaient fermées. Une sonde fut passée et laissée deux jours à demeure pour assurer la cicatrisation

entière de l'urèthre. Elle passait facilement mais était mal tolérée. L'enfant revu quelque temps après, n'avait présenté aucun accident et l'urèthre admettait facilement une sonde n° 12.

Je suppose que cette infiltration a été causée par le mécanisme suivant : le calcul, poussé par l'urine, s'est introduit dans l'urèthre et y a cheminé sur un certain parcours, trouvant une voie juste assez large; mais, arrivé à un point rétréci, soit par les accidents normaux, soit par une lésion anormale, il n'a plus pu passer et s'est fixé dans ce défilé dans lequel l'enfonçait la force du jet d'urine. L'urèthre était tendu sur ce corps étranger et on peut bien penser qu'il s'est sphacélé sur lui. On sait, en effet, combien les sphacèles par compression sont fréquents chez les enfants. Les liens circulaires, bandages pour fractures ou lacs pour extension continue ont donné souvent des gangrènes sur les membres.

L'urèthre lui-même est très sensible à la compression, je n'en veux pour témoins que les cas de section uréthrale, assez fréquemment observés sur des enfants qui s'étaient entourés la verge d'un lien circulaire. Dans ces cas, l'urèthre est toujours plus touché que le corps caverneux, comme nous avons pu le voir nous-même sur un malade du service de M. Rochet. Cette susceptibilité de l'urèthre me permet de concevoir comment ce canal a pu s'ouvrir en se gangrenant sur le calcul. Il n'y a guère moyen d'expliquer autrement la rupture de l'urèthre puisque l'enfant n'avait ni antérieurement ni au cours des accidents, subi aucun traumatisme externe ou interne et que le cathétérisme n'avait pas même été tenté. Je ne pense pas que le passage seul du calcul ait pu déchirer la muqueuse; il ne présentait pas d'aspérités. L'urine ne pouvait s'écouler par le méat, puisque le calcul obturait le canal; elle profita donc de l'ouverture que créait la gangrène pour s'infiltrer dans les tissus; puis elle réussit à déloger le calcul et à le faire expulser quand le sphacèle eut détruit l'obstacle qui avait arrêté le corps étranger capable, dès lors, d'être éliminé par le méat.

Quels étaient les caractères de l'urine qui s'épanchait? Quels tissus rencontrait-elle? Ces derniers étaient absolument sains, l'enfant ayant un bon état général; d'un autre côté, cette urine était normale. Il ne s'agissait pas là d'un urinaire infecté, cet urèthre était vierge de toute lésion septique et le liquide qui pénétrait les tissus ne pouvait que les infiltrer chimiquement, sans leur appor-

ter les germes gangréneux qui constituent, comme on sait, les causes de la gravité de l'infiltration chez les rétrécis. C'est à cause de ce défaut de septicité, que les lésions et leur aspect clinique ont présenté ce caractère de bénignité sur lequel je crois devoir insister. Il n'y avait nulle part de gangrène, les bourses étaient blanches, sans plaque livide et la guérison, malgré une intervention peu énergique, s'est faite très rapidement. Les liquides écoulés lors de l'intervention n'ont pu, malheureusement, être examinés bactériologiquement. Peut-être ont-ils trouvé dans l'urèthre quelque microbe banal, commensal habituel de ce canal, mais leur aspect semblait peu septique et je crois fort m'être trouvé en face d'une infiltration d'urine aseptique ou à peu près. C'est là ce qui fait, à mon avis, le plus grand intérêt de cette observation. Son mécanisme anormal, l'époque de la vie où elle s'est produite, tels sont les trois caractères que je voulais mettre en lumière. Au point de vue thérapeutique, je me suis borné à l'intervention minima et j'ai simplement donné issue aux liquides, supposant que la réparation se ferait bien et que l'urèthre se cicatriserait spontanément et régulièrement, espérances que j'ai vu se réaliser à mon entière satisfaction.

**M. Gangolphe** émet l'hypothèse, en face d'un cas aussi bizarre, qu'il s'agit d'une infiltration dans un diverticule de l'urèthre. Il ne peut accepter une infiltration d'urine sans lésion préalable du canal.

**M. Durand** croit que le calcul suffit bien à expliquer la lésion préalable de l'urèthre que M. Gangolphe justement reconnaît comme facteur principal de l'infiltration.

**M. Ollier**, à propos de l'observation de M. Durand, a souvenir d'avoir autrefois observé un jeune enfant atteint de rétention. Il fit le cathétérisme. En forçant un peu la sonde, il pénétra dans la vessie et l'urine fut évacuée. Il est probable qu'il y avait profondément une valvule qui fut forcée par le cathétérisme, M. Ollier a revu cet enfant plus tard, et put constater un ressaut brusque au niveau du point où il avait trouvé un obstacle mécanique.

**M. Fochier**. — Les cas de rétention d'urine chez les nouveau-nés sont dus généralement à une coalescence des lèvres du gland qu'on arrive facilement à séparer avec la sonde cannelée. Quand l'obstacle est plus profond, il s'agit des valvules et de diaphragme en général peu résistants.

**M. Vincent** n'a jamais observé de rétention d'urine



par les causes ci-dessus mentionnées. Il n'en a observé qu'à la suite de phimosis très serré.

\*\*\*

**MM Vallas et Condamin** font des rapports favorables sur la candidature de MM. Siraud et Martin au titre de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

---

*Séance du 28 juillet 1898.* — Présidence de M. OLLIER.

**M. Condamin**, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du 21 juillet 1898. Le procès-verbal est adopté.

\*\*\*

**ABLATION DE L'OMOPLATE ET DE LA MOITIÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS. — RECONSTITUTION SPONTANÉE DE LIENS CLÉIDO-HUMÉRO-THORACIQUES.**

**M. Jaboulay.** — J'ai revu guéri un homme de 57 ans, à qui j'avais enlevé, au mois d'octobre 1893, la totalité de l'omoplate, puis la moitié supérieure à peu près de l'humérus à droite, pour des lésions suppurées de ces deux os qui entretenaient depuis dix ans, avec de vives douleurs, des fistules intarissables autour de la racine du membre supérieur et avaient profondément altéré l'état général du malade devenu cachectique et terreux.

L'on avait affaire, semblait-il, à une tuberculose infiltrée des os; l'humérus avait expulsé des séquestres, sa moelle était grise, dure, dépourvue de vaisseaux; le périoste était épaissi, sans pus, mais avec des fongosités. Quant à l'omoplate, elle présentait des aspérités sur toute son étendue et des érosions serpigineuses. La tête de l'humérus avait été réséquée quelques mois avant; mais cette opération était loin d'avoir enlevé tout le mal, j'ai dû enlever plus de dix centimètres de cet os.

Les plaies opératoires se sont cicatrisées peu à peu, il a fallu plus de six mois pour cela; pendant une année ensuite le membre est resté ballant et inerte, puis il est allé en se consolidant progressivement.

Aujourd'hui, cet homme a une santé superbe; son membre supérieur droit est à peine raccourci, un peu diminué de volume dans sa portion brachiale; il exécute,

mais réduits et moins étendus, tous les mouvements qui se passent d'habitude dans l'articulation scapulo-humérale : l'abduction se fait à angle aigu de plus de 45°, la projection en avant et en arrière, la rotation, la circumduction sont possibles, le malade a pu faucher cet été plusieurs heures de suite.

Les muscles du pourtour de l'épaule se contractent, le trapèze, le grand pectoral, le biceps, le triceps font sentir leur action ; la suspension du membre est parfaite, l'opéré lève des fardeaux avec la main droite et se livre aux travaux des champs.

Si l'on examine ce qui reste de l'humérus, on voit qu'il n'a que 18 centimètres au lieu de 30 comme celui du côté sain ; la partie supérieure se perd à 10 centimètres environ au-dessous de l'extrémité externe de la clavicule. Elle roule sur une masse ostéo-fibreuse qui comble l'intervalle compris entre ces deux os, et forme un moignon solide, se prolongeant même entre les muscles scapulaires. C'est grâce à l'éloignement ainsi réalisé de la clavicule et de l'humérus que le raccourcissement du membre est si faible.

Mon malade, je l'ai dit, a eu le bras absolument ballant et inerte pendant plus d'un an ; si à ce moment l'on avait fixé l'humérus à la clavicule, l'on eût été tenté d'attribuer à cette fixation le résultat excellent d'aujourd'hui. Il faut d'ailleurs le remarquer, cette fixation ne peut être que transitoire, et cela est heureux ; les fils arrivent à perforer le squelette, mais tant qu'ils tiennent ils raccourcissent le membre et gênent les mouvements. Le résultat que j'ai obtenu eût été considéré comme d'autant plus beau que j'avais enlevé une plus grande longueur, presque la moitié de l'humérus, alors que la suspension cléido-humérale a été faite pour une simple résection de la tête. Donc, le membre s'est peu à peu consolidé, le tissu fibreux et osseux s'est fermé dans l'espace intercléido-huméral et à la place de la pointe de l'omoplate, rattachant ainsi de plus en plus solidement le bras au tronc ; le fonctionnement, déjà si satisfaisant, ira encore en s'améliorant. C'est d'ailleurs ce que j'ai observé après certaines résections de la tête humérale : pendant quelques mois, le bras ballottait et le résultat paraissait devoir être mauvais ; un an ou deux après, l'articulation était reconstituée avec une mobilité active est passive presque normale. Le même phénomène s'est enfin produit, et beaucoup plus rapidement, chez un adolescent à qui j'avais pratiqué, en 1891, l'ablation totale de l'omoplate atteinte d'ostéomyélite aiguë.

### LIPOME DE LA RÉGION SACRO-COCCYGIENNE

**M. Gangolphe** présente un malade âgé de 48 ans, atteint de tumeur volumineuse de la région sacro-coccygienne. La tumeur est étalée, médiane, présente une mollesse très marquée; c'est une tumeur solide, probablement un lipome. On peut discuter sur la nature de la tumeur en la rattachant soit à un spina-bifida, soit encore à une inclusion fœtale.

Il s'agit d'une lésion congénitale qui a évolué lentement; le malade l'a remarquée à l'âge de 15 ans, elle avait la grosseur d'une noisette; à 30 ans, elle était grosse comme une mandarine. Il y a trois ans qu'elle a augmenté d'une façon notable et c'est ce qui crée l'indication opératoire. La tumeur devient gênante par son poids et son volume, aussi doit-on en pratiquer l'ablation.

**M. Rochet** croit qu'il s'agit d'un lipome, car on a manifestement le signe de la peau d'orange.

**M. Albertin** est d'avis qu'on se trouve en présence, non d'un néoplasme banal, mais d'une tumeur en rapport avec une malformation congénitale, ce qui est d'ailleurs la règle pour les tumeurs de la région sacro-coccygienne. Quoiqu'il n'y ait pas de phénomène médullaire, il faut se méfier de la communication avec le canal rachidien, mais il n'y a pas de contre-indication opératoire.

**M. Rochet** est favorable à l'intervention et a, dans certain cas de spina-bifida, pu réséquer sans accident de gros cordons nerveux étalés; mais, dans ce cas particulier, il ne pense pas qu'il soit nécessaire d'ouvrir le canal médullaire.

\*\*\*

### LUXATION TRAUMATIQUE DE L'ÉPAULE DATANT DU JOUR DE LA NAISSANCE. — RÉSECTION HUMÉRALE. — RESULTATS

**M. Ollier** présente un jeune homme qui était atteint de luxation traumatique de l'épaule datant du jour de sa naissance et à qui il a pratiqué la résection de la tête humérale. Pour arriver sur la tête de l'humerus, il a utilisé une incision postérieure transversale. Habituellement on trouve le nerf circonflexe à 65 millimètres du bord de l'acromion. Dans le cas particulier, ce nerf se trouvait à 2 centimètres du bord de l'acromion.

Il y a donc intérêt à opérer prudemment pour éviter

la blessure du nerf circonflexe, ce qui constitue le danger de l'opération.

La tête humérale, mise à nu, était reliée par un tractus fibreux en forme de sablier, au fond de la cavité glénoïde.

Le deltoïde est très contractile et grâce à la néarthrose l'amplitude des mouvements s'est rétablie ; le malade, cordonnier de son état, peut vaquer à ses occupations beaucoup plus facilement. C'est un cas rare exceptionnel de luxation traumatique de l'épaule datant de la naissance.

La Société se réunit en séance secrète.

\*\*\*

**M. Ollier**, président, annonce qu'il a reçu une proposition signée par plusieurs membres demandant que les séances de la Société soient hebdomadaires.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

\*\*\*

#### ÉLECTION DE MEMBRES TITULAIRES DE LA SOCIÉTÉ

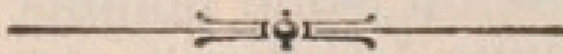
**M. Ollier**, président, met aux voix la candidature de M. Siraud.

A la majorité des deux tiers des membres faisant partie de la Société, M. Siraud est élu membre titulaire de la Société de Chirurgie de Lyon.

**M. Ollier**, président, met aux voix la candidature de M. Martin.

A la majorité des deux tiers des membres faisant partie de la Société, M. Martin est élu membre titulaire de la Société de Chirurgie.

Le Gérant : Dr VALLAS,



BULLETIN

SOCIÉTÉ DE GÉOLOGIE

DE LYON

1881





BULLETIN  
DE LA  
**SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE**  
DE LYON

*MEMBRES*  
*Tom II n° 1*

— N° 5 —  
NOVEMBRE, DÉCEMBRE  
1899

LYON  
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie  
Ancienne Maison WALTENER & Cie  
14, Rue Bellecordière, 14

—  
1899

# SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1898 - 1899



## BUREAU

<i>Président</i> .....	OLLIER.
<i>Vice-Président</i> .....	FOCHIER.
<i>Secrétaire général</i> .....	VALLAS.
<i>Trésorier-archiviste</i> .....	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i> .....	{ ALBERTIN. CONDAMIN.

## MEMBRES

ALBERTIN.	JABOULAY.
AUBERT.	LAROYENNE.
AUGAGNEUR.	MARTIN.
BÉRARD.	NOVÉ-JOSSERAND.
BERNE.	OLLIER.
CHANDELUX.	POLOSSON (Maurice).
CONDAMIN.	POLOSSON (Auguste).
CORDIER.	ROCHET.
DURAND.	ROLLET.
FOCHIER.	SABATIER.
GANGOLPHE.	SIRAUD.
GAYET.	VALLAS.
GOUILLOUD.	VILLARD.
HORAND.	VINCENT.



BULLETIN  
DE LA  
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
DE LYON

---

*Séance du jeudi, 10 novembre 1898. — Président M. OLLIER.*

---

**M. Ollier**, président, rappelle que la Société existe depuis un an et que le succès a couronné les efforts de ses membres. Les communications ont été si nombreuses qu'il a paru nécessaire de faire des séances hebdomadaires qui auront lieu le jeudi, à 5 heures, chaque semaine.

\*\*\*

**DE LA RADIOGRAPHIE DANS LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT  
DE LA COXALGIE**

**M. Nové-Josserand.** — J'ai l'honneur de vous présenter des radiographies qui montrent les renseignements que peut fournir l'exploration au moyen des rayons X dans la coxalgie.

On peut les schématiser de la façon suivante : dans la plus grande partie des cas, la radiographie montre simplement des lésions en rapport avec l'existence de l'arthrite ; au lieu de la ligne nette qui, dans les articulations normales, marque l'interligne articulaire, on voit une zone à limites peu distinctes, claire avec de petits nuages plus sombres, tandis qu'on ne peut plus reconnaître le contour des surfaces osseuses. On note, de plus, une ra-

réfaction du tissu osseux, visible surtout sur le fémur et étendu parfois à toute l'étendue de cet os. Tantôt cette raréfaction va en augmentant progressivement jusqu'à l'interligne articulaire, tantôt elle se limite plus particulièrement à la région cervicale, laissant le noyau épiphysaire plus sombre.

Dans trois observations, nous avons trouvé des noyaux localisés visibles sous la forme de taches noires, tantôt triangulaires, tantôt arrondies, nettement séparées des parties voisines par une zone plus claire. Dans deux de ces cas, l'intervention montra que cette apparence correspondait bien au siège des lésions; il s'agissait, une fois, d'un séquestre mobile du fond du cotyle, et dans l'autre cas, d'un noyau osseux sous-chondrique de la tête fémorale en voie de caséification, mais sans séquestre.

Enfin, dans une dernière série de cas, les radiographies montrent les déplacements et les déformations: deux fois nous avons trouvé des inflexions osseuses, l'une du col fémoral redressé comme dans la coxa vara, l'autre de la tête qui, comme écrasée, formait une saillie sensible par l'examen hors de l'articulation. Fréquemment on voit des déplacements vrais, subluxations résultant de l'usure de la tête et de l'agrandissement du cotyle par usure de sa paroi supérieure. Il y avait une fois une destruction du fond du cotyle permettant au fémur de faire saillie du côté du bassin; dans un autre cas, il s'agissait d'une luxation ovalaire. Enfin, trois fois il y avait une luxation vraie, la tête ayant absolument abandonné le cotyle et étant remontée plus ou moins haut le long de l'os iliaque.

Quelle est, maintenant, la valeur de l'exploration radiographique au point de vue du diagnostic et du traitement?

Il faut signaler d'abord quelques causes d'erreur: les noyaux normaux d'ossification pourraient être confondus avec des lésions osseuses localisées, il faut donc reconnaître avec précision leur siège et leur forme. De plus, la radiographie ne permet pas de déterminer l'étendue exacte des lésions à cause de la raréfaction due, évidemment, à un trouble trophique de l'os, et qui, étendue parfois fort loin sur l'os, ne se distingue en rien des lésions vraiment tuberculeuses. Enfin, les clichés radiographiques ne permettent de reconnaître ni les ossifications périostiques qui existent parfois et restent transparentes, ni la nature exacte des lésions localisées puisque

rien ne distingue les séquestres des simples noyaux osseux.

Néanmoins, la radiographie a une grande valeur au point de vue du diagnostic; non seulement elle aide à reconnaître les coxalgies vraies des pseudo-coxalgies de toute sorte, et d'affirmer l'existence de l'arthrite dans certains cas à marche subaiguë où elle pourrait sembler douteuse; mais, encore, on peut distinguer, grâce à elle, les formes diffuses, probablement synoviales, des formes à noyau osseux primitif et préciser le siège de ces derniers.

Au point de vue du traitement, l'importance de la radiographie est nulle dans les formes diffuses; mais elle prend de la valeur dans les formes localisées, car elle fait poser la question de l'intervention sanglante. Dans quelle mesure est-on autorisé à aller chercher ces lésions? Il faut distinguer les circonstances suivantes:

D'abord, lorsqu'il n'y a pas d'abcès, l'intervention semble contre-indiquée, car leur recherche serait difficile, demanderait de gros délabrements, et ces lésions peuvent guérir.

Dans les cas avec abcès les conditions sont autres; ici l'abcès sert de voie d'accès vers le noyau osseux qui est tangent en un point de la surface de l'os. L'intervention semble permise pour les lésions périarticulaires du col ou du bassin; mais il faut faire des réserves pour les lésions intra-articulaires à cause des risques d'infection sur lesquels M. Ollier a depuis longtemps attiré l'attention.

Quant aux déplacements et aux déformations, leur traitement est aussi rendu plus facile par la radiographie. Elle permet, en effet, de choisir en connaissance de cause l'intervention utile, simple redressement, ostéotomie, résection; elle permet, notamment de trancher le diagnostic, souvent très difficile, entre une subluxation et une luxation vraie, et de faire, dans ce dernier cas, les manœuvres de réduction qui sont souvent suivies de succès.

\*\*\*

#### **FIBROME UTÉRIN VOLUMINEUX A ÉVOLUTION RAPIDE.**

**M. Violet**, interne, présente, au nom de M. Vincent, un volumineux fibro-myome de l'utérus (poids : 10 k. 300) survenu chez une femme de 30 ans et dont l'évolution s'est faite en l'espace d'un an. Ablation par la voie abdominale :

hystérectomie supra-cervicale. M. Violet insiste sur le volume de la tumeur et son évolution rapide, la difficulté du diagnostic et le mouvementé de l'opération. Par son évolution, sa forme, sa consistance la tumeur donnait tout à fait l'illusion d'un kyste de l'ovaire et le diagnostic fut kyste de l'ovaire de nature colloïde en raison des bosselures et de la consistance non uniforme de la tumeur.

Au point de vue de l'intervention rien de bien particulier. Adhérences nombreuses peu résistantes mais très vascularisées; la tumeur est reconnue comme faisant partie de l'utérus. Pincés au niveau du corps utérin formant pédicule. Ligature, thermo-cautérisation de ce pédicule, cerclage avec un fil métallique. Formation d'un manchon péritonéal recouvrant la surface de section.

Reprise de l'hémostase au niveau des adhérences mésentériques.

Drainage avec un Mickulicz et double drain à pavillon.

Le pédicule est rentré mais tenu à portée grâce aux extrémités du fil métallique qui viennent émerger au niveau de l'incision.

Suture. Pansement.

Le tout a duré un peu plus de deux heures. Durant l'opération la malade a perdu beaucoup de sang. Actuellement la malade est assez bien relevée de son état de shock.

**M. Condamin** fait observer que la rapidité de l'évolution des fibromes n'est pas si rare que M. Violet le signale. M. Guyon a décrit, sous le nom de grossesse fibreuse, l'évolution rapide de ces gros fibromes, dont le développement n'exige pas plus de temps que celui d'une grossesse normale.

\*\*\*

### LIPOME SACRO-LOMBAIRE

**M. Gangolphe** présente un malade qu'il a opéré pour un lipome de la région sacro-lombaire; le malade a été présenté avant l'opération à la Société de Chirurgie.

Ce lipome s'était développé autour d'un axe fibreux, qui paraît être le vestige d'un spina bifida léger et guéri. Le malade ne présente plus qu'une cicatrice opératoire et n'a plus éprouvé aucun trouble dans son état de santé.

## PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX TRAITÉ PAR L'ABLATION DE L'ASTRAGALE

**M. Vallas.** — Je vous présente deux moules en plâtre, lesquels ont été pris, avant et après l'opération, sur un jeune garçon qui est entré dans mon service, pour un pied plat valgus douloureux.

Les premier moule vous montre les déformations de cette affection poussées à un degré extrême, tel que je n'en ai jamais, jusqu'ici, rencontré de semblable. Le valgus est accusé au point que, sur le versant externe du pied droit, au devant de la malléole péronière, existe un creux profondément excavé; c'est le sinus du tarse exagéré par la fuite en dedans de la tête et du col astragaliens. Le scaphoïde fait, sur le bord interne du pied, une saillie anormale très marquée; il est fixé dans cette position par la tête de l'astragale qui a basculé en bas et en dedans. Cette saillie scaphoïdienne repose sur le sol et augmente, à ce niveau, le diamètre transversal de la plante du pied.

Cette plante, elle-même, par suite de cette déformation extrême, n'est pas seulement plate, elle est convexe en dessous. Autre conséquence de cet effondrement total de la voute tarsienne antérieure: les deux malléoles sont très abaissées et, de plus, l'espace inter-malléolaire est élargi, grâce à un certain degré de diastasis de l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Vous pouvez voir, en outre, sur le moule, une déformation qui ne se rencontre jamais dans le pied plat valgus douloureux ordinaire: c'est une saillie très accentuée en haut de la tête du premier métatarsien qui paraît avoir une tendance à se subluser au-dessus de l'extrémité postérieure de la première phalange du gros orteil. Cette saillie peut s'expliquer par l'abaissement forcé de l'extrémité postérieure du premier métatarsien, lequel, fortement attiré en bas par le massif scaphoïdien abaissé, tend à relever, par un mouvement de bascule, son extrémité antérieure.

Le malade souffrait et demandait du soulagement. En présence de déformations aussi complexes, j'ai écarté de suite toute tentative de traitement purement orthopédique et résolu une intervention sanglante. L'arthrodèse astragalo-scaphoïdienne ne pouvait suffire, car elle n'aurait fait que rendre définitive la position vicieuse prise sur ce pied par ces deux os. Il fallait, de toute nécessité, faire une résection pour arriver à une correction

satisfaisante. Je me suis décidé pour l'ablation de l'astragale. Cette opération, qui fut proposée pour la première fois par Margary contre le pied plat, n'a pas joui jusqu'à présent de la faveur des chirurgiens dans la cure de cette affection. Je l'ai choisie, néanmoins, car je savais qu'elle pouvait s'opposer, point par point, aux déformations que j'avais à corriger.

Quand j'étais chef de clinique du professeur Ollier, j'ai étudié, sur les nombreux malades opérés par lui, les déformations consécutives à l'ablation de l'astragale, et démontré que ces déformations consistaient essentiellement dans un varus bien marqué du pied et un abaissement du gros orteil avec son métatarsien. J'ai donc pratiqué sur mon malade l'ablation de l'astragale et, comme vous allez le voir, je n'ai eu qu'à me louer du résultat obtenu.

Voici d'abord l'astragale. Il est déformé à l'extrême, tordu en bas et en dedans suivant son axe antéro-postérieur. Sur sa facette péronière se voit, en outre, une saillie anormale, en forme d'apophyse, qui augmentait le diamètre transversal de l'os et rendait incorrigible le diastasis tibio-péronier. Il n'y a donc pas à regretter d'avoir enlevé cet os, qui n'aurait jamais été qu'un obstacle à la guérison.

Enfin voici le second moule en plâtre représentant le pied du malade à la sortie de l'hôpital. Sans être parfaite la forme du pied s'est sensiblement améliorée. Le creux externe, la convexité plantaire, la saillie anormale du premier métatarsien ont disparu. Mais la saillie exagérée du scaphoïde a persisté en dedans. J'avais cependant surveillé cet os avec soin pendant toute la durée du traitement post-opératoire, d'autant plus que son abaissement était tel que je craignais le voir manquer la malléole tibiale pendant le travail de resserrement du pied et glisser au-dessous de cet os, ce qui aurait gravement compromis le résultat.

Au point de vue fonctionnel, j'ai noté la disparition des douleurs et le bon point d'appui de la plante du pied sur le sol, ce qui me fait espérer que l'état noté à la sortie du malade se maintiendra ultérieurement.

**M. Gangolphe** rappelle qu'un des résultats fréquents de l'astragalectomie est la création d'un pied creux en varus. Aussi la constatation de ces faits justifie absolument la conduite de M. Vallas. Mais il se demande si, dans certains cas, analogues à celui présenté, il n'y aurait pas lieu de faire en même temps l'ablation

du scaphoïde pour racourcir le bord interne du pied, ou la suture du scaphoïde au tibia, pour solidariser davantage le point culminant de la voûte plantaire.

**M. Ollier** félicite M. Vallas de l'excellence du résultat obtenu. L'opération d'Ogston ne pouvait pas avoir raison d'un cas aussi difficile.

L'ablation de l'astragale a eu un excellent résultat, mais la suture du scaphoïde eût pu le compléter, suivant la remarque de M. Gangolphe. Comme nous l'a fait remarquer M. Vallas, le scaphoïde a pu difficilement être mis au contact de la portion antérieure du tibia, mais son ablation eût pu diminuer encore la longueur du bord interne du pied.

Quant à l'interprétation de la production de la saillie de la tête du premier métatarsien, elle est plutôt due, suivant M. Ollier, à la rétraction, à la contraction douloureuse des muscles qui fléchissent les phalanges du gros orteil. Il en résulte que les phalanges étant fléchies, la tête du métatarse est repoussée en haut et fait saillie.

\*\*\*

#### DES OSSIFICATIONS DU BRACHIAL ANTÉRIEUR CONSÉCUTIVES AUX TRAUMATISMES DU COUDE

**M. Ollier** fait une communication sur les ossifications du brachial antérieur qui surviennent après les traumatismes du coude et, en particulier, après les luxations de cette articulation, bien que la réduction en ait été opérée immédiatement. Ces ossifications sont le résultat de déchirures périostiques et musculaires.

A ce propos, M. Ollier rappelle les expériences dont il a exposé les résultats dans son *Traité de la régénération des os* en 1867. Il lui a été impossible de faire ossifier des muscles, quelques variées que fussent les irritations portant sur son tissu seul. Ces ossifications ne se produisaient que lorsque le périoste était en même temps dilacéré et irrité. On voyait alors les ossifications périostiques s'étendre plus ou moins loin dans le tissu musculaire dilacéré en même temps. La migration des ostéoblastes à travers ces déchirures peut certainement être invoquée comme cause de cette ossification, mais, comme M. Ollier a vu quelquefois des ossifications indépendantes isolées de la masse d'origine périostique, il s'en tient toujours à

son ancienne théorie de l'*action de présence*, c'est-à-dire de l'action exercée par les ostéoblastes sur les autres éléments conjonctifs à l'état naissant.

Ces ossifications peuvent quelquefois acquérir de grandes dimensions et produire une ankylose complète du coude, bien qu'il n'y ait pas de lésion persistante de l'articulation et que les os soient en place. Il en a observé des cas assez nombreux et, dans ces derniers temps, il en avait à la fois trois en observation, tous les trois survenus après une luxation en arrière.

Un de ces trois cas est particulièrement intéressant. Il s'agit d'un malade âgé de 38 ans qui se luxa le coude en juillet 1897, dans les Andes. Ramené à Valparaiso, on opéra la réduction de la luxation. On mit d'abord le membre en extension pendant quatre jours, puis en flexion à angle droit. Quinze jours après, le coude était très raide et bientôt il fut impossible au malade de faire le moindre mouvement de flexion. Quand M. Ollier le vit, en juillet 1898, il y avait à peine une mobilité de 3 ou 4 degrés, tout juste assez pour qu'on pût affirmer que les cartilages n'étaient pas soudés.

Ce qui empêchait les mouvements, c'était une masse osseuse de 11 centimètres de long, partant de la partie inférieure de l'humérus, en avant, où elle était très épaisse, et se prolongeant en haut dans le brachial antérieur. Les radiographies présentées par M. Ollier montrent exactement la forme et les dimensions de l'ossification. On voit un prolongement inférieur recourbé se diriger vers le cubitus ou plutôt entre le radius et le cubitus. Le léger mouvement qui persistait montrait qu'elle n'adhérait pas à l'apophyse coronoïde, ni au radius. Les mouvements des articulations radio-humérale et radio-cubitale étaient libres.

M. Ollier essaya, mais sans succès, de faire résorber en partie au moins cette ossification (frictions mercurielles, iodure de potassium, alcalins, bains), mais tout fut inutile, l'ossification était déjà trop ancienne.

Il prit donc le parti de l'enlever pour rendre le mouvement à l'articulation du coude. Cette opération offrait quelques difficultés, à cause de la situation de la tumeur dans les parties profondes du coude et de ses rapports avec les vaisseaux et les nerfs. Il l'attaqua par le côté externe du membre. Il isola la tumeur du muscle brachial antérieur dans lequel elle s'était développée. Là où elle présentait des inégalités et paraissait encore en voie de s'accroître à cause du revêtement d'apparence fibro-



cartilagineuse qui surmontait ces inégalités, il enleva avec l'os la couche périostique qui l'entourait. Le prolongement supérieur dénudé, il essaya de s'en servir comme d'un manche pour déraciner le reste de la masse osseuse; mais le prolongement se brisa à sa base et ce fut avec le ciseau qu'il fallut détacher la base d'implantation constituée par une masse osseuse, épaisse, compacte et très solide. On enleva consécutivement quelques prolongements inférieurs qui se dirigeaient vers les os de l'avant-bras. La tumeur n'avait de rapport qu'avec le nerf radial qu'il fallut écarter pendant l'opération; on le voyait dans le sillon qu'il occupe normalement entre le brachial antérieur et les muscles radiaux.

Une fois l'ablation de la masse osseuse terminée, on gagna quelques degrés de flexion (20 degrés environ), mais, pour aller plus loin soit dans le sens de la flexion ou de l'extension, il fallut faire céder par la force les ligaments rétractés et probablement enraidis par quelques aiguilles osseuses. Indépendamment de la grande ossification du brachial antérieur, il y avait, comme l'indique la radiographie, des ossifications sous-périostiques tout autour de l'humérus. Le mouvement imprimé au moment de l'opération atteignait 110 à 120 degrés. Après cette opération il n'y eut pas de réaction. La température ne dépassa pas 37°5, excepté le soir du second jour où elle atteignait 37°8. Le seul inconvénient fut une paralysie du radial due aux tiraillements exercés sur ce muscle pendant l'opération. Le malade avait eu, du reste le même accident après sa luxation. Le mouvement ordinaire est revenu dans les extenseurs; l'opération date de cinq semaines. La cicatrisation fut retardée par suite d'un épanchement sanguin qui se fit après le premier pansement, à la suite de mouvements trop étendus du membre, dans la cavité anfractueuse qu'avait laissée l'ablation de l'exostose.

Tout est cicatrisé aujourd'hui et les mouvements volontaires ont une excursion de 90 degrés environ.

Cette opération, faite quinze mois après l'accident, était absolument indispensable pour rendre au membre sa mobilité. Il n'y avait pas d'espoir de voir diminuer cette exostose par résorption. Il en est autrement dans le second cas que M. Ollier a observé. Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans qui s'est luxé le coude, en décembre dernier. Quand M. Ollier le vit, quatre mois après, il y avait une exostose volumineuse de forme conoïde, à base inférieure implantée sur l'apophyse conoïde et fixant le

radius au cubitus On attendit avant d'opérer en soumettant le malade au traitement qui devait échouer dans le premier cas. M. Ollier l'a revu il y a un mois et a constaté une mobilité bien plus grande qu'au mois d'avril. Ces ossifications sont susceptibles de se résorber comme les cals exubérants des fractures qui diminuent, le plus souvent, en s'égalisant peu à peu.

Le troisième malade présentait des ossifications périphériques, tout autour de l'articulation dans les ligaments et les muscles péri-articulaires. M. Ollier rompit quelques aiguilles qui fixaient le radius et les mouvements de pronation et de supination sont déjà plus sensibles.

A cet égard, M. Ollier s'élève contre les ruptures brutales qui peuvent être dangereuses à un moment donné, quand les tissus ossifiants sont *en sève*, c'est-à-dire quand l'ossification est en train de se produire. Les ruptures, les déchirures de ces tissus, activent leur ossification et augmentent sa masse. Il faut attendre que le processus ossifiant soit arrêté, pour pratiquer la rupture de l'ankylose. Sans cela, l'irritation amenée par l'opération va contre le but qu'on se propose. De là l'inconvénient et les dangers des massages répétés systématiquement chaque jour. Ils favorisent l'ankylose au lieu d'assouplir les tissus.

C'est surtout après les luxations du coude qu'on a observé ces ossifications. Mais tous les traumatismes avec déchirure du périoste et des muscles peuvent les produire. M. Ollier a dû réséquer totalement le coude, pour un cas où il n'y aurait eu qu'une simple entorse, qui avait été suivie d'une véritable ankylose cerclée, constituée par des jetées s'étendant d'un os à l'autre tout autour de l'articulation. On n'aurait pas eu besoin, au dire de la malade, de faire des manœuvres pour réduire, mais, dit M. Ollier, je n'avais pas constaté moi-même quelle avait été la lésion au moment de l'accident.

M. Ollier rappelle, à ce propos, les diverses ossifications qu'on observe chez les jeunes sujets après les fractures ou les luxations du coude non réduites. Il a décrit autrefois la *coulée huméro-radiale* qui se produit dans les luxations non réduites et qu'on prend pour des fractures du condyle. La tête du radius est coiffée par une ossification nouvelle, due à l'ossification de la gaine périostique restée en rapport avec l'appareil ligamenteux du radius. La tête de cet os est surmontée d'une saillie osseuse contre laquelle elle roule et qu'on prend, au premier abord, pour

le condyle séparé du reste de l'humérus par un trait de fracture. Ces ossifications, très variées de forme et de volume, empêchent toute réintégration des surfaces articulaires et nécessitent la résection humérale (résection semi-articulaire), ou même la résection totale dans la plupart des cas.

A propos de ces ossifications M. Ollier ajoute qu'il ne faut pas faire des résections trop hâtives sur les coudes ankylosés à la suite des traumatismes. Si on les opère pendant que les tissus ossifiables sont en sève, on a à redouter une nouvelle ankylose. Le processus ossifiant est excité par l'opération, on a plus d'os qu'on n'en voudrait et l'articulation nouvelle s'enraidit. Malgré la *résection sous-périostée interrompue*, on a la plus grande peine du monde à avoir des articulations suffisamment mobiles.

**M. Fochier**, à propos des cas cités par M. Ollier d'ossification péri-articulaire rencontrés dans la pratique des résections du coude, rappelle que, dans un cas, chez un jeune homme, il eut à enlever une exostose volumineuse de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Cette observation est rapportée dans la thèse de son élève Marangos. Cette exostose était constituée par une ossification du brachial antérieur et son ablation fut extrêmement laborieuse. Il fallut soulever et récliner tout le plan antérieur des parties molles de la région du coude pour éviter la blessure des vaisseaux. Ces manœuvres sont difficiles et laborieuses.

**M. Gangolphe** a fait des héli-résections pour luxation non réduite du coude et, dans un cas, il a rencontré, dans le brachial antérieur, une longue aiguille osseuse qui butait contre l'humérus.

Chez tous les malades il a eu de la raideur à la suite des héli-résections, raideur contre laquelle il a eu à lutter longtemps.

Enfin, dans un dernier cas, il a eu une paralysie du nerf radial dont des filets musculaires avaient été tirillés.

**M. Ollier** constate que la discussion s'est étendue et, à propos du cas de M. Fochier, il rappelle que, lorsqu'il s'agit d'ankyloses complètes la résection totale est préférable à la résection semi-articulaire.

Séance du 17 novembre, 1898. — Présidence de M. OLLIER.

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès verbal de la séance du 11 novembre 1898, qui est adopté.

**M. Vallas**, à l'occasion du procès verbal et de sa dernière communication sur un cas de pied plat, traité par l'ablation du scaphoïde, présente une radiographie prise sur un autre malade. On voit très nettement, sur cette épreuve, que l'astragale a basculé, la tête se dirigeant en bas, et n'étant plus que dans une faible portion de sa surface articulaire en rapport avec la facette correspondante du scaphoïde. Cette tête astragaliennne est, en outre, modifiée dans sa forme et légèrement aplatie.

Ce cas de pied plat valgus douloureux ne présente pas une déformation comparable à celle observée chez le malade qu'il a opéré; il a, d'ailleurs, borné son traitement au repos et à la prescription d'un soulier orthopédique. Il est intéressant de constater à la fois le déplacement et la modification de l'astragale, conditions qui peuvent nécessiter plus tard son ablation.

\*\*\*

#### TUBERCULOME PARA-SYNOVIAL DU GENOU

**M. Gangolphe** présente un malade auquel il a pratiqué l'ablation d'un tuberculome para-synovial de la partie supéro-externe de l'articulation du genou. Il rappelle qu'il a publié sur cette question de la tuberculose para-synoviale, un travail dans les *Archives provinciales de Chirurgie* en 1894 et inspiré une thèse sur ce sujet.

Dans ce cas particulier, le tuberculome siégeait entre le *fascia lata* et la synoviale dans l'épaisseur du vaste externe. La petite tumeur une fois enlevée, on voyait flotter la synoviale dans le fond de la plaie.

La guérison fut rapide, malgré une suppuration superficielle et le malade a recouvré l'usage de l'article.

L'hydarthrose qui existait a disparu. En somme, le résultat immédiat est excellent et confirme les indications opératoires formulées antérieurement.

**M. Vallas** a observé quelques cas de tuberculome juxta-synoviale où les lésions sont, jusqu'à un certain

point, indépendantes de la cavité articulaire; c'est surtout au coude, au genou qu'il les a rencontrées, et les opérations partielles dont parle M. Gangolphe sont bien indiquées, mais il y a lieu de faire des réserves au point de vue du résultat définitif.

Il y a 18 mois, M. Vallas a soigné une jeune fille de 16 ans pour une tuberculose du genou; il lui a fait une synovectomie partielle en enlevant le cul-de-sac sous tricpital. Le résultat fut, en apparence, excellent: mais dix mois plus tard la malade était revue porteur d'une tumeur blanche nécessitant une résection.

**M. Sabatier** est d'avis que c'est surtout au poignet que l'on rencontre ces sortes de lésions; là, en effet, les arthrites tuberculeuses débutent le plus souvent par les parties molles juxta-synoviales, et les gaines tendineuses surtout.

**M. Gangolphe.** — Parmi les douze cas que j'ai observés, le premier remonte à huit ans; il s'agissait d'un tuberculome situé au dessous du vaste interne; il a très bien guéri sans récurrence.

Dans un autre cas l'envahissement de l'articulation s'est fait un an après l'intervention; dans un autre également j'ai appris que le malade a dû être amputé. Mais, à mon avis, il y a lieu de distinguer deux ordres de faits: les tuberculomes juxta-synoviaux non ouverts dans la synoviale, et les tuberculomes adhérents à la synoviale; c'est surtout pour ceux-là que le pronostic doit être plus réservé à cause de leur ouverture dans l'articulation.

Ces faits sont, d'ailleurs, peu ou mal connus; je n'ai guère retrouvé que le cas de Nichet qui soit à rapprocher de cette catégorie de faits.

**M. Ollier.** — M. Gangolphe vient de soulever une question intéressante; mais, le plus souvent, dans ces cas on croit tout d'abord à une indépendance complète vis-à-vis de la synoviale, puis on s'aperçoit que les lésions se sont développées aux dépens d'un diverticule de la synoviale. Il n'en est pas moins vrai que l'ablation hâtive est le seul traitement rationnel et le meilleur moyen d'éviter l'extension des lésions.

Toutes les articulations sont susceptibles d'être prises, mais ce sont surtout celles du genou, du coude, et du cou de pied qui sont prises.

## RADIOGRAPHIE ET COXALGIE

**M. Nové-Josserand** complète sa communication sur l'emploi de la radiographie pour établir le diagnostic de la coxalgie et poser des indications thérapeutiques. Dans certains cas on peut, en déterminant l'existence des points osseux para-articulaires, éclairer le diagnostic et pratiquer une intervention sur le foyer du mal.

Dans d'autres cas on voit nettement la tête fémorale malade, déformée et luxée au-dessus du cotyle. Dans un cas, notamment, l'interprétation radioscopique permit de faire ce diagnostic et l'auteur put réduire la tête luxée en la maintenant par la méthode de Lorenz. Les lésions du cotyle peuvent être révélées et, là encore, l'intervention est facile.

Malgré tous ces avantages il faut être réservé et ne pas trop vite conclure à une intervention en face d'une lésion révélée par la radiographie. Il faut tenir compte des résultats de l'examen clinique, de l'état fonctionnel de la jointure et de l'état général des malades.

La radiographie est cependant un moyen précieux de diagnostic de la coxalgie et peut aider à trouver la solution thérapeutique.

**M. Vallas** insiste sur l'importance de la radiographie pour le diagnostic des affections de la hanche. Récemment pour un malade entré dans son service pour un ancien traumatisme de la hanche, le diagnostic était hésitant entre une fracture du col et une luxation sus-pubienne de la tête fémorale ; le chirurgien penchait même vers la luxation sus-pubienne, mais la radiographie a montré une fracture du col évidente ; le traitement a consisté en bains sulfureux et dans la mobilisation, ce dont le malade s'est bien trouvé ; on voit bien là le service rendu par la radiographie.

**M. Ollier** n'a pas de faits personnels à apporter, mais à son avis, la radiographie ne fait que confirmer les symptômes constatés par l'observation. Toutefois, dans certains cas, elle est une ressource précieuse : en présence par exemple de lésions de la tête ou de l'acétabulum dont la constatation peut conduire à une intervention plus hâtive. Les résultats des résections seront certainement meilleurs car on interviendra avant que l'atrophie musculaire n'apparaisse.

**M. Fochier** croit que le problème clinique ne changera pas pour tout cela ; certainement on pourra mieux

connaître l'étendue des lésions, mais d'après lui, dans la tuberculose osseuse et articulaire des enfants, l'état général domine tout ; peu importe donc le moment de l'intervention.

M. Fochier est d'avis que, « de la scrofule, il ne faut traiter, chez les enfants, que les complications et les résidus » suivant une formule qu'il a déjà exposée lorsqu'il s'occupait, comme chirurgien-major de la Charité, de la chirurgie infantile.

M. Ollier prévoit que la radiographie, en permettant une intervention plus hâtive, pourra faire obtenir des résultats orthopédiques meilleurs.

\*\*\*

#### COMPRESSION DE LA BRANCHE PROFONDE DU NERF RADIAL DANS UN FOYER DE FRACTURE DU HAUT DE L'AVANT-BRAS — DÉGAGEMENT DU NERF.

M. Rochet. — Le petit malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est âgé de 6 ans. Il est entré dans mon service le 3 août, pour les suites d'une fracture du tiers supérieur de l'avant-bras. L'accident datait du commencement de mai, c'est-à-dire de trois mois.

L'enfant avait été mené de suite après la fracture chez une femme-rhabilleur, et, dans la suite, du reste, les parents avaient consulté différents médecins.

Quoi qu'il en soit de la façon dont il avait été traité, à son entrée dans le service il se présentait dans l'état suivant :

L'avant-bras était en demi-flexion sur le bras et en pronation ; la main était fortement fléchie sur l'avant-bras, les doigts incurvés dans la paume de la main ; bref, tous les signes d'une paralysie radiale complète, sauf, cependant, de très légers mouvements d'extension du poignet sur l'avant-bras, mais mouvements insignifiants.

Le malade avait été jugé incurable ; du reste, par le médecin du pays.

Du côté de l'avant-bras, on notait, à la partie supérieure du squelette, une flexion assez prononcée des os en avant et en dedans, une sorte de cal vicieux à ce niveau.

La sensibilité ne présentait rien de particulier à signaler. L'exploration électrique des muscles de la région postérieure de l'avant-bras était à peu près négative.

En présence de ces symptômes, et pensant à une compression du nerf radial au niveau de la fracture, on intervint par une incision à ce niveau, pour aller voir ce qu'il en était.

L'incision fut faite un peu en dehors du cubitus, sur le point le plus saillant du cal à la face postérieure de l'avant-bras, pour aller chercher le radial, au point où il aborde les muscles postérieurs de l'avant-bras.

Voici ce qu'on trouva.

Le cubitus présentait un cal saillant du côté de l'espace interosseux, ou plutôt une pointe osseuse due au chevauchement du fragment supérieur sur le fragment inférieur.

Du côté de la face externe du radius, on notait aussi une saillie en pointe, également due à une consolidation angulaire des fragments.

En somme, l'espace interosseux était presque comblé à ce niveau par les pointes des fragments; en outre, le nerf radial, dont on chercha l'émergence, après son passage dans le court supinateur, était appliqué très intimement et tendu sur l'angle formé par la consolidation des fragments du radius, comme sur un chevalet.

L'opération consista alors, après avoir soigneusement protégé le nerf et ses branches destinées aux muscles postérieurs de l'avant-bras, à réséquer sur le cubitus et le radius les angles saillants des deux os, et notamment sur le radius, pour éloigner le nerf le plus possible de lui, et empêcher qu'il ne fût tendu et soulevé par le cal angulaire du radius.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, il ne se passa rien de bien particulier, et le malade ne commença à en retirer quelque bénéfice qu'au bout d'une quinzaine de jours environ. A ce moment, les mouvements d'extension du poignet devinrent particulièrement énergiques et les mouvements d'extension des doigts, actifs, spontanés, commencèrent à apparaître pour la première fois.

Actuellement, près de trois mois après l'opération, le poignet se tient très naturellement étendu sur l'avant-bras; les mouvements de supination atteignent la moitié de l'amplitude normale, et ceux d'extension des doigts, sont très énergiques.

Il y a encore de la raideur dans les articulations des doigts, longtemps restés immobiles, et surtout une gêne pour l'extension complète due, non pas au défaut d'action des extenseurs, mais à la rétraction des fléchisseurs qui



avaient fini par se raccourcir dans la flexion permanente du poignet et des doigts.

Du côté du pouce, le résultat est plus imparfait ; l'extension de la deuxième phalange se fait bien, mais l'abduction paraît très limitée.

En somme, à part cette abduction du pouce, à part l'obstacle mécanique à l'extension parfaite, créé par le raccourcissement des fléchisseurs, le résultat est tout à fait remarquable et, avec l'exercice progressif du membre, l'exercice actif et passif des doigts, tout fait espérer que le petit malade arrivera à se servir de sa main d'une façon tout à fait satisfaisante.

**M. Nové-Josserand** a observé deux cas analogues l'année passée ; dans l'un, la fracture siégeait à la partie moyenne, dans l'autre, à la partie inférieure ; or, dans ces deux cas, on ne pouvait incriminer l'englobement du nerf par le cal, étant donné qu'à ces divers niveaux le nerf n'est pas en contact direct avec l'os, mais bien la compression passagère produite par l'appareil réducteur de la fracture.

---

*Séance du 23 novembre 1898.* — Présidence de M. FOCHIER.

---

**M. Albertin**, secrétaire, donne lecture du procès verbal de la séance précédente.

Le procès verbal est adopté.

\*\*\*

#### DEUX SIGNES EN FAVEUR DE LA NON INTERVENTION DANS LES CAS DE FIBROMES VOLUMINEUX DE L'UTÉRUS

**M. Chandelux.** — Les fibromes de l'utérus, on le sait, ont été divisés en : 1<sup>o</sup> fibromes sous-péritonéaux, généralement pédiculés, faisant saillie dans l'intérieur de la cavité abdominale ; 2<sup>o</sup> fibromes interstitiels ; 3<sup>o</sup> fibromes sous-muqueux, pouvant ultérieurement devenir le point de départ de la formation de polype. Cette division anatomique est incomplète au point de vue opératoire et il est indispensable de distinguer parmi les fibromes qui évoluent du côté de l'abdomen : 1<sup>o</sup> ceux qui se développent à l'intérieur même de cette cavité ; 2<sup>o</sup> ceux dont le déve-

loppement se fait au-dessous du péritoine pariétal postérieur en le décollant et en s'insinuant au-dessous de lui de façon à amener le déplissement et l'effacement des ligaments larges et parfois aussi le dédoublement du mésentère. A cette deuxième catégorie se rattachent les fibromes dits à développement intra-ligamentaire, c'est-à-dire les tumeurs qui ont pris naissance sur une partie limitée de l'utérus et dont l'ablation peut être faite sans grands dangers pour la malade, et ceux, au contraire, qui, d'emblée, se forment dans le tissu utérin tout entier, corps et col. Ces derniers sont ceux que nous considérons seuls en ce moment et pour lesquels l'intervention est particulièrement grave. Dans ce cas, ainsi que nous l'avons vérifié sur une malade, d'énormes masses fibromateuses emplissent toute la cavité du petit bassin, le col disparaît complètement et l'on conçoit qu'alors l'intervention devient nécessairement une hystérectomie abdominale totale.

Chez la malade à laquelle nous faisons allusion, la tumeur, de volume très considérable, s'était développée en deux ans. Elle formait une saillie énorme, globuleuse, lisse, sur toute l'étendue des trois quarts-inférieurs de la région abdominale, se prolongeant dans l'intérieur du petit bassin qui était complètement occupé par elle. Le toucher ne laissait aucun doute à cet égard et il montrait de plus qu'aucune saillie, aucun orifice ne décelait la présence d'un vestige du col utérin.

Malgré le développement rapide de ce fibrome, jamais la malade n'avait présenté de pertes sanguines abondantes. Le volume seul de la tumeur la gênait considérablement, car les douleurs étaient à peu près nulles. Par l'auscultation à l'aide du stéthoscope, on percevait sur les parties latérales des bruits de souffle indiquant l'existence de gros vaisseaux veineux.

Ces constatations firent admettre que l'intervention devait présenter trop de dangers pour pouvoir être conseillée. Néanmoins, sur les instances de la malade et pour en avoir la certitude absolue, une laparotomie exploratrice fut pratiquée le 24 octobre 1898.

On reconnut ainsi d'abord la présence des énormes sinus veineux que le stéthoscope avait décelés, puis on vit que la tumeur s'était développée en majeure partie au-dessous du péritoine pariétal postérieur, car la séreuse, avec les intestins, formaient une enveloppe continue tout autour d'elle, à peu de distance de son sommet. Les prévisions étant ainsi confirmées au point de vue de la gra-

tivité de l'extirpation de cette énorme masse, le ventre fut immédiatement refermé et la paroi abdominale suturée à trois plans, sur toute la ligne d'incision.

Cinq jours après l'opération, la malade, dans des efforts de toux, eut une rupture de la ligne de suture et, le 30 octobre, on put constater que la tumeur faisait hernie à travers cet orifice largement distendu. La friabilité des parois abdominales extrêmement amincies, ne pouvait permettre une nouvelle suture et il fallut, par nécessité, en arriver à l'ablation de la tumeur. Une incision fut faite sur le péritoine, à la partie antérieure de la tumeur, de façon à isoler immédiatement la vessie. Puis on procéda successivement à des pédiculisations multiples sur tout le pourtour de la tumeur, de façon à la séparer de la séreuse et à la libérer de ses connexions avec les parties voisines. Pendant ces manœuvres, plusieurs sinus veineux se rompirent et l'hémorragie ne put être arrêtée qu'en exerçant, au niveau de la solution de continuité, une compression à l'aide de tampons, car les vaisseaux se déchiraient lorsqu'on voulait appliquer des pinces hémostatiques.

A un moment donné la malade fut prise de syncope. Par des injections de sérum et surtout par l'insufflation de bouche à bouche et par des flagellations sur la face, on put la ranimer, mais il fallut près d'un quart d'heure pour que les pulsations devinssent de nouveau perceptibles à la radiale. L'opération fut alors très rapidement terminée, les parois du vagin, dernier point d'attache de la tumeur, ayant pu être séparées de celle-ci, par une sorte d'énucléation à l'aide de l'index, promené circulairement. Toilette péritonéale rapide, suture des parois à trois étages.

La malade, reportée dans son lit, fut soumise à des injections de sérum artificiel et de caféïne, en même temps qu'on lui faisait prendre des boissons excitantes et du champagne. Malgré les soins dont elle fut entourée, après avoir complètement repris connaissance, elle ne tarda pas à s'affaiblir de nouveau et succomba 5 heures après l'opération.

La tumeur enlevée, pesait 16 kilog. A la coupe, on reconnaissait un tissu de consistance assez faible, présentant tous les caractères des myxo-fibromes, mais nulle part on ne pouvait trouver trace du col utérin ou de la cavité utérine. A l'autopsie, on constata l'intégrité de la vessie, mais l'uretère droit avait été sectionné.

De ce fait et d'autres analogues que nous avons anté-

rieurement observés, nous croyons pouvoir conclure que la disparition ou l'effacement complet du col utérin dans les fibromes volumineux, doit faire admettre, dans la plupart des cas, un développement sous-péritonéal de la tumeur, créant de graves dangers opératoires et que ce signe doit faire plutôt conclure à la non-intervention.

Une seconde contre-indication opératoire nous paraît devoir être fournie par la présence, à la surface des fibromes, de volumineux sinus veineux dont la déchirure, par suite de la friabilité des parois, donne lieu à des hémorrhagies extrêmement abondantes, susceptibles de mettre immédiatement en péril la vie de la malade. Toutefois le danger disparaît lorsque la tumeur peut être rapidement pédiculisée, car la constriction de la tumeur au niveau de ce pédicule arrête nécessairement l'hémorrhagie. Or, c'est encore d'après les caractères du col utérin que l'on sera renseigné sur la probabilité de cette pédiculisation rapide et l'on sera en droit de l'espérer lorsque le col aura conservé une partie de ses caractères normaux. Lorsqu'au contraire il sera notablement déformé, on devra s'attendre à des difficultés assez grandes et, par conséquent, quand, par l'auscultation, on aura reconnu la présence de veines très volumineuses à la surface d'un fibrome ayant acquis un développement assez considérable et, qu'en outre, il existera un effacement ou une déformation assez marquée du col, on devra, dans ce cas encore, redouter des complications sérieuses pendant le cours de l'intervention et la plupart du temps, par conséquent, l'abstention sera prudente.

**M. Condamin** demande si, à l'autopsie, on a recherché le col utérin; qu'il soit déformé, déplacé, cela se comprend aisément, mais qu'il disparaisse complètement, ceci est plus difficile à expliquer. Le décollement du mésentère avec gangrène possible de l'intestin est une complication autrement redoutable des fibromes intra-ligamentaires.

**M. Chandelux** a examiné avec grand soin la pièce anatomique dont il a parlé; il était impossible de retrouver quoi que ce soit du col utérin, qui avait probablement disparu au milieu des végétations qui le recouvraient; il y avait bien quelques anfractuosités à ce niveau, mais aucune d'elles ne pouvait être cathétérisée et ne rappelait le col ni par sa forme ni par son apparence.

**M. Fochier** demande si la cavité utérine a pu être retrouvée.

**M. Chandelux.** — Elle avait totalement disparu.

**M. Guillaud.** — Les difficultés que l'on rencontre dans les fibromes intra-ligamentaires sont très inégales. Dans un cas opéré avec M. Fochier, M. Guillaud a pu énucléer un fibrome de 8 kilos, sans hémostase et sans hémorrhagie. Mais la malade mourut au 11<sup>e</sup> jour, d'une complication relevant directement de la disposition intra-ligamentaire du fibrome : le fibrome avait dédoublé le mésentère de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle ; après marsupialisation de la poche, une partie de l'intestin grêle se trouva tendue sur la partie dédoublée du mésentère, fixée à la paroi et l'intestin se couda à ce niveau, d'où une occlusion mortelle, sans trace de péritonite.

**M. Fochier** trouve un intérêt tout spécial au cas de M. Chandelux, si vraiment la cavité utérine avait disparu complètement ; mais les fibromes intra-ligamentaires, qui décollent le péritoine pelvien et remontent plus ou moins haut, représentent des cas qui sont bien connus ; le cas qu'il a vu avec M. Guillaud en est un exemple. Il en a opéré un autre qui remontait jusqu'au rein et, après ligature et section rapide du pédicule, pour éviter l'hémorrhagie opératoire, on a constaté une ouverture vésicale qui fut d'ailleurs suturée ; mais, par suite du volume même de la tumeur qui avait décollé le péritoine sur une vaste étendue, il n'y avait pas de péritoine pour tapisser la fosse iliaque. Dans le cas de M. Chandelux, peut-être la blessure de l'uretère a-t-elle été pour quelque chose dans l'issue fatale, et ce signe de la disparition du col n'a peut-être pas la valeur que lui attribue M. Chandelux.

**M. Chandelux.**— Cette disparition du col peut s'expliquer par l'évolution de la tumeur, car il s'agissait d'un myxo-fibrome de 16 kilogs qui avait atteint tout son développement en l'espace de deux ans. Le cas est d'ailleurs tout différent de celui de M. Guillaud, de même l'intervention a été toute différente.

Pour le manuel opératoire. M. Chandelux trouve à l'écraseur à chaîne un avantage sur le lien constricteur, c'est qu'il fait la striction et la section simultanément, ce qui n'est pas à dédaigner quand il faut aller vite.

Quant à la section de l'uretère il est certain qu'elle n'a pas eu une influence, la mort étant survenue quelques heures après l'opération ; dans un cas analogue, M. Chandelux avait agi autrement en fixant les deux bouts à la paroi, et le cathétérisme du bout inférieur avait permis de reconstituer l'uretère.

M. Goullioud a signalé l'occlusion comme étant une des particularités opératoires de ces fibromes; l'occlusion est, en réalité, une complication de beaucoup trop d'autres interventions abdominales pour qu'il soit besoin de faire intervenir le dédoublement du mésentère.

\*\*\*

### TUMEUR DE L'OVAIRE

**M. Violet** présente, au nom de M. Vincent une volumineuse tumeur de l'ovaire enlevée par voie abdominale. A remarquer le volume : poids 6 k. 900, les adhérences nombreuses et résistantes à l'intestin, à la vessie, tout autant de choses qui ont compliqué l'intervention. Quant à la nature de cette tumeur il serait prématuré de la définir, l'examen histologique n'ayant pas été fait; cependant, vu l'évolution rapide et, la consistance. obligé on est de penser à une tumeur maligne.

---

*Séance du 1<sup>er</sup> décembre 1898.* — Président M. OLLIER

---

### RÉTRÉCISSEMENT DE L'INTESTIN CONSÉCUTIF A UNE HERNIE ÉTRANGLÉE : ENTÉRO-ANASTOMOSE

**M. Goullioud.** — Le rétrécissement de l'intestin à la suite de l'étranglement herniaire est signalé dans tous les ouvrages classiques, mais sans aucun détail, et les observations publiées sont rares. Aussi, croyons-nous intéressant de donner la relation du fait suivant, où nous dûmes pratiquer une entéro-anastomose pour un rétrécissement reconnaissant cette origine.

Il s'agit d'un homme de 61 ans, habitant le Coteau, près de Roanne, qui avait toujours joui d'une bonne santé. Depuis quelques années, il avait une hernie inguinale droite. Au mois de mai 1898, cette hernie s'étrangla, deux médecins firent un taxis assez énergique, mais ne purent réduire la hernie. La kélotomie fut pratiquée à l'hôpital de Roanne par M. le Docteur Auboyer, moins de 24 heures après l'apparition des premiers symptômes

de l'étranglement ; notre confrère trouva une anse de l'intestin grêle fortement serrée par le collet du sac. L'intestin était déjà très malade, mais pas au point qu'il ait hésité à le réduire.

Les suites immédiates de la kélotomie furent simples, mais, trois semaines après, accidents aigus d'obstruction intestinale avec vomissements fécaloïdes. Ces accidents s'atténuèrent peu à peu pour faire place à une obstruction chronique incomplète, pour laquelle le malade entra à l'hôpital Saint-Joseph, au commencement d'octobre, c'est-à-dire cinq mois après la kélotomie.

Le malade présente un tympanisme considérable qui, tout d'abord, était intermittent, puis devint permanent. Depuis trois mois, le malade a la diarrhée, sept à huit selles liquides, grisâtres par jour. Par contre, émissions de gaz à peu près nulles, comme si le rétrécissement agissait comme un siphon, ne laissant passer que les liquides et pas les gaz. Aucun trouble des fonctions de l'estomac, mais, après les repas, exaspération des contractions péristaltiques de l'intestin qui arrachent des plaintes au malade ; aussi réduit-il de plus en plus son alimentation.

Si on examine l'abdomen, on le trouve tympanisé, sans aucune plaque indurée, sans aucun point spécialement douloureux, sans ascite. On voit se dessiner les anses intestinales avec une certaine orientation transversale.

On essaie d'abord le traitement médical de la paralysie intestinale et des fermentations intestinales. Mais le malade mange de moins en moins, maigrit, se cachectise et se démoralise. Son poids tombe en 9 jours de 49 à 47 kilos.

Le 20 octobre, je l'opère avec l'assistance du Dr Laguaite et du Dr Rafin. Anesthésie à l'éther. Incision médiane remontant bien au-dessus de l'ombilic, descendant jusqu'au pubis, une éviscération à peu près spontanée de tout l'intestin grêle se produit. On la complète en retirant une anse ou deux qui cachent le siège de l'ancienne hernie.

A ce moment, on trouve une bride épiploïque qui, partie du grand épiploon peu développé, est fixée, par son extrémité inférieure au niveau de l'angle formé par la fosse iliaque interne droite et la paroi antérieure de l'abdomen. On la résèque.

Mais il est évident que cette bride lâche ne doit pas être la cause principale des accidents. On en recherche une autre. On reconnaît le cœcum, et son petit dévelop-

pement montre que l'obstacle siège sur l'intestin grêle. En effet, à 15 centimètres à peu près de la valvule de Bauhin, on trouve l'intestin rétréci, profondément adhérent dans l'angle dièdre d'où part la bride épiploïque signalée. Au delà, l'intestin grêle est immédiatement très développé. Au niveau du point rétréci, on sent une sorte d'induration, qui pourrait faire croire à un néoplasme, s'il ne s'agissait manifestement de lésions cicatricielles. Il y a là des preuves manifestes d'une péritonite adhésive localisée, et aussi d'une lésion intestinale due probablement au mauvais état de l'intestin, au moment de la kélotomie.

On se décide à faire une entéro-anastomose, entre les deux parties de l'intestin grêle, séparées par le rétrécissement et immédiatement au-dessus de lui. Il s'étend peu, d'ailleurs, sur l'intestin et forme une virole adhérente de deux centimètres environ.

Deux plis, formés sur l'une et l'autre anse intestinale, sont isolés avec deux pinces intestinales de Doyen, et maintenus parallèles. On fait une anastomose latérale, à trois plans de suture (surjets au fil de soie fin, avec points d'arrêt).

Confiant en la solidité de ma suture, je m'efforce de faire passer une partie du contenu intestinal par la nouvelle anastomose, et je réduis, avec une certaine force, les anses éviscérées, sans vider l'intestin. Je parviens à faire la suture de la paroi abdominale (trois plans de suture).

L'opération a duré 50 minutes et on a injecté un litre de sérum à la fin de celle-ci.

Les premiers jours, je crains la tension abdominale et jusqu'à l'émission des gaz, le 3<sup>e</sup> jour, je ne fais prendre que des liquides, en petite quantité.

De petites doses d'huile de ricin (10 gram.) provoquent les selles le 4<sup>e</sup> jour.

Les douleurs, déjà atténuées, cessent alors rapidement. Mais la diarrhée antérieure à l'opération reparait, et ne cesse complètement que quatre semaines après l'opération.

Le malade reprend un très bel appétit et gagne 7 kilog. en un mois et quelques jours.

La pathogénie de ce rétrécissement intestinal ne me paraît pas discutable : l'intestin devait être compromis dans sa vitalité au niveau du point étranglé. Il en est résulté une sténose cicatricielle, en même temps que se développait une péritonite adhésive protectrice. La ligne de conduite à suivre m'a paru aussi des plus nettes. L'état



général du malade permettait encore de préférer à l'anus artificiel, procédé de nécessité, une opération qui assurât la guérison complète du malade, sans lui faire courir trop de risques, et c'est à l'entéro-anastomose que nous nous sommes adressés pour cela. L'excision du rétrécissement nous a paru offrir des dangers, à cause de l'adhérence extrêmement intime qu'il présentait non loin des vaisseaux.

L'entéro-anastomose assurait le rétablissement des fonctions intestinales et présentait le moindre danger possible. Le résultat a répondu à nos espérances.

\*\*\*

### GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE SUIVANT LE PROCÉDÉ DE ROUX DE LAUSANNE

**M. Goullioud.** — Je puis, tout d'abord, donner à la Société des nouvelles de mon premier opéré présenté le 16 juin 1898. Je l'ai revu cinq mois après : il avait gagné 26 kilos, étant passé de 47 à 73 kilos. Il ne suit à peu près aucun régime. Quoique digérant très bien, il signale plutôt une tendance à la diarrhée qu'à la constipation.

C'est sous l'influence de cet heureux résultat que je me suis décidé à opérer, suivant le même procédé en Y, de Roux de Lausanne, la malade que je vous présente.

Cette jeune fille, âgée de 33 ans, souffrait de l'estomac depuis 15 ou 16 ans. Une hémathémèse grave a fait porter le diagnostic de sténose du pylore, consécutive à un ulcère, diagnostic admis aussi par M. Tournier.

Quand je vis la malade pour la première fois, en mai 1898, elle présentait une forte dilatation d'estomac, avec clapotement sous-ombilical et renvois odorants et fétides à la moindre percussion de l'épigastre.

Améliorée passagèrement par un traitement prescrit par M. Tournier, elle est revenue, au mois d'août, et est entrée dans mon service à l'hôpital Saint-Joseph. Je n'ai pas voulu l'opérer encore, et lui ai conseillé le régime lacté et les lavages d'estomac. Elle a retiré un grand soulagement de ce mode de traitement et, jusqu'au dernier jour avant son opération, c'était pour elle le seul moyen de calmer ses douleurs.

Cependant son état s'aggravait et elle revint au mois de novembre, pâlie, décolorée, très-amaigrie, souffrant vivement, et ayant encore perdu 8 kilos du mois de mai au mois de novembre (de 52 à 44 k.).

A ce moment j'ai cru légitime de lui faire la gastro-entéro-anastomose.

Les suites immédiates ont été simples. La malade ne souffre plus, mange des aliments solides et variés, a pris trois kilos en trois semaines. Nous pouvons espérer un résultat aussi bon que chez notre premier opéré. Nous le devons à l'excellente méthode du professeur Roux, de Lausanne.

**M. Sabatier** demande, au sujet du 1<sup>er</sup> malade, pourquoi l'opérateur a fait une laparotomie médiane, au lieu d'employer l'incision latérale au niveau de l'ancienne intervention, ce qui eût été, semble-t-il, plus rationnel, puisque le diagnostic étiologique avait été fait.

**M. Vallas.** — L'anse intestinale était-elle accolée sur une grande longueur à la fosse iliaque? Ceci est important, car de ce fait pouvait découler une indication de l'incision latérale. Si, en effet, l'anse avait été stricturée et accolée sur une grande longueur, il eût été plus difficile d'intervenir par la laparotomie médiane.

On n'a qu'à se louer du résultat obtenu, dans ce cas, mais peut-être eût-il été préférable d'enlever complètement la portion sténosée qui, laissée en place par l'anastomose latérale, peut être un lieu de stagnation pour les matières fécales.

**M. Chandelux** préfère, comme l'a fait M. Guillaud, l'incision médiane; dans les sténoses tardives, on ne sait où se trouve l'anse sténosée qui peut être très loin du lieu de l'intervention et, pour elles, l'incision médiane donne le maximum de chances.

**M. Vallas.** — Tout dépend du diagnostic du siège et de la nature de l'obstacle.

**M. Chandelux** a observé un cas où l'anse sténosée fut trouvée à une assez grande distance du champ opératoire; la sténose était due au sphacèle d'une anse invaginée qui était remontée au-dessus de la région ombilicale.

**M. Guillaud** croit l'incision médiane préférable, parce que l'on a moins à craindre l'éventration, la suture à trois plans y étant facile.

Dans le cas présent, l'anse sténosée, qui était très serrée, était accolée, sur une étendue de 3 à 4 centimètres à la fosse iliaque.

Les deux anses ont été anastomosées juste au-dessus de l'obstacle; les petites dimensions du diverticule diminuent les chances de stagnation.

### OSTÉOMES INTRA-MUSCULAIRES, D'ORIGINE TRAUMATIQUE CHEZ UNE JEUNE FILLE.

**M. Etienne Rollet.** — J'ai l'honneur de vous relater l'observation d'une de mes malades, aujourd'hui presque guérie ; ce cas présente certainement un réel intérêt : il s'agit d'un ostéome intra-musculaire du muscle vaste interne.

Cette jeune fille est entrée dans mon service de l'hôpital de la Croix-Rousse, le 14 juin dernier. Voici son histoire : Agée de 17 ans, elle n'a ni antécédents héréditaires, ni antécédents pathologiques. Elle s'est toujours bien portée jusqu'au jour de l'accident où sa maladie actuelle a débuté. Les parents sont vivants ainsi que 6 frères ou sœurs ; elle est réglée normalement depuis 1 an 1/2.

Il y a un mois, dans l'atelier de fleuriste où elle travaille, une de ses compagnes, tournant sur elle-même, fait un faux pas et vient violemment la heurter de la tête contre la partie externe et moyenne de la cuisse gauche. La douleur à ce choc fut, paraît-il, très vive et, au bout de quelques jours la marche était devenue pénible.

A son entrée dans le service, au niveau de la partie externe et moyenne de la cuisse gauche, on constate un point très douloureux à la pression avec légère tuméfaction allongée, profonde, semblant adhérente à l'os. Pas de fluctuation, pas d'ecchymose. Douleur spontanée assez vive, même la nuit. Rien aux articulations, pas de ganglions ; pas de température ; excellent état général.

Jusqu'au 27 juillet on traite successivement la malade par le repos, l'enveloppement ouaté, les calmants. Puis on administre de l'iodure de potassium et enfin des pulvérisations de chlorure d'éthyle avec bromure et hydrothérapie. La malade quitte le service ; la douleur a presque complètement disparu ; légère périostose au point du traumatisme.

Le 4 août, la malade rentre dans le service ; sous l'influence de la marche les douleurs ont réapparu.

Songeant à une ostéo-névralgie d'origine traumatique et névropathique, après anesthésie à l'éther, je pratique une trépanation du fémur. On trouve une périostose circonscrite et un peu d'ostéite condensante. Pas de lésions musculo-aponévrotiques, pas de collection séreuse ou hématique.

La plaie s'est réunie par première intention; la malade quitte le service en bon état.

Le 15 septembre les douleurs sont toujours vives. Anesthésie et nouvelle intervention (par M. Adenot suppléant M. Rollet); on trouve des lamelles osseuses plaquées sur le vaste interne. On les extrait du muscle. Sutures.

Au mois d'octobre les douleurs réapparaissent encore. Je sens, à la palpation, le long du trajet de l'artère fémorale, une masse dure, irrégulière que je mobilise avec la masse musculaire. Douleur très vive à ce niveau.

Troisième intervention le 25 octobre. Incision de 15 centim. c'est l'incision de la ligature de l'artère fémorale à la partie moyenne. Je trouve dans l'épaisseur du vaste interne deux osselets d'une longueur de 4 cent. environ. Ces os sont moniliformes, irréguliers, dans le muscle, et séparés de l'os. Autour on recueille trois grains osseux isolés, comme des grains de millet. L'os sous-jacent, à sa partie antérieure et externe, est rugueux et épaissi; on le rugine avec le détache-tendon. Sutures.

La plaie a un peu suppuré; il n'y a pas eu réunion par première intention comme précédemment.

Aujourd'hui la malade va bien, doit quitter le service. Légère douleur dans la contraction musculaire, mais pas de tuméfaction ni de douleur spontanée. La douleur provoquée par la pression est peu marquée et ne semble pas faire croire à la persistance de la pullulation ostéogénique.

M. le Dr Paviot, chef du laboratoire des Hôpitaux, nous a remis la note suivante au sujet d'un des petits os que nous lui avons adressé.

« Après décalcification au liquide acéto-chromique, nous avons soumis les coupes obtenues aux colorations par le picro-carmin et l'éosine hématoxylique.

« C'est, en effet, une lame de constitution nettement osseuse que nous trouvons au milieu de ce muscle.

« Dans cette lame osseuse, les systèmes de Havers ont la constitution parfaitement normale et régulière du tissu osseux dense.

« Au contact du muscle, le tissu osseux s'arrête brusquement sur la plus grande surface de contiguïté; il en paraît comme décollé, mais cependant sur un ou deux points la coque fibreuse qui sépare le muscle de l'os se transforme insensiblement en osséine et des corpuscules osseux apparaissent de plus en plus nombreux. Ce dernier détail est surtout bien visible au picro-carmin.

« Outre cette nappe fibreuse de séparation, le muscle

« a réagi au contact de l'os par une sclérose assez intense  
« et même des infiltrations embryonnaires, assez nom-  
« breuses, s'étendent assez loin de la nappe osseuse ;  
« enfin, au voisinage de celle-ci, sont plusieurs artères  
« frappées d'endartérite très accusée.

« Les fibres musculaires elles-mêmes au voisinage de  
« la nappe osseuse, ont souvent perdu leur striation et  
« sont tuméfiées et vitreuses.

« Nulle part on ne rencontre de cartilage.

« Donc il ne s'agit sûrement pas de calcification d'un  
« hématome, mais de tissu osseux véritable et bien cons-  
« titué. C'est un ostéome intra-musculaire. »

L'examen histologique précédent nous indique donc  
qu'il ne s'agit pas d'un hématome musculaire calcifié,  
suite de rupture.

Les notions étiologiques faisaient déjà rejeter cette  
idée : le coup initial a porté sur la face externe du corps  
du fémur. Cliniquement on ne constatait pas d'ecchy-  
mose, la tuméfaction était profonde, osseuse. Lors de la  
première intervention, on ne remarquait ni contusion,  
ni rupture du muscle tenseur du *fascia lata*.

Cet ostéome a été déterminé par un choc direct de l'os  
et non par une contraction irrégulière, suivie de rupture,  
d'un muscle situé assez loin du point frappé, c'est-à-dire  
du muscle vaste interne. Le lieu d'élection des ruptures  
musculaires se trouve à la cuisse, aux adducteurs, au  
droit antérieur, au biceps.

Les trois interventions chirurgicales nous ont permis  
d'assister *de visu* au processus ossifiant. Dans la première  
intervention, on voit un épaississement périostique avec  
éburnation de l'os dans un point circonscrit, répondant  
au trauma. Dans les autres opérations, ce sont des  
lamelles osseuses, puis, plus tard, des os intra-musculai-  
res avec grains osseux périphériques. Ces os nouveaux  
ressemblent macroscopiquement à ceux que M. Ollier a  
obtenus par la torsion d'un lambeau périostique et qu'il  
figure dans son *Traité des Résections*.

Nous pouvons donc conclure qu'il s'agit d'un ostéome  
intra-musculaire du vaste interne, engendré par la pro-  
lifération de cellules osseuses détachées de leur milieu  
ambiant par le traumatisme.

Aucune observation semblable, croyons-nous, n'a été  
signalée chez la femme.

On sait que, chez l'homme, particulièrement chez les  
militaires, des faits assez analogues ont été rapportés  
sous le nom d'ostéome des cavaliers. Mais alors le trauma

est plus marqué; nous ne connaissons pas de cas où pareilles interventions multiples aient permis d'assister à l'évolution d'une nécroformation aussi tenace.

Aussi cette observation vient-elle à l'appui de la théorie de la contusion osseuse suivie de tumeur osseuse bénigne intra-musculaire, alors qu'il ne faut pas invoquer la présence d'un hématome calcifié ou d'une myosite ossifiante.

**M. Ollier.** — Ce cas est remarquable surtout par la rapidité et la multiplicité des ossifications consécutives à un traumatisme presque insignifiant; cette malade semble, en effet, avoir une disposition particulière à l'ossification; il est également rare de voir des ostéomes aussi douloureux. D'après M. Ollier, il ne faut pas considérer la migration des ostéoblastes comme la cause de ces ossifications; il n'est pas admissible que les ostéoblastes se diffusent ainsi dans les tissus et à travers les fibres musculaires.

**M. Albertin** a publié, en 1890, un cas d'ostéome de l'extrémité inférieure du grand adducteur, lequel était représenté par une masse assez volumineuse de 6 cent. de long, en fer de flèche; à cette occasion il a fait des recherches sur le fait de savoir aux dépens de quels éléments se font ces ossifications; or, il était manifeste que cet ostéome était indépendant de l'os. Il s'agissait d'un ostéome hétérotopique de Billroth développé aux dépens d'un os sésamoïde. Il n'y a pas lieu de croire à la transformation du muscle en tissu osseux, mais ce sont les éléments de soutènement, autrement dit le tissu conjonctif qui, passant par les différents stades de l'ossification, donnent ces os hétérotopiques.

L'expression ossification du muscle, ou ossification musculaire, est impropre et doit être remplacée par le terme d'ossification intra-musculaire.

**M. Ollier** n'a, en effet, jamais constaté d'ossification directe du tissu musculaire, mais bien celle du tissu conjonctif intra-musculaire.

**M. Chandelux** rappelle que tout ceci concorde bien avec la théorie de Reichert sur le développement du tissu osseux, qui dérive du tissu conjonctif.

---

## LUXATION DE LA TÊTE DU RADIUS ISOLÉE OU COMBINÉE A UNE FRACTURE DU CUBITUS.

**M. Albertin** — J'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de faits de luxations de l'extrémité supérieure du radius et ces cas peuvent être divisés :

1° En luxation simple de la tête radiale.

2° En luxation du radius combinée à une fracture du cubitus.

La première variété comprend les cas où, à la suite d'un traumatisme variable du membre supérieur, chute sur le coude, tractions exagérées sur l'avant bras, etc., la tête radiale quitte la facette articulaire correspondante du cubitus, se dégage du ligament annulaire déchiré ou distendu et se luxe en dehors, soit en avant soit en arrière. Cette lésion est assez fréquente chez l'enfant, soit pendant la première, soit pendant la seconde enfance. Et, à propos de ces luxations simples de la tête radiale, je crois devoir rappeler l'affection que M. le professeur Maurice Pollosson a décrite sous le nom de pronation douloureuse chez les enfants. Je renvoie à son volume de chirurgie pour l'exposé des symptômes et du traitement. On y trouvera un tableau magistral de cette affection intéressante, avec des indications thérapeutiques nettes et efficaces ; j'ai eu à les mettre en pratique dans un cas avec un succès parfait.

Je ne parlerai que de l'interprétation des lésions soupçonnées en pareil cas. Aucune constatation anatomique n'a été faite jusqu'à présent, et il serait désireux que cette question fût étudiée par une radiographie prise sur un enfant atteint de cette affection.

M. Pollosson estime qu'il se produit, en pareil cas, un commencement de luxation de la tête radiale qui, déplacée et restant en position anormale, provoque cette douleur vive qui fait que les enfants redoutent l'approche de quiconque. On peut aussi incriminer soit le déplacement d'un ligament tirillé, ou encore le pincement de la synoviale par les surfaces articulaires disjointes.

J'ai cru devoir rappeler la *pronation douloureuse* à propos des luxations de l'extrémité supérieure du radius, en ayant observé un cas type, et pensant que cette affection peut être, en effet, le premier degré du déplacement de la tête radiale.

J'ai observé deux cas de luxation simple et complète de l'extrémité du radius.

La première observation a trait à un enfant de trois ans et demi, que je vis le 5 novembre 1895.

Il s'agit d'un cas récent, l'enfant ayant fait une chute quelques jours auparavant. Je pus réduire la luxation sous anesthésie, la tête radiale étant luxée en dehors et un peu en arrière.

L'enfant, anesthésié et en résolution, je pratiquai sur l'avant-bras une traction assez énergique et, en fléchissant l'avant-bras sur le bras, je pus, avec une pression énergique exercée sur la tête radiale, la réintégrer à sa place habituelle. Le membre fut immobilisé ; l'avant-bras fléchi à angle droit pendant une quinzaine de jours, et la luxation resta réduite.

Dans un second cas, il s'agissait d'une luxation de même nature chez un enfant de huit ans, ayant fait une chute du haut d'un balcon élevé de 3 mètres. J'examine l'enfant trois mois après l'accident et constate que l'extrémité supérieure du radius est luxée en dehors et en avant.

Je vous présente des radiographies que j'ai fait exécuter et d'autres qui appartiennent à M. le professeur Ollier, le malade ayant aussi été examiné par lui. Elles ne font que confirmer le diagnostic clinique sans rien y ajouter.

Quelle est l'intervention à pratiquer en face d'une pareille lésion ? L'abstention ? A ce propos, je rappellerai l'observation que M. le Prof. Ollier relate dans son livre : il s'agissait d'un officier de cuirassiers qui, à l'âge de trois ans avait eu une luxation de l'extrémité supérieure du radius droit en avant. Cette luxation n'avait pas été réduite et, au moment où le sujet fut observé, le déplacement de la tête radiale persistait, mais sans produire de gêne ni de limitation dans les mouvements.

En pareil cas, il faut s'abstenir ; mais si cette situation anormale de la tête du radius provoque une gêne fonctionnelle notable, il est préférable d'intervenir. Je n'ai pas eu à opérer le malade dont je rapporte l'observation ; je proposai une intervention sanglante à laquelle le malade se déroba.

Il me semble que l'on doit tenter la réduction sanglante de la luxation, surtout si la luxation n'est pas trop ancienne et que l'on ait quelques chances de pouvoir dégager les surfaces articulaires cubito-humérales, où l'on aura à reposer la tête radiale. Si ces manœuvres sont rendues difficiles, soit par le fait de la rétraction des tissus fibro-ligamenteux, et s'il ne paraît pas possible de replacer et de maintenir en place la tête radiale, il



faut alors pratiquer la résection, la décapitation de l'extrémité supérieure du radius.

On trouvera, dans le travail de Lejars (*Revue d'Orthopédie*, mars 1898), des observations de réposition sanglante de la tête radiale, suivies de succès, dues à Sprengel, Reerink, Schede; mais, après avoir analysé ces faits, Lejars conclut à la pratique de la résection comme méthode de choix.

J'arrive à la deuxième catégorie de faits : luxation de la tête radiale, combinée à une fracture du cubitus.

Je ne ferai pas la bibliographie de cette affection, me bornant à signaler le travail initial de Malgaigne en 1854, et les travaux de Grenier, 1898, de Dorffler, 1886, de Stanciulescu, 1890, d'Annequin, d'Herbet et Gérard Marchant, 1898. J'ai eu à soigner un malade qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, présenta une fracture de la partie moyenne du cubitus, une luxation de la tête radiale et bientôt une paralysie du nerf radial. Ce cas est superposable à celui présenté récemment, par M. Annequin, à la Société des Sciences Médicales de Lyon. Les radiographies que je vous présente, montrent nettement la fracture du cubitus et la luxation du radius. Je me décidai à pratiquer la résection de la tête radiale, sur laquelle je trouvai le nerf radial étalé et tendu.

Les résultats furent suivis du rétablissement des mouvements de l'articulation du coude, et la paralysie radiale disparut progressivement.

Lorsque le malade quitta l'hôpital, tous les mouvements s'esquissaient, mais la pronation et la supination, étaient encore limitées, tout au moins les mouvements spontanés.

En résumé le traitement peut être ainsi formulé suivant nous.

Aux *luxations isolées de la tête du radius* on opposera, si la luxation est de date récente, les manœuvres de réduction. Si la luxation est ancienne on pourra ou : 1° faire de la mobilisation, si l'aptitude fonctionnelle de l'article est suffisant malgré le déplacement de la tête radiale; 2° faire la réposition à ciel ouvert de la tête du radius, si cette manœuvre est facile, ou enfin décapiter la tête radiale pour en supprimer la saillie anormale en supprimant la cause de la mutation des mouvements.

Enfin, dans les cas de *luxation de l'extrémité supérieure du radius combinée à la fracture du cubitus*, il n'y a qu'à réséquer la tête radiale. Cette indication sera encore plus

urgente, si possible, lorsqu'il existera une paralysie radiale compliquant cet ensemble de lésions.

**M. Vallas** montre, à l'occasion de la communication de M. Albertin, la radiographie d'un coude traumatisé ; la radiographie a confirmé le diagnostic fait de fracture du cubitus avec luxation de la tête radiale en avant.

Quelle était, dans ce cas, la conduite à tenir ? La fracture du cubitus s'était consolidée avec un fort raccourcissement, et la tête radiale était solidement fixée ; certainement, dans ce cas, les manœuvres de réduction, même sanglantes, devaient rester sans succès, et le premier temps obligatoire était une ostéotomie du cal. D'ailleurs, dans ces luxations anciennes, M. Vallas préfère toujours la résection. Le malade, pusillanime, l'a refusée momentanément.

**M. Ollier** insiste sur les avantages de la résection, surtout après l'âge de 5 ou 6 ans ; elle est simple, facile, donne d'excellents résultats et doit primer toutes les autres interventions.

---

*Séance du 8 décembre 1898.* — Présidence de M. OLLIER

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du 1<sup>er</sup> décembre.

Le procès verbal est adopté.

\*\*\*

### EXOSTOSE DE L'OMOPLATE

**M. Comte**, interne des hôpitaux, fait, au nom de M. Gangolphe, une présentation de pièces ; il s'agit d'une exostose de l'omoplate.

La malade est une jeune fille âgée de 20 ans ; elle a vu l'affection débiter, il y a deux ans, par des douleurs et un peu de gêne fonctionnelle à l'occasion des mouvements de l'épaule droite ; ces symptômes ont persisté depuis et ont augmenté peu à peu d'intensité ; actuellement le decubitus latéral droit provoque des souffrances assez vives, et la malade se sert difficilement du membre supérieur atteint ; aussi réclame-t-elle une intervention immédiate.

A l'entrée, on constate les symptômes fonctionnels précités qui se manifestent à l'occasion des mouvements spontanés. Mais, si l'on a soin d'immobiliser l'omoplate, on constate l'intégrité de tous les mouvements de l'articulation scapulo-humérale; les articulations de la clavicule sont également saines. L'examen de l'omoplate révèle, au niveau du 1/3 moyen du bord spinal, sur sa lèvre antérieure et empiétant sur la face antérieure du scapulum, un épaissement notable de l'os; il se présente sous la forme d'une tuméfaction arrondie, bien limitée, très dure, peu douloureuse à la palpation. On l'isole facilement en suivant le bord spinal et en introduisant l'extrémité des doigts sous l'omoplate; on constate alors que la saillie appartient bien à cet os et non aux organes sous-jacents, muscles ou paroi thoracique.

La radiographie n'a montré rien d'anormal à son niveau, et n'a pu éclairer le diagnostic.

M. Gangolphe avait écarté toute idée d'une lésion articulaire de l'épaule; pour lui les symptômes dépeignaient une exostose de croissance.

L'opération, qu'il désirait éviter, a été pratiquée sur les demandes réitérées de la malade et a permis de vérifier l'exactitude du diagnostic.

Il s'agissait bien d'une exostose, développée aux dépens du bord spinal et de la partie tout interne de la face antérieure. Cette exostose, assez considérable, a la forme d'une tête de bouton de manchette, unie au bord spinal du scapulum par un col large et bas mais bien isolé; l'opération a consisté dans l'ablation de l'exostose et de la partie de l'os à laquelle elle appartenait.

Tout autour de la néoformation existait une bourse séreuse du volume d'une noix, qui la séparait des digitations du grand dentelé.

Les douleurs étaient provoquées, vraisemblablement, par le frottement de l'exostose sur les tissus sous-jacents, peut-être sur les branches perforantes des muscles inter-costaux.

Nous nous trouvons en présence d'une affection assez rare. Nous ne savons si beaucoup de cas en ont été publiés depuis le travail de Chauvel (Dict. de Dechambre), il y a une quinzaine d'années; cet auteur en citait alors huit observations. Le *Traité de Chirurgie* ne donne que cette statistique.

Il s'agit, le plus souvent, d'exostoses ostéogéniques se produisant dans l'adolescence; elles se caractérisent par de la douleur et de la gêne fonctionnelle, se dévelop-

pant sur les bords de l'os et surtout au niveau de l'angle inférieur, siégeant surtout à droite. On trouve, en général, d'autres exostoses existant sur d'autres points du squelette. L'affection est parfois congénitale.

Dans notre cas, nous ne connaissons pas les antécédents héréditaires de la malade; nous n'avons pas constaté chez elle d'exostoses multiples apparentes. Mais nous voyons que la néoformation s'est développée sur le bord spinal, au niveau d'un des points d'ossification secondaires, le point marginal qui fait son apparition de 18 à 20 ans.

**M. Gangolphe** a fait présenter cette pièce à cause de la rareté relative de la localisation des exostoses sur l'omoplate. L'examen clinique avait permis le diagnostic.

L'examen des radiographies faites à cette occasion, quoique réussies, ne révèle pas l'existence de l'exostose qui est probablement masquée par une côte. On avait même, par l'examen des épreuves, fait le diagnostic d'arthrite de l'épaule. L'interprétation des résultats radiographiques est délicate et rappelle un peu celle des augures qui faisaient dire aux entrailles des victimes ce qui leur plaisait.

Il faut demander à la radiographie ce qu'elle peut donner sans négliger l'examen clinique.



#### AUTOPSIE D'UNE ARTICULATION DU COUDE RÉSÉQUÉE IL Y A 28 ANS 1/2

**M. Ollier** présente les deux membres supérieurs d'un de ses plus anciens réséqués.

Ce malade, dont l'observation est publiée en détail au tome II du *Traité des Résections*, fut réséqué, le 17 juin 1870, pour une arthrite fongueuse suppurée du coude; il avait alors 17ans.

M. Ollier réséqua :

45 millimètres de l'humerus,

15 — du radius,

19 — de cubitus,

sans compter la saillie olécranienne., en tout une colonne osseuse de 64 mill.

Deux mois après on sentait déjà une reproduction assez avancée des tubérosités humérales. Présenté au Congrès de l'Association Française pour l'avancement des Scien-

ces en 1873, l'opéré portait alors 10 kilogs à bras tendu.

En 1882, 12 ans après l'opération, B..., Claude, était vigneron et gagnait 6 fr. par jour pendant que les autres ouvriers n'en gagnaient que 5; il portait alors 20 kilogs du côté sain et 17 kilos du côté opéré.

Revu depuis lors à différentes reprises, le malade est rentré il y a quelques mois à la clinique avec des symptômes qui faisaient penser à une récurrence de la tuberculose dans les vertèbres, mais l'articulation réséquée était restée indemne, tout en présentant un état assez marqué de déchéance sénile.

A l'autopsie, on trouva une tumeur de la colonne ayant les caractères du sarcome et des tumeurs analogues étaient disséminées dans les plèvres. Des parcelles de cette substance furent inoculées à des cobayes et ceux-ci n'ont présenté aucune trace de tuberculose.

Il est particulièrement intéressant d'examiner la structure de cette articulation qui présente un type de néarthrose du coude régulièrement reconstitué sur le type de l'articulation primitive, et ce n'est pas ici seulement le type physiologique de ce ginglyme parfait qu'on retrouve, c'est aussi le type anatomique, avec cette différence que les condyles, au lieu d'être transversaux, se recourbent en bas sous forme de malléoles. C'est une forme que M. Ollier a signalée souvent et qui est la plus favorable pour la solidité latérale de l'articulation.

Le malade avait eu, du reste, de son vivant une articulation à mouvements très étendus; la flexion et l'extension étaient aussi complètes qu'à l'état normal. Depuis quelques années, cependant, l'extension s'était limitée et, dans ces derniers temps, elle atteignait à peine 160°.

On voit, sur la pièce que présente M. Ollier, des muscles vigoureux insérés à leur place normale. Il ne manque que le petit anconé qui s'atrophie toujours en pareil cas.

L'articulation est fixée par une capsule très épaisse latéralement au niveau des ligaments latéraux. L'humérus se termine par deux fortes tubérosités en forme de malléoles, l'olécrane de nouvelle formation est moins régulier qu'un olécrane sain, mais solidement emboîté entre les saillies humérales. L'articulation ouverte, on constate une loge libre entre les extrémités brachiales et antibrachiales; les surfaces articulaires sont polies, comme éburnées; ne sont pas recouvertes de cartilage.

C'est le plus beau cas que M. Ollier ait eu l'occasion

d'observer. L'opération remontait à 28 ans 1/2, et il n'y a pas d'exemple d'autopsie faite dans ces conditions. La structure de la néarthrose montre une fois de plus tous les avantages de la résection sous-periostée, au point de vue de la reconstitution des articulations sur leur type primitif.

**M. Fochier** trouve que les radiographies montrent mieux que les pièces recouvertes des tissus fibreux le mode de constitution de l'article. On voit très nettement les deux montants latéraux développés au niveau des régions épicondylienne et épithrochléenne. Ces deux pièces osseuses, véritables malléoles, constituent une mortaise entre les branches de laquelle s'articulent les extrémités supérieures du radius et du cubitus. La reconstitution sur un type différent de l'article réséqué a néanmoins donné un résultat excellent.

\*\*\*

#### RÉSECTION ÉTENDUE DE LA VESSIE POUR TUMEUR MALIGNE DU DOME VÉSICAL

**M. Bérard.**— Le 29 septembre entrant à la salle St-Philippe, un malade âgé de 48 ans, pour des troubles urinaires graves. Cet homme, cocher de son état, était adressé par son médecin avec le diagnostic de calcul vésical. Et, de fait, son histoire semblait confirmer cette hypothèse.

D'une santé robuste jusque là, sans autre tare que de l'alcoolisme professionnel, il avait été pris brusquement un mois auparavant de douleurs dans le bas-ventre, avec des vomissements alimentaires; puis, au bout de cinq à six jours, il avait pissé du sang, en même temps que ses mictions devenaient fréquentes et douloureuses.

Son médecin, après l'exploration de la vessie, en aurait retiré alors quelques graviers. Néanmoins les mictions augmentèrent encore de fréquence; lors de l'entrée à l'hôpital, elles s'élevaient à plus de 100 par jour, et donnaient lieu à des souffrances intolérables.

Les premières gouttes de la miction étaient légèrement teintées de sang; puis la coloration rouge s'accroissait. A la fin s'échappaient quelques gouttes de sang pur, en même temps que les douleurs atteignaient leur paroxysme et s'irradiaient vers le bout de la verge. Les hématuries surtout prononcées durant la journée, cessaient à peu près complètement, la nuit, par le repos; elles s'exagé-

raient au contraire quand le cocher se trouvait sur le siège de sa voiture, à la suite des courses et de la marche.

Le jet d'urine était resté normal, sans diminution de calibre, ni interruptions brusques.

L'examen de ce malade fournit les indications suivantes.

Rien d'anormal dans la région rénale. Les deux reins ne semblaient ni augmentés de volume, ni douloureux.

Dans la région hypogastrique, le palper était illusoire à cause des réactions de défense de la paroi abdominale; pourtant on percevait, au dessus des pubis, une zone d'empâtement mal limitée. Au toucher rectal, le bas-fond de la vessie et la prostate étaient trouvés sains, et le toucher, combiné à la palpation abdominale, ne révélait rien de plus que le palper isolé.

La vessie, peu tolérante à la distension, admettait à peine 70 à 80 grammes de liquide. Et encore le malade accusait-il alors de violentes douleurs, et rendait-il ensuite un peu de sang.

L'exploration au cathéter métallique ne décela pourtant aucun calcul; mais, au niveau de la paroi antérieure, le bec de l'instrument frottait contre une surface rugueuse et mamelonnée assez étendue; en même temps se produisait une hématurie abondante et le malade se plaignait de beaucoup souffrir.

Les manœuvres intra-vésicales ne furent pas plus longtemps prolongées; le diagnostic de tumeur était évident.

Sur la demande du malade qui, voulait être soulagé à tout prix, une intervention fut décidée pour le lendemain (30 septembre). Comme l'état général était resté relativement bon, malgré une anémie prononcée que l'on avait attribuée aux hématuries récentes, nous décidâmes de lui faire une cystostomie sus-pubienne, quitte à lui enlever en même temps son néoplasme s'il était facilement accessible.

Les premiers temps de l'opération ne présentèrent rien de particulier; mais, le globe vésical une fois découvert, apparut d'une consistance très résistante. Le bistouri, plongé dans la paroi antérieure, chemina, sur une profondeur de trois centimètres, dans des tissus indurés sans que la cavité fût ouverte. Il fallut se reporter beaucoup plus bas, derrière le pubis pour inciser la vessie. Et nous reconnûmes alors avec le doigt que tout le dôme vésical était envahi par une tumeur du volume du poing, tandis que le trigône et le bas fond étaient restés indemnes. Cette tumeur saignant beaucoup et n'ayant pas intéressé

de portions fixes de l'organe, nous résolûmes de l'enlever.

Le champ opératoire fut d'abord agrandi par une incision horizontale sus-pubienne des insertions des grands droits, comme dans la taille de Trendelenbourg. Puis le péritoine fut décollé aussi haut que possible de la paroi antérieure de la vessie. Au voisinage de l'ouraque, le décollement devenant trop laborieux, après tamponnement de la cavité vésicale à la gaze iodoformée, pour diminuer les chances d'infection, la grande séreuse fut délibérément ouverte et explorée. Chemin faisant, une frangé épiploïque adhérente à la paroi postérieure de l'organe fut réséquée; et l'on reconnut alors que, dans toute la zone du dôme, le péritoine était fixé par la tumeur au muscle vésical. Sur la paroi postérieure, la séreuse redevenait libre à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la prostate; il fut dès lors facile de délimiter au bistouri une collerette péritonéale, dont les bords furent rapprochés d'abord par des points séparés, puis par une deuxième suture de sûreté en bourse. La perte de substance du péritoine ainsi réparée avait environ les dimensions de 8 cent. sur 10.

Restait à enlever la tumeur par des manœuvres désormais extra-péritonéales. L'excision en fut rapide, presque exsangue grâce à un pincement hémostatique de la tranche de section au fur et à mesure qu'on avançait. Toutes les parties malades furent enlevées largement, sauf à droite où, dans la profondeur, on voyait glisser deux cordons blanchâtres du volume d'une grosse aiguille, représentant sans doute des lymphatiques envahis.

Pour terminer, il ne fallait pas songer à suturer cette vessie réduite au  $\frac{1}{4}$  environ de sa capacité. Cette suture eût été dangereuse au point de vue de l'infection du péritoine, et illusoire au point de vue de la continence. Aussi, les parois cutanées ayant pu être déprimées vers la profondeur, grâce à l'incision transversale faite sur les droits, ces parois furent suturées à celles de la vessie comme dans une cystostomie ordinaire. L'urine avait ainsi un libre écoulement au dehors, et semblait sourdre comme du fond d'une cuvette.

Les suites opératoires furent des plus simples. Durant 48 heures, le malade accusa d'assez vives douleurs dues au tiraillement des fils; mais le 3<sup>e</sup> jour ces douleurs disparurent; le 7<sup>e</sup> jour les fils furent enlevés et, dès lors, la plaie se rétrécit peu à peu, pour se réduire, en fin de compte, vers la 3<sup>e</sup> semaine, aux dimensions d'un méat sus-pubien.



En même temps on notait que la vessie augmentait graduellement de capacité. Pourtant la miction par le canal ne s'effectua jamais qu'accidentellement. Jamais d'ailleurs on ne fit rien pour hâter la fermeture de l'orifice hypogastrique, l'enseignement de M. le professeur Poncet et les constatations de Delore nous ayant bien démontré que si, en pareil cas, l'urine ne reprend pas son chemin habituel, c'est qu'il subsiste quelque trouble d'excrétion nécessitant le maintien du méat hypogastrique.

Le 2 novembre, l'opéré, qui n'accusait plus aucun trouble vésical, dont les forces néanmoins n'étaient pas revenues, rentra à pied chez lui porteur d'un urinal.

Pendant près d'un mois tout alla bien, malgré que l'amaigrissement s'accroûtât ; dans la dernière semaine de novembre cependant apparut, sur le bord inférieur de l'orifice sus-pubien, un bourgeon de récurrence, qui s'étendit assez rapidement pour avoir aujourd'hui les dimensions d'une noix. Cette récurrence a donné un coup de fouet à la cachexie et, depuis deux jours, le malade ne quitte plus le lit (8 décembre).

Ce fait nous a paru intéressant à relater, *d'abord à cause de la rareté des tumeurs malignes du dôme vésical*. Suivant l'expression de M. Guyon, la vessie est comparable à une boîte dont le fond et les parties basses servent de point d'implantation habituel aux tumeurs, tandis que le couvercle reste toujours indemne.

Dans nos recherches bibliographiques, assez étendues, nous n'avons relevé que huit de ces cas, dont six réunis, par Albarran, dans son livre en 1892 et dus à Sonnenbourg, Czerny, Antal, March, Dittel, Horteloup. De 1892 à 1897, Legueu a présenté, en 1894, à la Société Anatomique, une tumeur des dimensions d'une pièce de 5 francs et occupant le 1/3 supérieur de la paroi antérieure. En 1896 enfin, Veliaminoff a rapporté à la Société chirurgicale de St-Pétersbourg une observation absolument comparable à la nôtre, et dans laquelle il suivit le même manuel opératoire.

Sur ces neuf cas, en comptant le nôtre, *huit fois il s'agissait d'épithéliome*, sans qu'on signalât de relation entre la structure de ces tumeurs et celle des débris allantoïdiens. Dans le cas de Sonnenbourg, la tumeur était un fibro-sarcome développé chez une femme de 60 ans.

*Leur symptomatologie n'offre rien de spécial*, l'allure insidieuse notée chez notre malade est exceptionnelle.

Quant au traitement dirigé contre elles, on ne s'étonnera pas que ce soit *surtout pour enlever ces tumeurs qu'on ait tenté les premières résections partielles de la vessie*; tel le cas de Sonnenbourg en 1884, et ceux de Czerny et Antal en 1885.

Czerny, Antal et Legueu sont les seuls de ces chirurgiens qui aient pu faire une opération sous-péritonéale; et encore dans le fait de Legueu, il semblait que la tumeur intéressât seulement la portion élevée de la paroi antérieure. Tous les autres durent intéresser le péritoine, ce qui n'a rien d'étonnant quand on connaît l'adhérence intime de la séreuse à l'implantation de l'ouraque; à ce niveau la séreuse ne peut être séparée que par un dédoublement des parois de la vessie et, en cas de tumeur du sommet, ce dédoublement assure la récurrence et expose à l'infection. Marsh et Dittel qui l'ont tenté ont crevé néanmoins le péritoine, et malgré des sutures hâtives, ils ont perdu leurs opérés en 48 heures, l'un de péritonite, l'autre, paraît-il, d'une hémorragie dont il n'indique pas l'origine. Le malade de Czerny mourut de cachexie au bout de deux mois; celui d'Antal fit une récurrence dans la paroi antérieure au bout de six mois et mourut au bout d'un an. Quant à celui de Legueu, l'observation en fut présentée huit jours après l'opération.

Quand, au contraire, l'ouverture du péritoine fut pratiquée de parti pris, l'intervention, plus méthodique eut de meilleures suites immédiates. Les trois opérés de Sonnenbourg, de Veliaminoff et le nôtre effectuèrent leur convalescence sans incident; mais sur les trois, deux d'entre eux présentaient des récurrences ou mouraient de cachexie au bout de six semaines, et le troisième, celui de Veliaminoff, était perdu de vue.

Sur un total de vingt-sept cas de résections partielles de la vessie pour diverses tumeurs, réunis par Veliaminoff, il y eut 19 succès opératoires et 8 morts: soit une mortalité de 30 %. Cette gravité réelle de l'opération et ses médiocres résultats éloignés quand il s'agit de tumeurs malignes font qu'on se demande si, même pour les tumeurs mobilisables du dôme vésical, il ne faut pas adopter la conduite plus réservée de la majorité des chirurgiens d'aujourd'hui, à savoir: ne tenter d'intervention radicale par résection que si le point de la paroi envahi est très limité et s'il se trouve en dehors du péritoine. Dans les autres cas, se contenter de combattre les hémorragies et les douleurs soit par des éradications

larges du néoplasme, quand il est limité, soit en mettant la vessie au repos par la cystostomie sus-pubienne (Thèse de Finck, Lyon 1895) quand le cancer est plus diffus.

---

*Séance du 15 décembre 1898.* — Présidence de M. OLLIER

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès verbal de la séance du 8 décembre. Le procès verbal est adopté.

\*\*\*

#### **PIED BOT INVÉTÉRÉ ET TARSOPLASIE A L'AIDE DE L'OSTÉO-CLASTE DE ROBIN. — RÉSULTATS DÉFINITIFS**

**M. Albertin.** — J'ai l'honneur de vous présenter, en mon nom et au nom de **M. Robin**, une malade que nous avons opérée, pour un double pied bot invétéré, par la tarsoplasie, à l'aide de l'ostéoclaste de Robin.

Cette jeune fille de 25 ans a été opérée une première fois à la Charité, en 1875. On lui fit, à cette époque, la ténotomie du tendon d'Achille et le massage du pied. Mais les suites ne furent pas surveillées et l'intervention ne paraît avoir laissé d'autres résultats qu'une cicatrice. En mai 1898, elle m'est présentée portant un double pied bot varus équin invétéré dont vous pourrez, par ce moulage, juger le degré du développement. Il existe plusieurs genres de déformations :

1<sup>o</sup> De l'équinisme dû à l'abaissement de la tête astragalienne.

2<sup>o</sup> De l'adduction en varus forcé du calcaneum dont la face interne regarde en haut.

Cet enroulement du pied sur son bord interne est encore plus marqué par ce fait que l'avant-pied pivote sur l'arrière pied au niveau de l'articulation de Chopart à la fois pour se mettre à angle droit avec l'axe de la jambe, et tourner de façon à ce que le pied repose sur le sol par son bord externe.

La région plantaire regarde en dedans et en haut, elle est creusée suivant son grand axe d'une gouttière médiane profonde, le tassement du pied portant sur le sol par le bord externe, tendant à rapprocher le premier et le cinquième métatarsien.

Le pied en marche, porte sur le sol par la région sous-malléolaire externe, où se trouve un durillon corné extrêmement accusé.

Ces déformations étaient symétriques, rendaient la marche très difficile, pénible, donnaient aux extrémités un aspect totalement dépourvu d'esthétique et hideux. Je résolus de faire, pour l'adulte, ce que j'ai toujours fait pour les enfants, ayant eu l'occasion, à la Charité, d'opérer de nombreux pieds bots, par le massage forcé, la tarsoplasie.

L'usage de l'ostéoclaste me paraissant indiqué, étant donné l'âge et la résistance de ce pied bot invétéré, je crus devoir demander à M. Robin de collaborer à cette intervention.

Une première intervention fut faite le 18 mai 1898 ; une seconde, le 23 juin et ces deux séances nous suffirent pour obtenir le résultat que vous pouvez constater. Pour faire cette réduction du pied bot, à l'aide de l'ostéoclaste nous procédons à la façon suivante :

Le pied est fixé, reposant par la face externe du talon sur le plateau de l'instrument. On garnit de compresses mouillées dessous et dessus, de façon à combler les vides, puis on fixe par le collier, la portion de l'arrière-pied qui doit rester fixe, soit la région malléolaire et astragalo-calcanéenne.

Alors avec la main on saisit l'avant-pied et on le ramène par des pressions énergiques et répétées dans l'axe de l'arrière-pied. On procède au déroulement manuel du pied ; quelquefois on doit appliquer le collier qui embrasse l'avant-pied et, par l'action du levier, on procède progressivement au relèvement de l'extrémité. L'action se porte surtout au niveau de l'articulation de Chopart, en même temps que les articulations tarso-métatarsiennes sont mobilisées et assouplies. Il faut avoir soin de ne pas exagérer l'effort d'emblée, car on pourrait avoir, ce qui est arrivé pour le pied gauche, une rupture de la peau, sans importance d'ailleurs. J'insiste beaucoup sur cette indication de graduer et multiplier les manœuvres de force. Après cette première séance nous avons obtenu la réduction presque complète du pied bot,

La seconde séance, faite un mois après, nous permet de compléter la réduction, en agissant sur l'articulation astragalo-scaphoïdienne et tibio-tarsienne par réduction et effacement complet des saillies osseuses anormales.

Après chaque séance un appareil plâtré fut appliqué, maintenant les pieds opérés dans le maximum de réduc-

tion et d'étalement de la région plantaire. A la fin du mois de juillet on permettait à la malade de marcher avec des béquilles et, un mois après, elle pouvait marcher seule.

Actuellement, la marche est facile, le pied reposant bien par sa région plantaire. Le pied est, en effet, très modelé, le trépied plantaire appuie sur le sol, la voûte est bien marquée. Il existe de la souplesse du pied surtout dans l'avant-pied dont le métatarse est bien étalé.

La malade peut marcher à pieds nus facilement; elle se sent cependant plus solide dans des souliers orthopédiques auxquels sont adaptés des tracteurs élastiques pour augmenter la flexion du pied sur la jambe. En somme, c'est un excellent résultat au point de vue de la forme et de la fonction. Nous l'avons obtenu par une intervention simple, innocente, sans suites appréciables: un peu de douleur pendant quelques jours. Je crois que ce modelage du tarse fait, le pied étant fixé par la plaque de l'ostéoclaste, soit avec les mains, soit avec le collier et le levier de l'instrument, peut être appliqué à la plupart des cas de pied bot, même chez l'adulte.

On représente cette méthode comme brutale, barbare, aveugle; elle est, au contraire, inoffensive, d'une exécution facile et donne des résultats d'une précision remarquable. Il suffit de savoir manier l'ostéoclaste de Robin et de connaître par expérience ce qu'on peut se permettre vis-à-vis des massifs osseux et des articulations du pied bot.

Cela me paraît jugé pour les pieds bots des enfants où, pour une centaine de cas, je n'ai jamais eu à employer d'intervention sanglante. Peut-être doit-on accepter l'ablation de l'astragale pour quelques cas bien définis où l'os se présentant sous la peau, ne demande qu'à être enlevé pour que le pied bot se réduise, et encore je voudrais tenter la réduction par la tarsoplasie.

**M. Fochier.** — Ce ne sont pas les pieds bots les plus déformés qui sont les plus résistants. Le résultat obtenu par M. Albertin est évidemment très remarquable, le pied ayant retrouvé sa forme et appuyant bien sur le sol par sa face plantaire. Cependant, au point de vue de la fonction, je crois que le pied n'a pas récupéré tous ses mouvements.

L'articulation tibio-tarsienne n'étant pas mobile, ce qui fait que le pied représente plutôt un moignon plantaire dont les mouvements limités s'exécutent dans l'articulation sous-astragaliennne, on constate en avant de la malléole externe une masse osseuse qui ne peut être que la

partie antérieure de la face latérale de l'astragale qui paraît immobile.

D'ailleurs, toutes les méthodes dans les pieds bots invétérés résistants ne donnent que des résultats imparfaits, avec un pied sans solidité, comme l'astragalectomie, ou un pied doué de mouvements insuffisants comme la tarsoplasie. Le résultat n'est pas moins relativement bon quoique incomplet, surtout si on le compare à ceux obtenus par d'autres méthodes.

**M. Vallas.** — L'examen du moulage et des radiographies montre bien que, dans ce cas de pied bot, il existait une déviation de l'avant-pied sur l'arrière-pied. C'est surtout au niveau de l'articulation de Chopart que s'est produite la déformation qui fait que le pied est en varus avec torsion de l'avant-pied sur l'arrière-pied. L'astragale ne paraît pas avoir subi un grand déplacement. Ordinairement, c'est l'astragale qui est dévié et la tête astragaliennne fait une saillie très accusée. Evidemment le résultat obtenu par la tarsoplasie est excellent, mais à ces cas de pieds bots avec déplacement et déformation de l'astragale il convient d'appliquer l'astragalectomie.

**M. Fochier.** — J'ai encore examiné la malade, et je ne crois pas qu'il se passe de mouvement dans l'articulation tibio-tarsienne, ce qui peut être une gêne dans la marche rapide.

**M. Vincent** est très heureux de voir ce résultat obtenu par la tarsoplasie. Ce pied bot invétéré présentait, si on examine le moulage, des déformations et des déviations très accusées. La malade marchait sur la région externe du pied sous-jacent à la malléole, et la voûte plantaire, tassée, présentait une dépression produite par le rapprochement du premier et cinquième métatarses. La correction est parfaite et le pied, loin d'être en moignon plantaire, offre au contraire un ensemble de forme très satisfaisant. Il ne croit pas qu'on puisse obtenir un meilleur résultat avec une opération sanglante, il est impossible d'avoir mieux au point de vue de la forme et de la fonction. M. Vincent croit que l'astragale n'est pas immobile; on a, en effet, de légers mouvements de flexion du pied sur la jambe et il semble bien qu'une partie des mouvements se passe dans la tibio-tarsienne. Le pied repose sur le sol par le trépied plantaire et la marche est facile. C'est un résultat excellent que M. Vincent constate avec d'autant plus de plaisir qu'il a été obtenu chez plusieurs adultes, sa pratique personnelle ne lui ayant permis d'opé-

rer presque exclusivement que des enfants au-dessous de 14 ans.

**M. Ollier** trouve que, sur les radiographies, il y a peu de déformation et de déviation de l'astragale, ce qui peut expliquer l'excellence du résultat obtenu. Les principales déformations et déviations portent sur l'articulation de Chopart.

Tout en étant ennemi de l'ablation de l'astragale chez les enfants, il croit que, dans les cas adultes et invétérés, il faut songer à pratiquer l'astragalectomie; cette opération seule peut donner de bons résultats, lorsque l'astragale a perdu sa forme et ses rapports avec la mortaise tibio-tarsienne.

**M. Albertin.** — Je suis très heureux que la présentation de ma malade ait soulevé cette discussion qui est pleine d'intérêt. Je n'ai qu'à vous présenter la malade pour vous montrer que les pieds opérés sont absolument modelés, le trépied plantaire est nettement accusé, la voûte plantaire parfaite. Il ne s'agit donc pas d'un moignon plantaire, tout au moins au point de vue de la forme. Quant à la fonction, elle est déjà très suffisante, la malade ne marchant que depuis le mois d'août, et je suis persuadé qu'elle s'améliorera encore, les articulations par le fait de la marche reprenant leur jeu et leur souplesse. Quant aux mouvements de l'articulation tibio-tarsienne, ils existent peut-être limités mais je ne crois pas que les mouvements de flexion du pied sur la jambe puissent s'exécuter avec une immobilité complète de l'astragale.

En résumé ce résultat me paraît excellent au point de vue de la forme et de la fonction et je ne crois pas qu'aucune méthode puisse donner un tel résultat. Je suis très heureux de l'avoir obtenu par le massage forcé, la tarsoplasie. Ce sont des méthodes lyonnaises et je tiens à le rappeler à l'occasion de la revendication de M. Vincent, contre le silence fait par Lorenz, de Vienne, sur les travaux des chirurgiens lyonnais. Je me propose, avec M. Robin, de vous amener un certain nombre d'opérés pour vous permettre de constater les bons résultats obtenus par la tarsoplasie faite au moyen de l'ostéoclaste sur des pieds bots invétérés chez l'adulte.

---

**DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES CAS DE PÉNÉTRATION  
DANS LA CHAMBRE ANTÉRIEURE DE L'ŒIL DE CERTAINS  
CORPS ÉTRANGERS.**

**M. Gayet.** — Parmi les traumatismes de l'œil, ceux qui se compliquent de la présence d'un corps étranger forment une classe à part.

Les tentatives faites pour les ordonner à leur tour, sont restées à l'état d'ébauche, si on en juge par la pauvreté, sur ce sujet, des traités généraux et des monographies. La raison en est que les caractères qui servent à rapprocher des faits aussi variables se produisent rarement. Cependant, si, par des raisons faciles à comprendre, les faits d'une même espèce viennent à se répéter fréquemment, il y a un intérêt thérapeutique à les rejoindre. Ainsi sont les blessures de la cornée par des piquants de châtaigne dont je viens vous fournir un cas typique et qui sont si communs dans notre région que j'en ai pu trouver, dans mes notes, dix cas détaillés.

Le fruit de la châtaigne est un admirable instrument de guerre. Rond, lourd, haut perché muni de pointes admirablement acérées et très friables, lorsqu'il tombe sur l'œil des imprudents qui le regardent tomber, il y enfonce un dard qu'il pousse avec force, puis, continuant sa chute, il les abandonne dans la plaie. Souvent les épines sont multiples dirigées dans divers sens, plus ou moins obliques. Quatre fois, dans une observation, je les ai trouvées uniques et si bien enfoncées qu'elles ont traversé les membranes transparentes, engagé leur pointe dans la chambre antérieure, atteignant l'iris ou la capsule du cristallin ou les menaçant tous les deux.

Une fois, une cataracte traumatique fut la conséquence immédiate de cette agression, ce qui prouve qu'on ne saurait, sans légèreté, la regarder comme insignifiante. Quelle conduite faut-il tenir en face d'un pareil accident ? C'est ce que l'expérience m'a appris et c'est de cette leçon que je veux entretenir la Société de Chirurgie de Lyon.

Un nommé B... *gaulait* des châtaignes, les yeux levés vers l'arbre, lorsqu'il reçut un fruit sur l'œil droit qu'il n'eut pas le temps de fermer. Un piquant resta fiché dans sa cornée, que son entourage vit très bien, la pointe dans la chambre antérieure, tournée vers la pupille. De vains essais d'extraction furent faits, qui aboutirent à la destruction de toute la partie du piquant



faisant saillie à la surface externe de la cornée et à l'enlèvement complet du corps étranger dans l'épaisseur de la membrane. C'est dans cet état que le blessé se présenta à la clinique.

L'idée de l'extraction par la surface externe ne se présenta même pas à mon esprit ; je n'aurais eu, pour la réussir, ni point d'appui, ni sûreté pour diriger un couteau vers le corps étranger et je pouvais craindre que toute tentative aboutît à un fractionnement de l'épine. Dans des manœuvres de ce genre, je pouvais aussi pousser contre l'iris et la capsule sa pointe qui se voyait parfaitement dans la chambre antérieure.

La crainte de provoquer une cataracte par une pression intempestive n'a rien de chimérique, puisqu'ainsi que je l'ai déjà dit, une de mes observations m'en a fourni un exemple. Il fallait donc arriver, par une route indirecte au corps étranger.

Faire une incision latérale à la cornée, puis, à travers cette ouverture, convenablement proportionnée, glisser une pince entre elle et l'iris adossé à elle par suite de l'évacuation de l'humeur aqueuse, paraissait la manœuvre indiquée ; c'est contre elle, cependant, que je veux mettre en garde le lecteur.

D'abord, à peine l'humeur aqueuse a-t-elle fui que le corps étranger disparaît dans les anfractuosités de l'iris et qu'on ne peut plus le déceler fût-ce même avec un faisceau de lumière oblique. C'est donc un peu au hasard que la pince, va à sa recherche avec le risque, je dirai même la nécessité de pincer la membrane contractile dont tous les opérateurs connaissent la tendance à se présenter devant les instruments les mieux conduits et les plus décidés à l'éviter. Que l'iris soit saisi volontairement ou par inadvertence, il faut l'exciser et voilà que l'opération, d'apparence si simple, se complique d'une iridectomie.

Supposons-nous assez heureux pour avoir saisi le corps du délit ; nous tirons obliquement sur lui, puisque notre instrument est obligé de suivre la direction par laquelle il est entré. Il est certain qu'il va lâcher, parce que sa prise se fait sur un cône dont la pointe est dans le sens de la traction, tandis que la base se trouve arrêtée par une ouverture plus petite qu'elle. Il se produit là ce qui se passe lorsqu'une couturière veut tirer, à travers une étoffe très serrée, une aiguille dont le chât est trop large proportionnellement à sa pointe. Bref l'extraction ne se fait point et il faut prendre de nouvelles résolutions.

Il faut se faire du jour ; pour cela agrandir soit avec le couteau-mousse, soit à coups de ciseaux l'ouverture insuffisante ; c'est là un pis-aller justifié seulement par la nécessité. Une fois formé dans la cornée un lambeau capable de se retourner, il faut le saisir par son bord avec la pince que j'ai fait construire pour cet usage. Alors, à ciel ouvert, avec des pinces faites pour une bonne prise et changées à volonté, on finit toujours par saisir l'épine et par l'amener à soi,

Deux fois, et dans des circonstances si semblables qu'une même relation peut s'appliquer aux deux cas, je suis arrivé à débarrasser ainsi des cornées, mais après des tâtonnements et la complication d'iridectomie et une fois de l'extraction du cristallin.

C'est, averti par ces deux expériences, et avec réflexion que je me permets de formuler une règle opératoire qui s'appliquerait aux cas spéciaux, et pourtant fréquents, de la pénétration des piquants de châtaigne à travers la cornée, avec introduction de leur pointe dans la chambre intérieure. Délibérément et sans m'arrêter à d'autres manœuvres, dès qu'il n'y a pas de prise à la surface extérieure il faut pratiquer une kératectomie capable de former un lambeau contenant l'épine et qu'on retournera sur sa base comme charnière. Alors, sans iridectomie ni autre tentative, on procédera à l'extraction de l'épine qui, la pointe en avant, s'offre à la prise de la pince.

Le point d'implantation de l'épine imposera la direction et la place du lambeau. La même conduite sera à tenir toutes les fois qu'une pointe métallique, de verre, de bois, etc, se sera implantée dans la cornée dans les mêmes conditions qu'un piquant de châtaigne.

**M. Ollier.** — Je n'ai pas vu beaucoup de cas analogues à ceux de M. Gayet. Dans l'Ardèche on ramasse les châtaignes à terre au lieu de les gauler. Une seule fois j'ai observé un cas semblable et il me souvient que je dus faire une kératectomie locale pour enlever le corps étranger. L'intervention, telle que la préconise M. Gayet, paraît devoir sauver des yeux compromis par la présence de ces corps étrangers

---

*Séance du 22 décembre 1898.* — Présidence de M. OLLIER.

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès verbal de la précédente séance; le procès verbal est adopté.

\*\*\*

**BEC DE LIÈVRE COMPLIQUÉ (GUEULE DE LOUP). — CHEILO-  
PLASTIE. — URANOPLASTIE. — STAPHYLORRHAPHIE.**

**M. Vincent** présente une petite fille, âgée de 13 ans et demi, qu'il a opérée à l'âge d'un an, à la Charité, d'un bec de lièvre compliqué de fissure alvéolaire et palatine complète, avec déjettement en dehors de l'os intermaxillaire.

La première opération a consisté dans le refoulement et la suture de l'os intermaxillaire et de la suture de la fente naso-labiale. M. Vincent fait remarquer que le bord alvéolaire dessine une courbe très régulière, que le bord muqueux de la lèvre supérieure ne présente pas d'encoche, comme on le voit trop souvent lorsqu'on examine les opérés longtemps après l'intervention.

La hauteur de la lèvre paraît encore plus élevée que normalement. L'opérateur dit que ce résultat est dû à son procédé opératoire qui tend à donner à la lèvre une hauteur exagérée, momentanément, d'environ 5 à 10 millimètres, et à former au bas de la suture verticale un bourgeon exubérant, afin de fournir au travail cicatriciel de rétraction, soit horizontale, soit verticale, un excès de tissu en vue de l'avenir.

Lorsque la restauration de la lèvre vient d'être faite, la bouche est disgracieuse, circulaire; mais, avec le temps, la lèvre s'étale, le bourgeon s'amincit et l'orifice buccal prend la forme normale.

M. Vincent a complété la correction de cette malformation labio-palatine en pratiquant, le 29 novembre dernier, en une seule séance, l'urano-staphylorrhaphie, d'après le procédé classique de Baizeau-Langenbeck.

On voit que la réunion par première intention s'est opérée de la façon la plus heureuse. C'est à peine si l'on aperçoit la ligne de débridement juxta-alvéolaire et il ne reste qu'un petit orifice latéral produit par un fil trop serré.

M. Vincent fait observer que l'écartement des deux lèvres de la fente palatine permettait d'admettre le pouce. Il était bien plus considérable à l'origine, mais la première opération, réfection du bord alvéolaire, réfection de la lèvre, avait déterminé, par le simple jeu de la sangle jugo-labiale, un rapprochement des os plutôt qu'une atrophie. M. Vincent ajoute quelques considérations sur l'opportunité de l'uranoplastie et de la staphylorrhaphie. Il croit que nul appareil de prothèse ne peut être mis en parallèle, lorsque l'opération est possible, non seulement au point de vue de la santé générale, de l'agrément, mais encore au point de vue même de la phonation. Il estime que la constitution de ce qu'il appelle diaphragme buco-nasal a toujours l'avantage d'empêcher le passage des aliments, leur stagnation parcelaire, d'obvier à une rhinite et à une pharyngite chronique avec tous leurs inconvénients; ainsi de diminuer le champ des inoculations microbiennes qui peuvent se faire par la muqueuse pharyngo-nasale.

Du reste, chez cette enfant, l'articulation des mots commence déjà à s'améliorer. On comprend les lettres de l'alphabet qu'elle énonce, son nom, etc., et aucun appareil à ampoule d'air ne peut donner semblable résultat.

L'auteur aborde quelques questions assez difficiles à résoudre relativement à l'âge où il convient d'opérer. Ce sera l'objet d'une communication postérieure. Il fait connaître, en terminant, un élément de son procédé opératoire : le tamponnement nasal soit avec des mèches de gaze, soit avec des éponges enrobant un drain qui sert au lavage et à la respiration, car M. Vincent a observé que bien des enfants sont pris de suffocation lorsqu'on tamponne leurs narines.

**M. Fochier** constate que le résultat est très satisfaisant. La chirurgie réparatrice, s'adressant aux difformités congénitales, est difficile et les résultats parfaits sont rares, mais on peut, comme dans le cas particulier, rendre les plus grands services aux malades.

**M. Ollier.** — M. Vincent nous annonçant une communication ultérieure sur l'opération du bec de lièvre, la discussion sera reprise à cette occasion.

**FRACTURE COMPLIQUÉE DU POIGNET. — PHLEGMON DIFFUS.  
— NÉCROSE DU CARPE, DU MÉTACARPE, DES EXTRÉMITÉS  
INFÉRIEURES DU RADIUS ET DU CUBITUS. — GANGRÈNE DU  
POUCE ET DE L'ÉMINENCE THÉNAR.**

**M. Vincent**, chirurgien de la Charité, fait une seconde présentation de malade. Il s'agit d'un garçon âgé de onze ans et demi, demeurant à Lyon, rue Laurencin. En tombant, le 23 juillet 1898, d'une soupente sur un dallage, il s'est fait une fracture comminutive au poignet, avec issue des fragments au travers des muscles et de la peau de la face inférieure de la région. Les parties saillantes hors des chairs sont les extrémités inférieures des diaphyses du radius et du cubitus droits. Il n'y a pas d'hémorragie en jet, mais le sang coule en nappe.

L'examen fait reconnaître des déchirures musculaires, des éraillures tendineuses et la persistance des battements de la radiale et de la cubitale. La réduction a été faite grâce à un débridement et elle a été suivie d'un drainage soigné avec toutes précautions antiseptiques d'autant plus rigoureuses qu'on était en droit de craindre une contamination par le sol. Cette crainte de contamination a fait prescrire des injections de sérum antitannique.

Le lendemain de l'accident, la température s'est élevée, la respiration devient plus difficile et de vives douleurs locales se sont déclarées.

A partir de ce moment, des phénomènes de phlegmon diffus et gangréneux se sont déroulés et ont exigé des débridements multiples. M. Jossierand, en l'absence de son collègue, a eu l'obligeance de faire des incisions et des pointes de feu dont on voit des traces sur l'avant-bras et sur le bras.

Le 29, le pouce et l'éminence thénar ont été frappés de gangrène totale. Des quantités de matières gangréneuses se sont éliminées par les plaies et la nécrose a commencé à envahir le poignet, la paume de la main et l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

La température a été, pendant plusieurs jours, fort inquiétante. On a eu recours aux bains froids et aux injections interstitielles de sérum artificiel.

A des intervalles variables se sont éliminés les épiphyses du cubitus et du radius, tout le squelette du carpe et du métacarpe, quatre à cinq centimètres de

l'extrémité inférieure du cubitus et, le 16 novembre, M. Vincent a extrait cinq centimètres d'os nécrosé appartenant à l'extrémité inférieure du radius.

Après curetage des fongosités, il a pratiqué une restauration des formes ; autant qu'il était possible la réunion s'est faite par première intention. L'enfant reste avec un avant-bras diminué de cinq centimètres environ, auquel s'attachent seulement quatre doigts par l'intermédiaire d'une masse charnue correspondant à la paume de la main.

Aucun des os nécrosés ne s'est reproduit. Les mouvements des doigts sont nuls, mais la sensibilité est conservée.

M. Vincent interprète ce phénomène de gangrène plutôt par l'action thrombosante des agents microbiens que par des lésions vasculaires traumatiques. Au point de vue de la forme, le membre est déformé, mais il faut tenir compte du désir du malade qui s'estime heureux de conserver une apparence de main. Au point de vue fonctionnel, il faudra attendre pour juger le parti qu'on pourra tirer des muscles de l'avant-bras. La gangrène a détruit ou altéré les tendons de la région, cela est certain, mais ils ne sont pas totalement perdus, et si les muscles n'actionnent pas les doigts, cela tient au rapprochement de leurs insertions.

Le chirurgien pense pouvoir, plus tard, par des résections tendineuses et des tenorrhaphies, faire récupérer au sujet un certain nombre des mouvements des doigts.

**M. Ollier.** — Lecas de M. Vincent est très intéressant et il importe que le malade soit mis en observation au point de vue de l'accroissement de son squelette. Nous demandons à ce qu'il soit de nouveau présenté à la Société, aux diverses périodes de l'évolution de sa croissance.

\*\*\*

#### **BALLES DE REVOLVER DANS LE CERVEAU. — RADIOGRAPHIE**

**M. Maurice Pollosson.** — J'ai l'honneur de présenter un malade, âgé de 34 ans, qui a, actuellement, deux balles dans le cerveau.

Elles ont pénétré dans la région sous-hyoïdienne, perforé le plancher de la bouche ; on aperçoit nettement deux orifices sur la voûte palatine, et la radiographie nous a permis de constater leur présence à l'intérieur de la boîte crânienne. L'une occupe l'épaisseur du lobe

frontal et est située à environ deux centimètres de la boîte osseuse; l'autre s'est arrêtée presque immédiatement au-dessus de la voûte orbitaire droite.

Ce malade est intéressant à deux points de vue, d'abord au point de vue de la tolérance des projectiles par le cerveau; il n'a accusé, depuis son entrée, aucun symptôme cérébral, il a eu simplement quelques douleurs de tête. C'est, du reste, un fait classique que la tolérance des lobes frontaux pour les projectiles. J'en connais trois autres exemples des plus remarquables.

Il est intéressant, en outre, en ce qu'il présente des troubles visuels. A l'entrée (un mois) il existait une ecchymose de l'orbite et une dilatation pupillaire. La vue de l'œil droit était diminuée; il existait un rétrécissement notable du champ visuel et, en bas, un scotome. A l'examen ophtalmoscopique, on notait que la pupille était un peu plus blanche à droite et que les veines étaient dilatées. Notons que, depuis le début, la diminution de l'acuité visuelle et du champ visuel a subi une notable amélioration.

L'existence de ces symptômes nous a fait croire à une lésion du nerf optique; nous n'avons toutefois pas songé à une lésion directe du nerf par le projectile. L'existence d'un scotome inférieur des plus marqués, supposant une lésion prédominante des fibres supérieures du nerf optique, nous a paru inconciliable avec l'action d'un corps étranger agissant de bas en haut. Nous avons supposé plutôt une fracture du canal optique avec hémorragie intervaginale. La fracture a paru évidente à M. Destot, qui a une grande habitude des examens des figures radiographiques. L'hypothèse d'un épanchement sanguin dans la gaine du nerf pourrait expliquer et le rétrécissement concentrique du champ visuel et l'amélioration obtenue depuis l'accident.

Le pronostic de l'accident nous paraît, en ce qui concerne les phénomènes cérébraux, plutôt favorable. Quant aux symptômes oculaires, malgré l'amélioration, ils nous semblent devoir être réservés à cause des chances d'atrophie consécutive.

**M. Gangolphe** a observé un malade qui, à la suite d'un coup de revolver, ayant amené la pénétration d'une balle dans le crâne, avait eu une perte brusque et totale de la vision du côté où siégeait la blessure, la balle paraissant avoir intéressé directement le nerf optique dans son parcours.

**M. Durand** a observé un cas dans lequel la balle avait traversé les deux orbites; le malade accusait la perte complète de la vision des deux côtés et cependant, à l'autopsie, on ne trouva pas de lésions apparentes du côté des nerfs optiques.

L'interprétation de ce résultat du traumatisme reste obscure, malgré l'examen nécropsique.

\*\*\*

### FRACTURE COMPLIQUÉE DE LA VOUTE DU CRANE. — DÉBUT DE MÉNINGITE. — TRÉPANATION. — GUÉRISON

**M. Vallas** présente un malade qui a subi la trépanation pour une fracture du crâne. S'étant endormi sur le parapet d'un quai, il tomba sur le bas-port et se fit une fracture avec enfoncement du frontal. Les symptômes de commotion une fois disparus, tout semblait devoir marcher régulièrement, lorsqu'au bout de dix jours, le malade fut pris brusquement de fièvre, 39°5, et de délire avec excitation. La trépanation est immédiatement pratiquée. Le chevauchement des deux fragments sur une longueur de 4 centimètres, nécessite la création d'une large perte de substance de la voûte du crâne. Au-dessous, on trouva la dure-mère déchirée et un peu de pus au contact de la pie-mère qui est fortement vascularisée. Le foyer est nettoyé et, dans l'espoir de le circonscire, on établit entre les os et le cerveau, sur tout le pourtour de la perte de substance un tamponnement avec des lanières de gaze iodoformée; en somme, un Mickulicz de la cavité sous-arachnoïdienne.

Les suites furent excellentes. La fièvre tomba immédiatement et, dès ce moment, la plaie marcha régulièrement vers la cicatrisation.

Cette observation est intéressante à un double point de vue :

1° L'arrêt des phénomènes infectieux graves par la trépanation et la désinfection du foyer.

2° La largeur de la perte de substance qui, grâce à la conservation du périoste commence à se rétrécir, et a déjà fourni une cicatrice fibreuse solide sans aucune tendance à la hernie cérébrale.



**PIÈCE DENTAIRE ARRÊTÉE DANS LA PORTION THORACIQUE DE L'ŒSOPHAGE. — ÉVACUATION PAR LES VOIES NATURELLES APRÈS INGESTION DE BOUILLIE DE POMMES DE TERRE.**

**M. Gangolphe.** — J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société une pièce dentaire avalée pendant la nuit par une malade et évacuée par les voies naturelles. Comme vous le voyez, cette pièce est composée d'une dent incisive, d'une plaque de platine et de deux crochets ; l'un de ces derniers est brisé. Les dimensions de ce dentier sont en longueur 33 millimètres, en largeur 20 millimètres. Dans la nuit du 16 au 17 décembre, la malade fut éveillée en sursaut par une sensation d'étouffement. Elle prit de l'huile de ricin après avoir vainement essayé de se faire vomir ; finalement, elle se présente à ma visite. En dehors de son état d'inquiétude, d'angoisse, elle déclare ne pas être gênée pour respirer ; par contre, il existe une douleur continue, pénible, qu'elle localise à la partie moyenne du sternum. Quand elle boit ou quand elle avale même seulement sa salive cette douleur s'exaspère ; il est certain que l'alimentation serait à peu près impossible. L'exploration extérieure du cou ne montre rien de particulier. Après m'être fait décrire aussi bien que possible la pièce dentaire, j'estime qu'il vaut mieux, *a priori*, éviter le cathétérisme et les tentatives d'extraction par les voies naturelles. Le corps étranger est *irrégulier*, profondément *situé*, mieux vaudrait qu'il fût dans l'estomac. Pour cela aussi le refoulement *physiologique* est préférable à toutes les tentatives. Je recommande d'alimenter la malade avec des purées épaisses de pommes de terre, des soupes de pain. Après quelques repas, la malade se sent soulagée ; la radiographie ne montre aucune trace de corps étranger ; le 19 décembre, elle se sent tout à fait bien ; le 20 décembre, au matin, elle retrouve le dentier dans les matières fécales et complètement enrobé.

A propos d'un malade porteur d'un dentier implanté dans la portion thoracique de l'œsophage avec fistule œsophago-trachéale, que je vous ai présenté opéré et guéri, je disais qu'il ne fallait jamais essayer de refouler un dentier ; c'est encore mon opinion ; mais, dans les cas de corps étranger, petit, irrégulier, profondément situé, il faut essayer la cure par la purée de pommes de terre.

**M. Gouilloud.** — J'ai observé un cas analogue où la malade avait spontanément ingéré de la mie de pain mouillé et obtenu l'évacuation spontanée par l'anus.

\*\*\*

#### DE L'INCISION INTRA-PÉRITONÉALE D'EMBLÉE DANS LA CURE RADICALE DE L'ANUS CONTRE NATURE.

**M. Gangolphe.** — J'ai l'honneur de vous présenter un homme entré dans mon service dans le courant du mois de novembre dernier pour un anus contre nature consécutif à une hernie. Agé de 60 ans, ce malade était depuis l'âge de 30 ans porteur d'une hernie qu'il pouvait réduire et maintenir au moyen d'un bandage. Un jour du mois d'août 1898, il omit d'appliquer son appareil et la hernie s'étrangla. Un médecin de Crest (Drôme) l'opéra trois ou quatre jours après et se trouva en présence d'une gangrène herniaire ; il fixa les deux bouts de l'intestin à la plaie. Depuis ce moment, les matières et les gaz sortirent en totalité par l'anus artificiel.

A l'entrée du malade dans mon service (novembre), je note une légère tendance au prolapsus de la muqueuse, mais une irritation intense et large des léguments autour de l'anus artificiel. Je fais immédiatement prendre les plus grands soins pour nettoyer la région et j'opère, le 18 novembre, en faisant d'emblée l'incision intra-péritonéale puis l'entérorraphie circulaire. J'insisterai d'abord sur un point intéressant : l'existence d'adhérences étendues et résistantes collant le bout inférieur verticalement derrière l'arcade crurale. Tandis qu'il m'était facile de mobiliser le bout supérieur, je dus ne pas insister pour attirer le bout inférieur ; les tractions le déchirèrent. La tunique séreuse avait disparu, et ce que j'avais sous les yeux comprenait la muqueuse et une partie de la musculuse. Ce dernier point a de la valeur ; en effet je fis l'entérorraphie circulaire, tandis que j'aurais employé le bouton du Murphy-Villard si l'intestin avait été en bon état. Dans un cas je n'ai eu qu'à m'en louer ; la malade guérit sans encombre et élimina le bouton, par l'anus, treize jours plus tard. Quant à mon opéré il guérit rapidement ; la réunion immédiate eut lieu ; première selle spontanée le 3<sup>e</sup> jour.

Mais je veux surtout appeler l'attention sur *l'incision péritonéale d'emblée employée comme méthode générale dans la cure radicale de l'anus contre nature.*

Dans une thèse publiée par M. Regad (Lyon 1895) et un article de la *Revue de Chirurgie* j'ai insisté sur les avantages de cette manière de procéder.

Au lieu d'inciser de dehors en dedans, au voisinage immédiat de l'anus, de libérer au fur et à mesure, progressivement, en les attirant au dehors les bouts de l'intestin, il vaut mieux sectionner d'emblée, jusqu'au péritoine inclusivement, les divers plans de la paroi abdominale, plus ou moins loin de l'anus artificiel, dans des tissus sains. Les avantages sont indiscutables.

1° Cette incision péritonéale d'emblée est rapide; le chirurgien ne craint pas de blesser des anses adhérentes;

2° Elle est sûre; le doigt, introduit dans le péritoine, explore les plans profonds au voisinage immédiat de l'anus; il guide les ciseaux ou le bistouri qui libèrent circulairement et à distance les bouts intestinaux.

3° Elle permet d'attirer au dehors et d'isoler sur des compresses stérilisées qui la reserrent à sa base la région où va se passer l'acte opératoire principal. Les chances d'infections sont diminuées en même temps que les manœuvres sont facilitées par cette mise au jour des extrémités intestinales.

4° Enfin, si elle convient particulièrement aux cas complexes, elle est évidemment, à plus forte raison, utilisable dans les cas simples.

J'ai employé cinq fois cette méthode et j'ai eu cinq succès; je suis persuadé que, dans au moins trois de mes observations (publiées dans la *Revue de Chirurgie*) j'aurais abouti à un désastre en recourant aux anciens procédés.

**M. Villard.** — Je désire apporter, à l'appui des idées que vient d'exposer M. Gangolphe, une observation personnelle de cure radicale d'un anus contre nature complet, par la laparotomie et la résection de l'anse malade.

Il s'agissait d'un enfant de onze ans, que j'ai opéré en 1896, et qui était porteur d'un anus contre nature, consécutif à la section malencontreuse d'intestin grêle au cours d'une laparotomie faite plusieurs mois auparavant à la campagne, pour une appendicite.

Cet enfant ayant déjà subi une tentative infructueuse d'oblitération autoplastique, nous avons eu recours à l'incision large de la paroi abdominale, à la mise à nu et à la traction au dehors de l'anse malade, à sa résection en plein tissu sain, et à la réunion des bouts sectionnés au moyen d'un de nos boutons anastomotiques du calibre de 20 m/m.

Les suites ont été remarquablement simples : aucune réaction péritonéale, le bouton a été éliminé au 11<sup>e</sup> jour sans incident et, depuis, la guérison s'est maintenue parfaite.

Je crois donc que, dans les cas d'anus contre nature complet, la voie abdominale largement ouverte est celle que l'on doit choisir. Elle seule permet de bien voir ce que l'on fait et de rétablir le cours des matières intestinales d'une manière parfaite. Il faut attirer largement au dehors l'anse malade, la sectionner autant que possible en plein tissu sain, pour avoir une sereuse bien adhésive, et utiliser pour la réunion, le cas échéant, les boutons anastomotiques qui nous ont donné dans la résection intestinale, des résultats tout à fait remarquables.



#### EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE DE L'ANNULAIRE DROIT

**M. Siraud.** — J'ai observé, sur une femme de 67 ans, entrée dans le service de M. Gangolphe, une exostose sous-unguéale, annexée à la phalangette de l'annulaire droit.

Il y a 10 ans qu'est apparue à l'extrémité libre de ce doigt une tumeur dure, de consistance osseuse, qui, rapidement, perfora les téguments et depuis s'accrut progressivement. L'origine de cette néo-formation serait due, d'après la malade, à une piqûre d'aiguille; dans les quelques jours qui suivirent l'accident, le doigt devint rouge, tuméfié, douloureux, mais ne suppura point.

Au moment de l'intervention (31 août 1897), la tumeur forme une véritable tige osseuse, insérée sur la phalangette annulaire droite et continuant sa direction. L'extrémité fixe de l'exostose se confond sans traces de démarcation avec la phalangette; son extrémité libre (que la malade rognait de temps à autre) est arrondie, coupée par places à l'emporte-pièce, présentant sur les sections une stratification assez régulière de lamelles ossiformes courbes. Cette tige est cylindrique, son grand axe continue d'abord celui du doigt, puis subit deux torsions, l'une sur lui-même (tour de spire); l'autre, excentrique, donne à la tige une courbure, à concavité cubitale. Dans son ensemble, la pièce rappelle l'aspect d'une petite corne de jeune béliet.

Cette exostose est absolument nue : elle n'est recou-

verte ni par la peau, ni par des bourgeons charnus, ni par du périoste. A son point d'implantation sur la phalange, qui est légèrement hyperostosee, les teguments perforés font brusquement défaut. Aussi, voit-on très nettement les lamelles ossiformes superposées qui, par leur ensemble, constituent l'exostose.

Un fait curieux, c'est que l'ongle n'a jamais été altéré : resté toujours indépendant de la pièce néoformée, il s'est allongé démesurément au-dessus d'elle, au point de la recouvrir jusqu'à son extrémité libre : aussi les mensurations en longueur de l'exostose et de l'ongle sont-elles sensiblement égales :

Longueur.....	} Exostose = 95 m/m Ongle ... = 89 m/m
Périmètre (exostose).....	

J'ajoute que la malade ne souffrit jamais du doigt : elle le protégeait par une gaine de cuir. Seule, la gêne provoquée par l'exostose, pour l'exercice de sa profession de couturière, a décidé cette femme à demander une opération.

J'ai pratiqué, pour obtenir un lambeau suffisant, la désarticulation des deux dernières phalanges de l'annulaire atteint de cette singulière difformité.

La dureté, l'union parfaite avec la phalange d'une semblable production, la structure d'une de ses lamelles, détachée, décalcifiée, puis examinée au microscope, m'ont permis de diagnostiquer une exostose sous-unguéeale d'un doigt, exceptionnelle de forme et de développement.

Les exostoses sous-unguéeales des doigts sont rares. Signalées par VELPEAU (1) et LISFRANC (2), elles ont été l'objet d'une leçon clinique de RICHET (1868) qui en cite quatre cas. GILLETTE (3), TRÉLAT (4) ont observé deux cas d'exostose de l'index. FONTANEL, en 1877, a consacré sa thèse inaugurale à leur description. En Allemagne, BILLROTH (5), VOGT (6) ont publié deux autres faits. Dans le *Traité de Chirurgie* (Duplay-Reclus, 2<sup>e</sup> édition,

---

(1) *Revue Médicale*, janvier 1837, t. II.

(2) *Médecine opératoire*, t. II, p. 660.

(3) *Union Médicale*, 1874.

(4) *Bull. Soc. anatom.*, 1874.

(5) *Arch. v. Langenbeck*, 1869.

(6) *Die chirurg. Krankheiten der ober. Extr.*, D. Chir. V. Billroth und Lücke, p. 140.

t. II, p. 182), M. PONCET dit avoir observé une exostose sous-unguéale du pouce droit chez une femme de 30 ans. En réunissant toutes les observations connues, un de mes élèves, M. SPIRE (1) rapporte dans sa thèse récente huit cas d'exostoses sous-unguéales des doigts.

C'est en m'inspirant de ce travail que je décrirai la physionomie clinique propre à ces lésions des phalanges.

Je passe rapidement sur leur symptomatologie ; les exostoses, situées sous l'ongle, se trouvent à l'extrémité libre ou distale de la phalange. Ce siège est exclusif ; aussi bien ce fait seul permet de ne pas les assimiler aux exostoses épiphysaires (on sait que les phalanges possèdent un cartilage de conjugaison uniquement à leur extrémité proximale ; l'autre extrémité s'ossifie comme les os du crâne aux dépens du tissu conjonctif (2). Le point d'implantation par rapport à l'axe du doigt sur la phalange peut être médian ou latéral, mais il est toujours dorsal, c'est-à-dire au-dessous du derme sous-unguéal. La fréquence relative des doigts atteints est établie par les chiffres suivants :

Pouce.....	2	(Richet, Poncet.)
Index droit .....	1	(Richet.)
» gauche.....	3	(Gillette, Trélat, Vogt.)
Annulaire.....	2	(Billroth, Siraud.)
Total.....	8	

L'index est donc le plus fréquemment atteint.

Les dimensions sont, en général, restreintes ; l'exostose est du volume d'un pois ou celui d'une noisette. L'exemple personnel que je présente est à ce point de vue exceptionnel. La forme est arrondie, globuleuse ou cylindrique.

En général, la tumeur tend à proéminer au-devant du bord libre de l'ongle et vient y faire saillie sous la forme d'une masse rougeâtre, de consistance dure. L'extrémité du doigt se renfle alors en massue.

Cette tumeur est habituellement immobile, car elle fait corps avec la phalange. Par exception, on constate de la mobilité dans les exostoses, dites parostales, c'est-à-dire indépendantes de la phalange ou rattachées à elle par un mince pédicule fibreux.

---

(1) L'exostose sous-unguéale des doigts, étude clinique et pathogénique, Th. Lyon 1898, n° 13.

(2) LONGE et MER. — *Gaz. méd. de Paris*, 1875.

Rarement, il y a de la douleur spontanée ou au contact ; le plus souvent, elle est la conséquence d'une inflammation surajoutée, car il n'est pas rare d'observer des lésions des parties molles périphériques : tuméfaction, suppuration et production de bourgeons charnus ; mais il n'y a jamais d'onyxis vrai comme au pied.

L'évolution des exostoses digitales est très variable ; tantôt leur développement est long, insensible, elles mettent 3, 10, 18 ans à se produire, tantôt et plus rarement ce développement est rapide : quelques mois suffisent. Cette marche inégale a des causes obscures. La croissance du squelette de l'individu qui en est porteur, son âge, n'ont pas d'influence. Mais un fait est à retenir : c'est que les productions ont une tendance indéfinie à s'accroître et même à récidiver, après ablation ; ces deux caractères leur donnent l'allure des tumeurs.

La structure microscopique des exostoses sous-unguérales des doigts n'est pas purement osseuse. Bien qu'il n'existe qu'un petit nombre d'examen, on a démontré qu'elles étaient composées d'os à leur centre et de tissu fibreux à la périphérie ; d'autres présentent, entre la coque fibreuse et le noyau osseux, une zone de tissu cartilagineux. Dans les deux cas, la coque fibreuse est identiquement structurée ; faisceaux conjonctifs plus ou moins ordonnés, écartés çà et là par des cellules de formes variées, mais surtout embryonnaires (aussi les premiers observateurs avaient-ils conclu à la nature sarcomateuse de la tumeur) ; profondément on voit des cellules jeunes, des vaisseaux sanguins, du tissu osseux avec moelle et travées osseuses. Quand le cartilage vient s'y adjoindre on observe que les faisceaux conjonctifs de la périphérie sont dissociés par des cellules à gros noyaux, puis, vers la profondeur, les cellules deviennent globuleuses, plus volumineuses et, finalement, s'encapsulent, comme des cellules de cartilage et baignent dans une substance hyaline, ou parsemée de fibres ; il s'agit alors d'un fibro-cartilage. La répartition du tissu cartilagineux est inégale, en bandes larges ou en noyaux isolés. Au contact de l'os les capsules contiennent des cellules nombreuses, des bourgeons médullaires apparaissent (il s'agit d'une véritable ossification), l'os est au centre de la tumeur sous forme de travées osseuses, avec lamelles, canalicules de Havers, ostéoplastes. L'arrangement est, d'ailleurs, très irrégulier. En résumé, leur substratum anatomique est surtout osseux.

Cette description générale, valable pour les exostoses

sous-unguéales des doigts (et des orteils), ne s'applique pas entièrement à notre cas personnel ; sur la pièce anatomique, en effet, il n'y a ni coque fibreuse, ni noyaux de cartilage : l'exostose est complètement nue ; il semble que la phalange se soit démesurément allongée puis ait perforé les téguments, en se réduisant au seul squelette.

Il convient maintenant d'interpréter la pathogénie de ces néoformations : peut-on les considérer comme des tumeurs ? Certains caractères histologiques, la présence de cellules embryonnaires quelquefois multinucléées, entourant des îlots osseux, l'absence constante de cartilage, disait Ranvier (1), la tendance à s'accroître indéfiniment, suffisent à cet auteur pour les assimiler aux sarcomes ossifiants, notamment aux épulis. Cette assimilation est inexacte : l'exostose sous-unguéale n'évolue pas comme une tumeur maligne ; ses récurrences sont rares, explicables sans admettre l'idée de sarcome ; la présence des cellules embryonnaires est due à l'inflammation du tissu conjonctif ; le tissu cartilagineux, absent dans les sarcomes ossifiants est (Ranvier lui-même l'admet ultérieurement) au contraire fréquent dans ces exostoses souvent constituées par du tissu osseux adulte, parfait, tandis que jamais le sarcome ossifiant ne présente un tissu osseux à ce degré de développement. Le Pr Bard (2) les considère comme d'origine inflammatoire : « Elles ne ressortissent pas aux tumeurs vraies, dont elles s'éloignent par tous les détails de leur structure et de leur évolution ». En résumé l'exostose n'est pas une tumeur vraie.

Est-ce une exostose ostéogénique de croissance ? Vallin (3), André (4) ont invoqué en faveur de cette origine leur apparition constante au moment de l'adolescence. Ce dernier fait est inexact ; plusieurs cas prouvent que l'exostose peut se développer tardivement, à 60 ans et plus ; d'autre part, ce n'est pas une exostose ostéogénique parce qu'elle se développe souvent indépendamment du squelette, dans le tissu fibreux qui entoure l'extrémité de la phalange, sans qu'il y ait de continuité entre elle et le squelette du doigt. Le siège même de la néoformation, à l'extrémité libre de la phalange, c'est-à-dire là où le

---

(1) RANVIER. — *Journal d'anat. et de physiologie*, 1866.

(2) BARD. — *Précis d'anatomie pathologique*, p. 91.

(3) VALLIN. — Th. Paris 1860

(4) ANDRÉ. — Th. Paris 1868.



cartilage de conjugaison n'existe pas, suffit à rejeter cette origine.

Par homologie avec celle des orteils, l'exostose des doigts résulterait, d'après R. Williams (1) du « développement anormal d'un rudiment de doigt surnuméraire », ou bien,



d'après Osorio (2), « d'une épiphyse supplémentaire siégeant à l'extrémité distale de la phalange ». Ce serait une production tératologique. Rien ne le prouve : ce rudiment d'orteil ou de doigts surnuméraire serait représenté (Williams) par les nodules cartilagineux (modèle primitif de l'orteil supplémentaire) ; mais le cartilage fait souvent défaut dans les exostoses, et cette épiphyse supplémentaire ne devrait pas s'accroître presque indéfiniment.

---

(1) R. WILLIAMS. — *The Lancet* 1890, VII, p. 166.

(2) OSORIO. — Th. Paris 1882.

En réalité, on peut considérer ces productions comme nées du périoste ou du tissu fibreux interposés à l'ongle et à la phalange; les irritations répétées, l'inflammation excitent l'activité ostéogénique du périoste; il donne naissance à de l'os soit directement soit par l'intermédiaire du cartilage. Soulier a cité des cas *d'exostose autogénique* produite par le périoste seul. Le derme, les tissus fibreux sous-unguéaux irrités réagissent en s'épaississant et se confondant avec le périoste : ils prennent au contact de celui-ci des propriétés ostéogéniques; ce rôle ossifiant des tissus conjonctifs pariostaux est bien connu (1). Ainsi le périoste et les tissus parostaux, irrités, produisent avec plus ou moins d'activité une néoformation osseuse. Celle-ci peut apparaître soit au centre du tissu fibreux (exostose intra-périostique) soit au voisinage de la phalange (exostose sous-périostique). L'exostose peut primitivement être sous la dépendance de la phalange et s'y souder plus tard par un mince pédicule osseux.

Ce rôle formateur des tissus périostiques ou fibreux indique donc leur ablation complète et large : Il ne faut pas dans l'intervention négliger d'enlever largement les parties molles voisines de l'exostose (périoste, derme sous-unguéal), puisque c'est dans elles que prend naissance la néoformation osseuse. Leur ablation incomplète explique les récurrences observées.

**M. Chandelux** croit qu'il s'agit plutôt d'un allongement hypertrophique de la phalange que d'une exostose.

En pareil cas, les insertions de ces productions osseuses sont plutôt latérales.

**M. Siraud** rappelle qu'un élève de Lyon, M. Miramond, a, dans sa thèse, décrit une forme d'exostose continuant directement la phalange. On peut avoir, soit des insertions latérales, soit encore des insertions dorsales et médianes de l'exostose.

Le tissu constitutif de ces productions est bien du tissu osseux ainsi que l'examen histologique le démontre.

**M. Vallas** demande si l'examen microscopique a révélé la présence d'éléments cellulaires anormaux, comparables à ceux trouvés dans certaines exostoses sous-unguéales, cellules à myéloplaxes par exemple.

**M. Siraud** n'a pas trouvé d'éléments cellulaires pathologiques rien qui rappelle le néoplasme.

---

(1) OLLIER. — Traité des résections, t. I. — MIRAMOND. — Thèse Lyon, 1894-1895.

**M. Ollier** n'a jamais vu d'exostose des doigts présentant un pareil développement; il demande à M. Siraud, maintenant que la pièce a été vue dans son ensemble, d'en pratiquer la dissection pour voir ses rapports avec la phalange.

---

*Séance du 29 décembre 1898.* Présidence de M. OLLIER.

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès verbal de la séance du 22 décembre 1898. Le procès verbal est adopté.

\*\*\*

#### OCCLUSION INTESTINALE PAR DIVERTICULE DE MECKEL OPÉRATION AU DIXIÈME JOUR. — GUÉRISON

**MM. Bérard et Delore** présentent un cas d'occlusion intestinale par diverticule de Meckel, opéré par eux avec succès, dans le service de M. le professeur Poncet.

Il s'agit d'un garçon vigoureux de vingt ans, cultivateur à Ysserpent (Allier), qui brusquement le 29 novembre dernier, fut pris, en pleine santé et sans cause apparente, de vives douleurs abdominales ayant leur maximum profondément en arrière de l'ombilic et irradiant de là vers le bas-ventre. Rapidement apparurent des vomissements qui, dès le lendemain, étaient fécaloïdes et dont le début coïncida avec la suppression totale et définitive de l'émission des matières et des gaz par l'anus. Pendant neuf jours, le malade fut soumis, par deux médecins, à tous les procédés que l'on peut imaginer contre l'obstruction intestinale aiguë (purgations, lavements, lavages de l'estomac, etc).

Le dixième jour, en désespoir de cause, le malade est envoyé moribond à l'Hôtel-Dieu où nous l'examinons immédiatement après son entrée. Le faciès est grippé, les pommettes congestionnées, la voix très altérée; mais comme il n'y a pas de refroidissement des extrémités et que le pouls conserve quelque tension, la situation ne nous paraît peut-être pas immédiatement désespérée. Nous interrogeons son entourage et nous apprenons ainsi qu'avant ces derniers accidents, jamais il n'avait fait aucune maladie; il n'avait eu récemment ni fièvre

typhoïde, ni phénomènes abdominaux quelconques, rien qui pût faire songer à une affection péritonéale mal éteinte ou encore en évolution. C'est donc l'exploration directe seule qui peut éclairer le diagnostic.

L'abdomen est ballonné en totalité, mais avec une tension plus considérable autour de l'ombilic et dans l'hypocondre gauche où l'estomac distendu est facilement délimité. La pression n'exagère pas les douleurs spontanées qui persistent depuis dix jours un peu au-dessous de l'ombilic, mais sans que rien permette de les localiser au voisinage du cœcum.

A la percussion, sonorité partout, avec disparition partielle de la matité hépatique ; toutefois, dans la zone juxta-ombilicale où les douleurs sont le plus vives, il y a un petit plastron de submatité ; pas de matité dans les points déclives, pouvant déceler un épanchement.

Le toucher rectal fait percevoir un refoulement en masse du cul-de-sac de Douglas sans qu'on puisse y reconnaître une masse plus indurée ou un point plus particulièrement sensible. Durant l'examen, des vomissements fécaloïdes assez abondants se produisent. D'autre part, on nous dit que la quantité des urines émises depuis le début de la maladie n'a pas très notablement diminué.

De cet ensemble de renseignements : distension péri-ombilicale, absence de distension et de clapotement cœcal, nous concluons à un obstacle siégeant sur l'intestin grêle, probablement au voisinage de sa terminaison, puisque les vomissements sont abondants, sans qu'il y ait de l'anurie notable. Quant à la nature de cet obstacle, l'absence de troubles abdominaux antérieurs nous fait éliminer l'hypothèse d'une bride inflammatoire ou d'une péritonite tuberculeuse. L'allure n'est pas non plus celle d'une appendicite et, à cause de l'âge du malade, à cause de l'absence de selles sanguinolentes au début, il ne doit pas s'agir d'une invagination ou d'une tumeur. On reste donc en présence ou d'une torsion, ou d'une hernie interne, ou d'un étranglement par diverticule congénital, siégeant vers la terminaison de l'iléon.

Pour ces raisons, et quoique le malade soit dans de très mauvaises conditions, nous préférons lui faire courir les chances d'une laparotomie plutôt que lui faire subir un anus contre nature dont les suites seraient fatales dans notre hypothèse.

Transporté de suite dans la salle d'opérations, anesthésié très superficiellement, nous lui faisons une inci-

sion longitudinale de 15 à 20 centimètres, dont le milieu passe par l'ombilic. Des anses congestionnées se présentent immédiatement et repoussent avec elles une masse du volume d'une petite poire que nous prenons d'abord pour une portion de l'intestin, mais qui est bientôt reconnue pour une formation anormale, fixée d'une part solidement un peu au-dessous de l'ombilic et continuée d'autre part par un pédicule grêle, allongé, du volume d'un porte-plume qui se perd profondément dans l'abdomen.

Après avoir sectionné, entre deux pinces, son insertion pariétale qui est fibreuse et très solide, nous détachons, entre deux autres pinces, la masse piriforme de son pédicule profond et, en suivant ce dernier, nous constatons qu'il va s'enrouler autour d'une anse grêle que nous dégageons sans trop de peine. Nous arrivons ainsi à la terminaison de ce pédicule qui se fixe bien sur le bord convexe de l'iléon, à environ dix ou quinze centimètres du cœcum; après l'avoir sectionné à sa base, nous obturons à ce niveau sa collerette péritonéale par un surjet au catgut. Cette dernière précaution, du reste, doit être superflue, car il ne nous a pas semblé que la cavité intestinale se prolongeât dans le pédicule.

Après nous être assurés que la circulation des matières était rétablie dans le bout inférieur, et après avoir constaté que l'anse intestinale, enserrée par le pédicule présentait un sillon anémié, mais sans menace de sphacèle, nous fermons rapidement par un seul plan de suture la plaie de la paroi.

L'opération entière a duré environ 25 minutes et a pu se faire sans éviscération de longue portion de l'intestin; aussi le choc opératoire n'a-t-il pas été intense. Néanmoins nous faisons de suite une injection de sérum artificiel de 500 gr. dans les muscles de la cuisse.

Le lendemain matin, nous retrouvons notre opéré notablement soulagé : les vomissements ont cessé, il nous dit lui-même qu'il a fait des vents pendant la nuit et il a évacué sous lui quelques matières diarrhéiques. Mais sa température est montée à 40°2 et il présente tout à fait l'aspect d'un typhique, sans doute par suite de son infection stercorémique prolongée. Les jours suivants, la température s'élève encore pour se maintenir entre 39°5 et 40°, en même temps qu'évolue un double foyer très étendu de broncho-pneumonie. Nous lui donnons de l'alcool à forte dose et, pendant huit jours, il reçoit en

injections sous-cutanées un total de six litres de sérum artificiel.

Après être resté à l'agonie pendant plus d'une semaine, il s'est relevé peu à peu et, actuellement (30 jours après l'opération), si aucun incident ne survient, on peut escompter sa guérison.

Cette observation nous a semblé remarquable à plusieurs points de vue :

1° Il s'agissait d'un de ces cas d'occlusion par diverticule de Meckel, où le diverticule, terminé en ampoule fermée, était resté congénitalement fixé au voisinage de l'ombilic, ainsi qu'en témoignait son implantation fibreuse, solide, à la paroi. Au niveau de cette implantation, d'ailleurs, le péritoine se continuait sans interruption de l'ampoule à la séreuse pariétale, et au centre de la coupe de section on retrouvait nettement des traces de muqueuse.

2° Le mécanisme de l'occlusion était celui que nous représentons schématiquement ci-joint : le diverticule fixé à ses deux extrémités, d'une part à l'ombilic, d'autre part à l'iléon, formait une petite tige sur laquelle se couda une anse grêle ; la réplétion de cette anse par les matières assura la striction croissante de l'obstacle.

3° Cet obstacle, heureusement, n'intéressait l'intestin que sur la portion libre de sa circonférence, respectant la région mésentérique et, par conséquent, la vitalité de l'intestin. C'est à cette disposition qu'il faut attribuer le caractère paradoxal d'une telle occlusion, aiguë et pourtant assez peu serrée pour permettre d'attendre pendant huit jours une intervention chirurgicale.

4° C'est sans doute aussi à l'absence de compression du mésentère qu'il faut rapporter l'absence d'épanchement séro-hématique dans la cavité péritonéale.

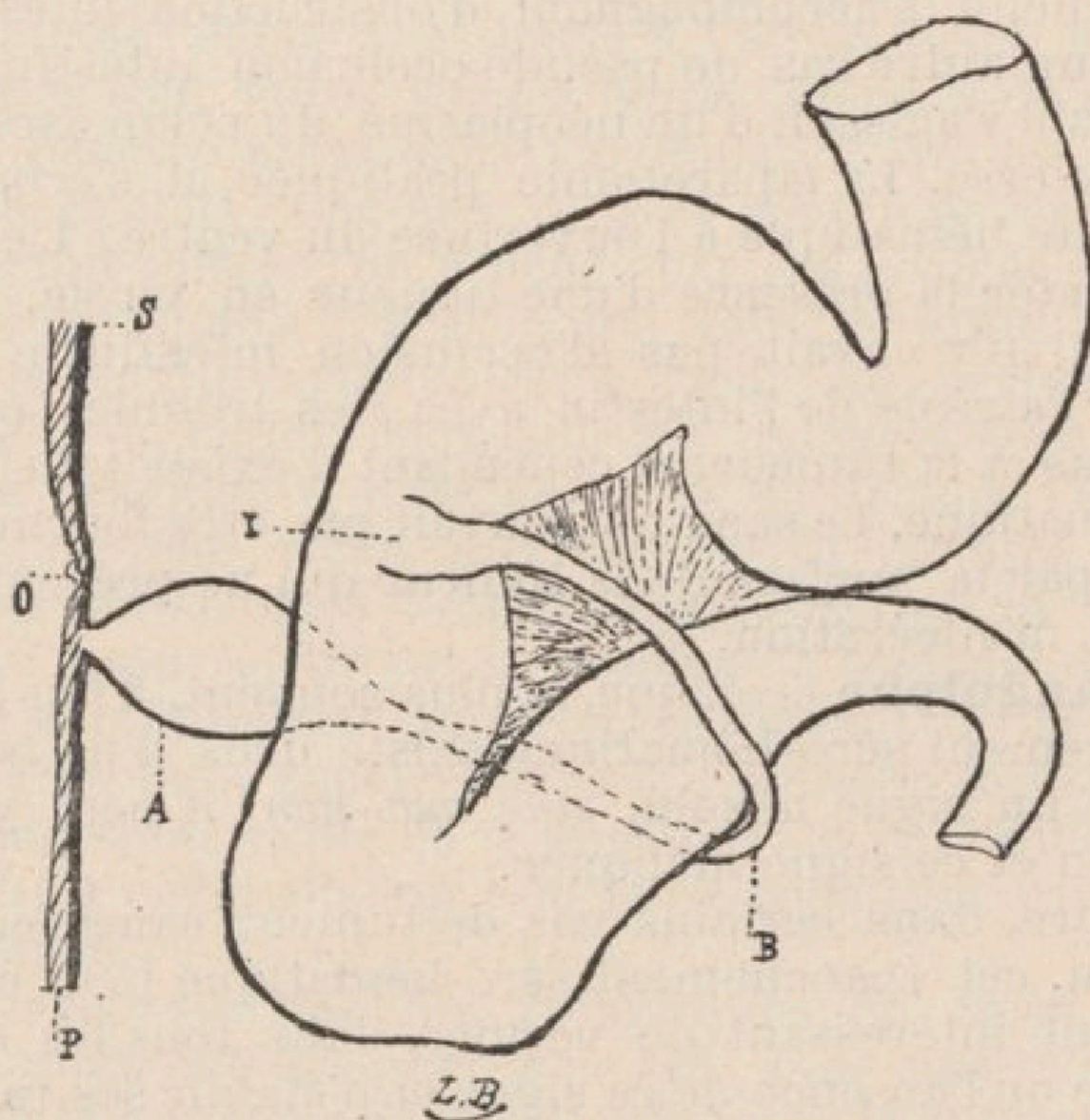
5° Des coupes de la cavité ampullaire terminale ont été pratiquées dans le laboratoire de M. le professeur Poncet par M. le Dr Dor, et ont démontré que cette poche piriforme, complètement oblitérée de toutes parts, avait une structure variable suivant les points, mais se rapprochant en somme de la structure de l'intestin (ancienne anse vitelline) avec muqueuse, musculuse et séreuse. Dans les points les plus minces, la musculuse se réduisait à quelques fibres lisses orientées circulairement, et la muqueuse à une couche de cellules cylindriques sans plateau net, sans formations glandulaires. Dans les points les plus épais, au contraire, la musculuse tendait à se diviser en deux couches et la sous-muqueuse, feston-

née, faisait décrire au revêtement muqueux des sinuosités plus ou moins profondes rappelant l'ébauche des glandes de Lieberkühn. Dans la cavité, liquide très riche en cellules épithéliales desquamées.

*Schéma de l'occlusion par le diverticule.*

P Paroi abdominale. — O Omphalique. — S Péritoine pariétal.  
— A Terminaison ampullaire par laquelle le diverticule s'implantait à la paroi abdominale. — I Implantation du diverticule sur une anse de l'iléon. — B Boucle décrite par le diverticule au-dessous d'une anse grêle qu'il étrangle.

Différence énorme de calibre entre le bout inférieur et le bout supérieur de l'anse étranglée.



6° Enfin, il semble qu'un des éléments de succès, après cette intervention faite dans des conditions si critiques, ait été fourni par les injections de sérum artificiel qui ont été pratiquées à haute dose pendant une semaine.

**M. Gangolphe** demande s'il existait un épanchement séro-hermatique dans la cavité péritonéale. Il existe un autre mode d'occlusion par nouure du diverticule de Meckel. Dans un cas d'occlusion intestinale opéré à l'hôpital de la Croix-Rousse où le malade mourut sur le lit d'opération, il existait un véritable nœud du diverticule enserrant une anse grêle qui plongeait dans le petit bassin.

**M. Nové-Josserand**, à propos du signe de l'épanchement séro-hématique et des indications qu'il peut fournir tend à citer une observation.

Dans un cas d'occlusion intestinale par diverticule de Meckel il fit une laparotomie et, ne trouvant pas d'épanchement séro-hématique, il limita son intervention pensant que l'absence de ce signe infirmait le diagnostic d'occlusion par compression de l'intestin. Ainsi, dans ce cas, le fait d'attacher trop d'importance à l'absence du signe de l'épanchement séro-hématique fut funeste à la malade.

**M. Chandelux** a eu l'occasion de constater la présence de liquide séro-hématique en opérant un malade atteint d'appendicite s'accompagnant d'obstruction intestinale.

Dans un autre cas de pseudo-occlusion intestinale on pensa qu'il s'agissait d'un néoplasme du colon ascendant ou transverse. La laparotomie pratiquée, il s'écoula de la sérosité hématique à l'ouverture du ventre. L'examen fit constater la présence d'une tumeur en virole, inopérable. Il n'y avait pas d'occlusion intestinale vraie, mais de l'atrésie de l'intestin avec des troubles circulatoires dus à la tumeur, et cependant il existait du liquide séro-hématique. Le sang ne pouvait pas être fourni directement par la surface de la tumeur qui ne présentait ni érosion, ni ulcération.

**M. Gangolphe** croit que, le plus souvent, 8 fois sur 10, l'épanchement séro-hématique existe mais il ne faut pas en faire un signe absolu, *sine qua non*; il peut y avoir occlusion et ce signe manquer.

En outre, dans certains cas de tumeur cancéreuse de l'intestin, cet épanchement séro-hématique peut exister.

Il serait intéressant de vérifier, dans tous les cas, la présence ou l'absence de ce signe et d'établir ses rapports de concordance exacts avec l'occlusion intestinale.

\*\*\*

## FRACTURES DE LA ROTULE

**M. Chandelux.**— L'accord paraît s'être établi aujourd'hui entre les chirurgiens pour le traitement à appliquer aux fractures de la rotule et c'est le degré d'écartement des fragments qui fournit l'indication de la méthode à employer. A ce titre, je viens présenter à la Société de Chirurgie deux malades dont les fractures rotuliennes m'ont semblé présenter les cas types, l'une de l'interven-



tion sanglante, l'autre, au contraire, du traitement non opératoire.

Le premier malade est entré à la salle St-Sacerdos, le 9 octobre 1898, ayant une fracture transversale de la rotule gauche à sa partie moyenne, par choc direct dans une chute survenue la veille. Le gonflement articulaire est considérable; les fragments sont écartés l'un de l'autre de plus de six centimètres et leur extrême mobilité latérale indique qu'il y a eu déchirure étendue des ailerons ligamenteux. On a recours à la compression ouatée et à l'immobilisation.

Le 15 octobre, l'épanchement a peu diminué et l'écartement des fragments reste le même. En présence de cet état, l'intervention est décidée.

Le malade étant anesthésié à l'éther, deux incisions verticales sont faites sur les bords latéraux de la rotule et l'on pénètre ainsi dans l'articulation qui est remplie par des caillots sanguins, ceux-ci sont enlevés avec le plus grand soin et l'on procède par des lavages à la solution de sublimé à 1/2000 à une toilette minutieuse de toute la cavité articulaire. A l'aide du perforateur à manivelle de Collin, deux sutures osseuses sont placées sur les fragments rotuliens, une en dedans, l'autre en dehors, de telle façon que chaque fil pénètre dans le fragment inférieur à 6 millimètres environ du trait de fracture pour sortir sur la tranche de solution de continuité à 4 millimètres environ au devant de la surface articulaire, puis pénètre dans le fragment supérieur en un point symétrique de la solution de continuité, pour ressortir à égale distance du bord constitué par le trait de fracture.

En tirant sur les fils métalliques, on constate que l'adaptation des fragments se fait avec une régularité parfaite et que la surface articulaire de la rotule reprend sa configuration normale sans que le moindre ressaut puisse être senti en promenant le doigt au niveau de la coaptation de ces deux fragments. Chaque fil est fixé par huit demi-tours de torsion, car il n'a pas été possible de recourir à la suture tubulaire du professeur Ollier, la pression de l'extrémité profonde du tube ayant de la tendance à enfoncer les fragments vers la cavité articulaire et à produire un angle de réunion à sommet dirigé en arrière et faisant saillie dans cette cavité.

Les tissus musculo-aponévrotiques sont déchirés sur une grande étendue, de chaque côté de la rotule. En dedans, la déchirure, dirigée exactement dans le sens

antéro postérieur se prolonge jusqu'au niveau du bord postérieur du condyle. Le muscle et l'aponévrose sont suturés en surjet au moyen du catgut chromique. En dehors, la déchirure remonte obliquement en haut et en arrière, sur une longueur de 7 centimètres. Même suture en surjet avec le catgut chromique.

En dernier lieu, réunion des téguments au moyen du fil métallique à points séparés — pas de drainage — pansement antiseptique et immobilisation dans une gouttière.

Les suites ont été très simples, sans aucune élévation de température; au 55<sup>e</sup> jour l'un des fils de la suture osseuse a pu être facilement enlevé après détorsion de 8 demi-tours. Quant au second il s'est rompu pendant la manœuvre de dégagement et on a dû le laisser en place.

Actuellement, c'est-à-dire 80 jours après l'accident la rotule présente un diamètre vertical exactement le même que du côté sain et les deux fragments sont solidement unis l'un à l'autre par un cal qui semble être osseux. Le malade commence à exécuter des mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse et l'on doit espérer que ceux-ci redeviendront rapidement normaux sous l'influence de quelques massages et de douches de vapeur.

Le second malade est entré à la salle St-Sacerdos, n<sup>o</sup> 20, le 24 octobre 1898, pour une fracture de la rotule droite survenue la veille dans une chute faite d'un escabeau à une hauteur de 1 m. 50. Il est probable que le choc a porté directement sur le genou venant frapper le sol à plat et il en résulte une fracture transversale de la rotule, siégeant non pas à la partie moyenne de l'os, mais bien à l'union de ses  $\frac{2}{3}$  supérieurs avec le  $\frac{1}{3}$  inférieur. Le genou est le siège d'un épanchement sanguin assez considérable, mais les fragments ne sont écartés que de 15 mill. environ, ce qui indique l'absence de déchirure des attaches fibro-ligamenteuses et musculaires latérales de la rotule.

Le traitement, chez ce malade, a simplement consisté dans l'immobilisation avec compression ouatée de Guérin sur toute la longueur du membre. Celui-ci ayant été entouré d'une énorme quantité de coton, on enroula de bas en haut des bandes en tissu de coton en les serrant autant que possible. Chaque jour de nouvelles bandes étaient ajoutées et serrées à tour de bras. Le 12<sup>e</sup> jour le membre fut mis à découvert et l'on pu voir que, sous l'influence de la compression, tout l'épanchement articulaire avait disparu. Le sang avait

été chassé de l'articulation et infiltré dans le tissu cellulaire de tout le membre, ainsi qu'en témoignait la teinte ecchymotique des téguments sur toute la longueur de celui-ci.

A partir de ce moment, le traitement consista simplement en massages légers du genou et du triceps fémoral combinés avec l'immobilisation dans une gouttière; au 35<sup>e</sup> jour le malade commença à fléchir la jambe sur la cuisse, puis bientôt se leva pendant une grande partie de la journée. Actuellement la marche s'effectue assez facilement, presque sans claudication, mais les fragments restent distants l'un de l'autre de 15 mill. environ, unis simplement par un tissu fibreux assez serré, qui permet néanmoins de leur imprimer des mouvements de latéralité lorsqu'on les saisit entre les doigts.

Ces deux cas nous fournissent les indications thérapeutiques généralement acceptées par les chirurgiens pour le traitement des fractures transversales de la rotule d'après le degré d'écartement des fragments. Lorsque celui-ci est inférieur à 15 ou 20 mill. les moyens d'union de la rotule aux parties voisines sont conservés et il suffit de recourir à la compression, à l'immobilisation et au massage. Dans le cas, au contraire, où cet écartement est considérable on devra intervenir par la méthode sanglante et pratiquer la suture métallique de la rotule, après nettoyage complet de la cavité articulaire; en même temps qu'on suturera avec le plus grand soin les déchirures ligamenteuses et musculaires.

**M. Vallas.** — Je suis heureux que M. Chandelux ait introduit devant la Société de Chirurgie de Lyon la question du traitement des fractures de la rotule. Recevant dans mon service beaucoup de traumatismes, j'ai eu à soigner plusieurs fractures de ce genre, et je suis arrivé à me faire une idée assez nette du traitement qu'il convient de leur appliquer.

Rien n'est varié comme la conduite des chirurgiens en pareil cas. Cette divergence d'opinions a été mise en évidence par Powers, qui a fait une enquête à ce sujet auprès d'un grand nombre de chirurgiens. Les uns n'opèrent jamais, les autres toujours, le plus grand nombre est l'éclectique, et pour ceux qui opèrent, le procédé opératoire est également très variable. D'autre part, rien n'est paradoxal, au moins en apparence, comme une fracture de la rotule au point de vue du résultat fonctionnel. On se ruinerait aujourd'hui à payer au poids d'or un cal osseux de la rotule, et cependant tout le monde a vu des

blesés marcher difficilement avec un cal osseux ou fibreux très court et très serré, tandis que d'autres, avec un écartement très considérable, ont retrouvé l'usage presque parfait de leur membre.

En présence d'une fracture de la rotule, il faut donc chercher autre chose qu'un cal osseux ou fibreux très serré. Cette autre chose, c'est la restauration de l'appareil ligamenteux péri-rotulien, dont l'état règle, pour moi, tout le pronostic fonctionnel. Il faut, en effet, pour que le résultat soit bon, que l'action du quadriceps puisse se transmettre au squelette de la jambe : c'est la condition nécessaire et suffisante. Or, la rotule ne constitue qu'une partie des tendons du quadriceps, et le tendon fibreux péri-rotulien est le principal agent de transmission de la force. Si le traumatisme ne fait que diviser l'os, il y a de l'hématrose, mais quand l'épanchement intra-articulaire a disparu, les mouvements reparassent et le malade peut marcher. Si la déchirure s'étend aux parties fibreuses, l'impotence persiste. Cette déchirure des parties fibreuses péri-rotuliennes est malheureusement la règle, car les choses se passent ordinairement de la façon suivante : le sujet tombe en se fracturant la rotule ; aussitôt il essaye de se relever, y parvient *malgré sa fracture* et fait quelques pas, puis tombe une seconde fois pour ne plus se relever. C'est que la déchirure, amorcée sur le trait transversal de la fracture s'est étendue aux parties fibreuses latérales et a supprimé tout rapport entre le quadriceps et la jambe. Je puis vous fournir la preuve de l'exactitude de cette interprétation.

Voici un malade auquel je fais faire depuis trois semaines du massage et de la mobilisation du genou. Comme vous pouvez le constater il se sert déjà utilement de son membre inférieur. En palpant son genou, vous ne sentirez pas de dépression au niveau de la rotule. J'ai cependant constaté à son entrée une fracture de cet os. Mais en même temps qu'il se cassait la rotule, cet homme a reçu un choc sur la tête et est resté sur le coup privé de connaissance. Il n'a donc fait aucune tentative pour se relever : en conséquence, sa fracture a été des plus simples, limitée à l'os et les mouvements ont reparu au bout de peu de jours. C'est la seconde fois que je rencontre la même coïncidence et dans les deux cas, le résultat fut le même. C'est pourquoi je prétends que ce qui peut arriver de plus heureux à celui qui se casse la rotule, c'est de se faire en même temps une commotion cérébrale.

Chaque fois que je suis intervenu pour une fracture de la rotule, j'ai donc toujours suturé avec soin non seulement l'os, mais aussi les parties fibreuses jusqu'à l'extrême limite de leur déchirure. Or, j'ai constaté bientôt que, la toilette articulaire étant faite, les caillots enlevés, les parties molles suturées, les deux fragments rotuliens venaient exactement au contact et qu'il n'était pas besoin de placer sur eux des fils métalliques pour les maintenir en place. Dès lors, j'ai supprimé la suture osseuse, pensant que, toute cause d'écartement cessant d'exister, il n'y avait pas de raison pour que la rotule ne se consolidât pas, comme n'importe quel autre os fracturé. L'événement m'a donné raison et un de mes élèves, M. Josse, a publié dans sa thèse les observations de sept malades opérés de cette façon (quelques-uns depuis deux ans) et chez lesquels le résultat a été excellent.

J'ai supprimé la suture osseuse parce qu'elle est inutile, ainsi que je viens de vous le démontrer, et aussi parce qu'elle offre quelques inconvénients. Elle peut être difficile; si l'un des fragments est très petit, si l'os est friable. Il peut arriver, comme dans le cas de M. Chandelux qu'on ait de la peine à retirer les fils, ou même qu'une anse du fil brisé reste dans la jointure. Ce sont là, je le veux bien, de minces reproches à l'adresse de la suture osseuse, mais puisqu'elle ne sert à rien, il est encore plus simple de s'en passer.

Voici donc comment je traite les malades atteints de fracture transversale de la rotule. S'il y a un écartement considérable, une grosse dépression permettant de diagnostiquer facilement une déchirure du surtout fibreux, je pratique immédiatement l'arthrotomie du genou et la suture comme je vous l'ai indiqué. S'il y a peu ou pas d'écartement, s'il n'existe aucun moyen de se rendre compte de l'état des parties fibreuses, j'attends quelques jours en faisant faire de la compression et du massage pour diminuer la tension de l'épanchement articulaire. Au bout de quatre ou cinq jours, ordinairement, le gonflement et la douleur ont assez diminué pour que l'exploration soit plus facile. Si le malade, à ce moment peut soulever la jambe légèrement ou détacher le talon du lit, je m'abstiens de toute intervention sanglante et continue le massage. Dans le cas d'impotence absolue, je fais l'arthrotomie et la suture.

**M. Gayet** croit qu'on peut récupérer des mouvements dans l'articulation du genou alors qu'elle a été le siège de désordres traumatiques considérables. Dans un cas de

fracture de la rotule guéri avec écartement de 8 cent., le malade avait un membre solide. Il existait, de chaque côté de l'espace inter-fragmentaire, deux ligaments verticaux solides, limitant les mouvements d'extension. Le malade pouvait, une fois guéri, reprendre ses occupations de pêcheur, s'arc-bouter solidement et lancer l'épervier.

**M. Durand** trouve qu'on attache trop d'importance anatomique aux ailerons de la rotule en tant que ligaments. Ce sont de véritables expansions du triceps qui, en réalité a trois tendons, un qui s'insère sur la rotule, et deux latéraux qui s'étalent sur les parties latérales. Il rappelle un cas de Daniel Mollière : le malade avait eu, à la suite d'une fracture de la rotule, une consolidation avec cal osseux. La marche était difficile, le membre presque impotent. Le malade se fractura une seconde fois la même rotule et guérit avec un cal fibreux, et un bien meilleur résultat fonctionnel.

**M. Gangolphe** connaissait les résultats obtenus par M. Vallas et se propose d'appliquer ce procédé de suture des parties fibreuses. Il croit, cependant, qu'on peut prolonger la période d'expectation avant de faire l'arthrotomie. Ne pourrait-on pas attendre du 20 au 25<sup>e</sup> jour et, dans le cas où le malade pourrait détacher le talon du lit à ce moment s'abstenir. Dans un cas, au 25<sup>e</sup> jour, le malade put mettre le pied à terre.

Il a traité par le massage un certain nombre de malades, après les communications de Tilaure et Léon Tripier. Il a vu un cas soigné par Vallette au moyen de l'immobilisation; le résultat était inférieur à ceux qu'il a obtenus et vu obtenir par le massage et la mobilisation.

**M. Chandelix.** — Dans la plupart des cas les incisions latérales paraissent devoir suffire pour bien voir l'intérieur de l'articulation et permettre de saturer exactement les déchirures sur toute leur longueur. Le trait transversal de section cutanée peut avoir l'inconvénient soit d'opposer une certaine résistance aux mouvements de la jambe sur la cuisse, soit de se laisser distendre pendant que ceux-ci sont exécutés.

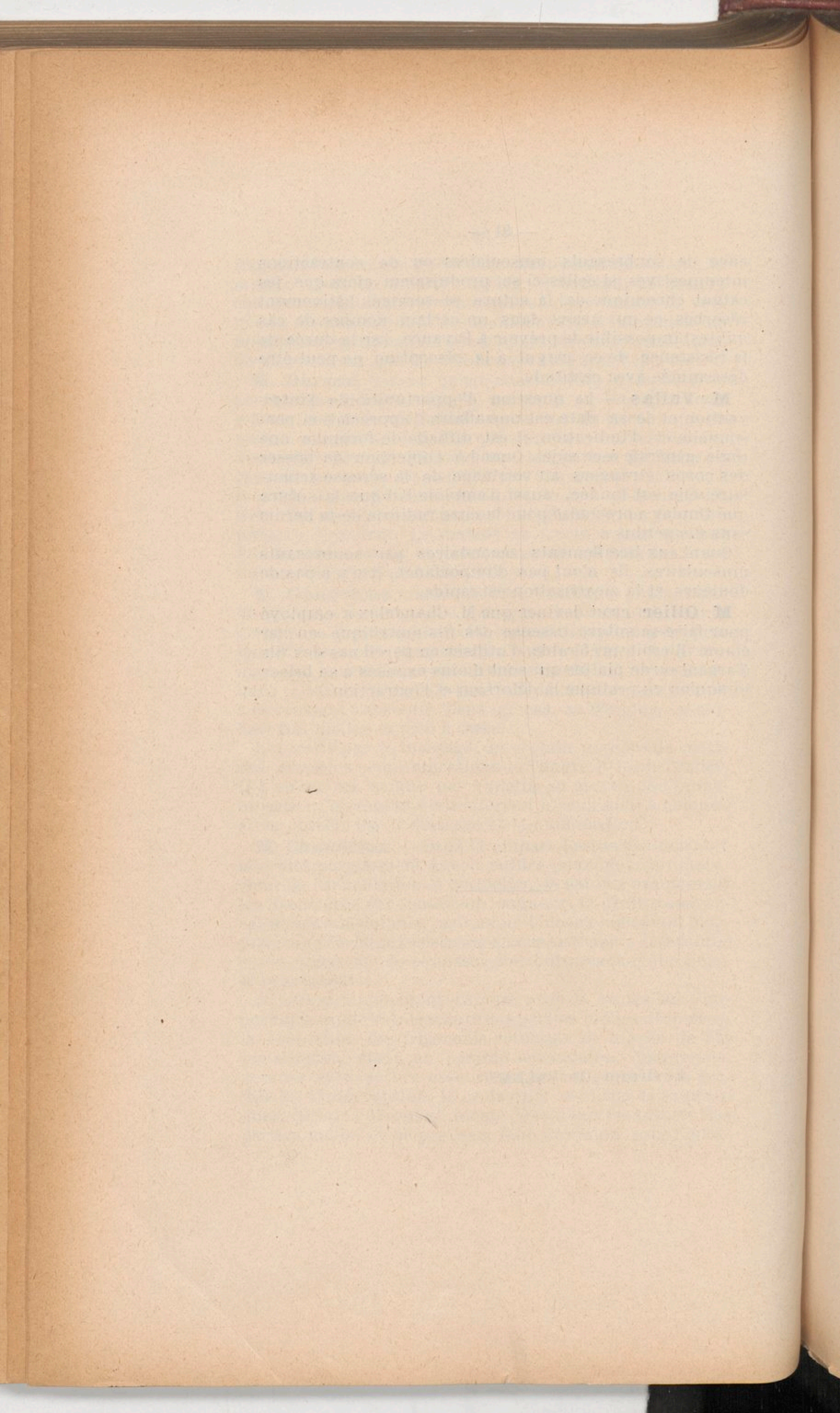
Je suis complètement d'accord avec M. Vallas sur l'importance capitale de la suture des parties molles déchirées, la coaptation des fragments rotuliens au moyen de fils métalliques étant en somme secondaire. Néanmoins, comme cette suture osseuse ne peut augmenter la gravité de l'intervention, je crois qu'il est utile de la pratiquer, dans le but tout au moins de soutenir les sutures des parties molles et de prévenir leur désunion sous l'influ-

ence de soubresauts musculaires ou de contractions intempestives si celles-ci se produisaient alors que les catgut chromique de la suture se seraient hâtivement résorbés, ce qui arrive dans un certain nombre de cas qu'il est impossible de prévoir à l'avance, car la durée de la résistance de ce catgut à la résorption ne peut être déterminée avec certitude

**M. Vallas.** — La question d'opportunité de l'intervention et de sa date est une affaire d'appréciation personnelle et d'indication, il est difficile de formuler une règle générale à ce sujet. Quand à l'objection de laisser des corps étrangers au voisinage de la séreuse articulaire, elle est fondée, aussi n'emploie-t-il que la suture que Duplay a préconisé pour la cure radicale de la hernie sans fils perdus

Quant aux tiraillements secondaires par soubresauts musculaires, ils n'ont pas d'importance, il n'y a pas de douleurs et la cicatrisation est rapide.

**M. Ollier** croit deviner que M. Chandelux a employé pour faire sa suture osseuse des fils métallique en fer étamé. Il croit préférable d'utiliser en pareil cas des fils d'argent ou de platine qui sont moins exposés à se briser lorsqu'on en pratique la détorsion et l'extraction





BULLETIN  
DE LA  
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
DE LYON

Tome II — N° 2 —  
JANVIER, FÉVRIER  
1899

LYON  
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C<sup>ie</sup>  
Ancienne Maison WALTENER & C<sup>ie</sup>  
14, Rue Bellecordière, 14

—  
1899

# SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1898-1899



## BUREAU

<i>Président</i> .....	OLLIER.
<i>Vice-Président</i> .....	FOCHIER.
<i>Secrétaire général</i> .....	VALLAS.
<i>Trésorier-archiviste</i> .....	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i> .....	{ ALBERTIN. CONDAMIN.

## MEMBRES

ALBERTIN.	JABOULAY.
AUBERT.	LAROYENNE.
AUGAGNEUR.	MARTIN.
BÉRARD.	NOVÉ-JOSSERAND.
BERNE.	OLLIER.
CHANDELUX.	POLLOSSON (Maurice).
CONDAMIN.	POLLOSSON (Auguste).
CORDIER.	ROCHET.
DURAND.	ROLLET.
FOCHIER.	SABATIER.
GANGOLPHE.	SIRAUD.
GAYET.	VALLAS.
GOUILLOUD.	VILLARD.
HORAND.	VINCENT.

BULLETIN  
DE LA  
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
DE LYON

---

*Séance du 12 janvier 1899.* — Présidence de M. FOCHIER.

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès verbal de la dernière séance.

**M. Vallas**, à l'occasion du procès verbal, remontre le malade qu'il avait présenté quinze jours auparavant au cours de sa communication sur le traitement des fractures de la rotule. Ce malade, grâce à sa commotion cérébrale, n'avait pas d'écartement des fragments et pas de déchirure des parties fibreuses latérales. Il fut donc soigné uniquement par le massage et la mobilisation. A l'heure actuelle il marche déjà sans béquille et même sans canne. Peut-être se produira-t-il, par la marche, un écartement secondaire des fragments, mais cet écartement sera sans inconvénient pour la fonction, car la transmission de l'action du quadriceps à la jambe est désormais assurée.

\*\*\*

**RÉSECTION LARGE DU MAXILLAIRE ET DES PARTIES MOLLES  
APPLIQUÉE AU TRAITEMENT D'UN CANCER DE LA LÈVRE  
INFÉRIEURE PROPAGÉ AU MAXILLAIRE ET RÉCIDIVÉ POUR  
LA QUATRIÈME FOIS. — AUTOPLASTIE ET PROTHÈSE.  
— PREMIERS RÉSULTATS.**

**M. Albertin.** — J'ai tenu à vous montrer ce malade après ma première intervention, pour vous montrer les différentes étapes parcourues avant d'arriver à une restauration définitive.

Ce cas appartient à une catégorie de faits sur lesquels j'ai déjà attiré votre attention en vous présentant un malade traité de la même façon et guéri sans récurrence depuis cinq ans avec un résultat excellent soit au point de vue fonctionnel, soit au point de vue esthétique.

Voici l'observation de mon nouveau malade.

M..., François, âgé de 48 ans, de St-Vallier (Drôme), a été opéré trois fois pour un même cancroïde de la lèvre inférieure; en 1883, par Daniel Mollière; en 1890, par Maurice Pollosson. Enfin, en 1897, une troisième opération dont vous pouvez voir ici le schéma a été pratiquée par M. Maurice Pollosson: large incision de la moitié droite de la lèvre y compris la commissure et restauration autoplastique par le procédé à lambeau cervical unilatéral. Ce lambeau fut doublé par un petit lambeau de muqueuse pris sur la gencive mais suspect par sa minceur. La plaie fut fermée par suture (Observation communiquée par M. Maurice Pollosson).

Ce malade rentre, en novembre 1898 dans, le service de M. Maurice Pollosson, que je supplée à l'Hôtel-Dieu et qui me confie le traitement de ce malade.

Actuellement il existe une récurrence se présentant sous forme d'une masse volumineuse occupant la moitié droite de la région maxillo-mentonnaire et débordant sur les régions sus-hyoïdiennes, médiane et latérale. Au niveau de la commissure et du sillon gingivo-labial, il existe une large plaque indurée et ulcérée à fond épithéliomateux.

La tumeur, du volume du poing, adhère solidement au maxillaire inférieur.

L'ulcération gingivo-labiale intéresse le périoste de la face externe; il y a, à n'en pas douter, envahissement de l'étui périostique par la récurrence néoplasique. Il existe une fistule sous-maxillaire conduisant dans un ganglion dégénéré et ramolli.

L'état général du malade est bon; il est résistant, âgé de moins de cinquante ans; je le considère comme placé dans d'excellentes conditions pour subir une tentative de cure radicale de son cancer par une large résection en bloc de la tumeur, squelette et parties molles.

Je l'opère le 11 novembre 1898, après anesthésie au chloroforme, comme j'ai fait pour les autres et, à ce propos, voici le manuel opératoire que j'ai adopté.

Après asepsie de la bouche aussi complète que possible, faite à tout instant de la journée, pendant plusieurs jours par brossages, lavages, ablation de chicots, de

dents cariées, etc., on pratique l'anesthésie au chloroforme.

Dans un premier temps, on circonscrit au bistouri la peau recouvrant la tumeur à enlever. Cette incision comprend le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans un second temps à l'aide des doigts ou des ciseaux courbés sur le plat, on passe dans le plan de clivage qu'il est nécessaire de bien déterminer et, à l'aide de manœuvres de décollement, on isole le bloc à enlever jusqu'au maxillaire.

Dans un troisième temps, après avoir déterminé le point où l'on veut sectionner l'os, on affranchit l'endroit où doit porter la section et on perfore le plancher buccal dans un point symétrique. Il faut alors rapidement pratiquer la section osseuse.

Pour ce faire j'emploie le coupe-os multiplicateur de Mollière. Quelque effrayant que paraisse cet outil, je défie d'obtenir en moins de temps, avec un instrument, une section aussi nette du maxillaire inférieur. D'un seul coup en avant, d'un autre en arrière, le maxillaire est tranché. On termine alors rapidement l'ablation du bloc à l'aide des ciseaux et on fait l'hémostase ; cela prendra trois ou quatre minutes.

La tumeur enlevée, la toilette ganglionnaire de la région soigneusement faite, je confie à M. Martin le soin de fixer l'appareil qui est instantanément réduit aux dimensions exigées.

L'appareil prothétique mis en place, il s'agit de procéder à la restauration de la région. La brèche faite est quelquefois effrayante, comme vous pouvez en juger par l'examen des pièces enlevées.

Mais la région cervicale nous offre des lambeaux autoplastiques parfaits, suffisamment étoffés, vivaces et bien mobilisables ; vous pouvez juger sur ce malade, du premier résultat obtenu. Il ne faut pas vouloir faire une restauration d'emblée, mais en deux ou trois temps.

Chez ce malade il ne reste qu'à fermer la commissure. On peut voir que ces lambeaux cervicaux qui ont leur base en arrière peuvent être très étendus et offrent une grande vitalité. On les mobilise facilement sans qu'il y ait de torsion de leur pédicule et leur bonne vascularité permet une réunion rapide par première intention.

C'est ce qui s'est passé chez ce malade ; opéré depuis deux mois, il est depuis plus d'un mois complètement guéri de l'intervention et, s'il n'existait pas un léger œdème des lambeaux autoplastiques, œdème circulatoire

je lui aurais fermé sa commissure pour terminer la restauration autoplastique. Je préfère attendre quelque temps pour agir sur des tissus ayant recouvré leur souplesse normale.

Chez ce malade j'ai pratiqué la section osseuse en arrière horizontalement sur la branche montante, de façon, à ce que l'angle postérieur de la mâchoire fût enlevé avec la tumeur.

J'ai agi de la sorte sur la demande de M. Martin qui trouve que l'application et le maintien de son appareil de prothèse sont facilités par cette résection. Si l'on conserve cet angle de la mâchoire, il est sollicité par les muscles et vient buter contre la mâchoire supérieure.

Comme on peut le voir, le malade peut mastiquer avec sa pièce prothétique et la région mentonnière a gardé sa forme quoique restaurée, à moitié par le lambeau autoplastique.

J'ai opéré un certain nombre de malades pour des récurrences de cancer des lèvres avec propagation au maxillaire inférieur.

Cette intervention, que l'on peut résumer en deux mots : résection en bloc de la tumeur, squelette et parties molles, ne présente pas de gravité par elle-même et on est surpris de voir combien elle est bien supportée par les malades. Mais à une condition expresse : c'est qu'ils soient en état de résistance au shock opératoire, qui est assez considérable.

Une condition capitale, c'est l'âge des malades ; il ne faut pas opérer après 50 ou 55 ans au plus. Cette conclusion a été formulée dans la thèse d'un de nos élèves, M. Trassagnac : « Des épithéliomas de la face propagés au squelette et de leur traitement », thèse inspirée par M. le professeur Maurice Pollosson et par moi.

Chez des malades plus âgés on voit presque à coup sûr survenir une complication le plus souvent mortelle : la pneumonie infectieuse.

Le malade, affaibli par l'opération, ne réagit pas, ne se prête pas aux soins de la toilette de la bouche, ne rejette pas les liquides infectés qui bientôt souillent le larynx et infectent les poumons.

Une des conditions de succès réside dans l'exécution de l'antisepsie de la bouche ; après l'opération dans les soins postopératoires.

Il faut auprès du malade un infirmier à demeure qui,

toutes les heures, pratiquera, à l'aide de l'irrigateur Eguisier, des lavages de la bouche.

Ces lavages doivent être faits avec cet appareil, les autres n'ayant pas une force de propulsion suffisante.

On continue ces soins de tous les instants pendant 5 à 6 jours, et on obtient une réunion par première intention sur tous les points. Je n'ai pas eu d'accidents dus à la chute de la langue, à cause de la précaution prise de la fixer sur un fil métallique à la partie antérieure ou de l'arcade dentaire ou de la pièce prothétique.

Je vais suivre ce malade espérant qu'il n'y aura pas de récurrence; l'état du malade que j'ai opéré il y a 5 ans me permet cet espoir, et je me propose de le présenter à nouveau à la Société qui jugera de la restauration définitive au point de vue de l'esthétique et de la fonction, sans préjuger de la cure radicale du néoplasme.

**M. Martin.** — M. Albertin vient de vous exposer les avantages que présente la section du maxillaire inférieur faite au milieu de la branche montante, lorsqu'il est impossible de conserver une longueur suffisante du corps pour fournir un point d'appui assez étendu à la pièce buccale qui doit maintenir le fragment abaissé.

Ce fragment est, en effet, fort difficile à maintenir lorsqu'il ne présente pas une surface de prise suffisante. Il s'échappe constamment de dessous l'appareil et, attiré en haut par les muscles masticateurs, il vient heurter les dents de la mâchoire supérieure.

Dans les mouvements de mastication, le frottement continu du fragment détermine bientôt des ulcérations qui gênent beaucoup ou même rendent impossible cette fonction. Déjà, au début de l'application de ce genre de prothèse, j'avais été frappé des troubles fonctionnels résultant de la déviation du fragment; j'avais, dans quelques cas, été obligé de pratiquer l'avulsion des dents supérieures et, plus tard, pour obvier à cet inconvénient, j'avais demandé au chirurgien de pratiquer la section horizontale de la branche montante.

Il y a donc un très réel intérêt à sacrifier une portion plus grande du maxillaire, laquelle, du reste, est fonctionnellement inutile. Cette modification ne complique pas beaucoup l'opération et n'aggrave pas du tout son pronostic.

Si le résultat fonctionnel est meilleur, le résultat esthétique ne l'est pas moins.

En effet, lorsque la section passe en avant de l'angle de la mâchoire, le fragment restant est toujours un peu

attiré en avant, et il se produit, en arrière de lui, une dépression très disgracieuse. Lorsque la section porte horizontalement sur la branche montante, au niveau du bord supérieur des molaires inférieures, l'appareil prend la place de l'os enlevé et vient reformer l'angle de la mâchoire.

Je désire aussi vous dire quelques mots sur la chute de la langue en arrière. Cet accident, souvent signalé autrefois lorsque la résection comprenait une grande partie de l'arc antérieur du maxillaire, s'est produit, à ma connaissance, une seule fois à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pendant ces vingt dernières années, sur une centaine de cas environ.

La rareté de cet accident me paraît devoir s'expliquer par ce fait que, chez tous ces malades, j'avais appliqué des appareils de prothèse immédiate, lesquels facilitent singulièrement le maintien de la langue, grâce au fil suspenseur qui permet de la fixer à l'appareil.

Mais cette suspension de langue, qui est excellente lorsqu'elle est faite d'une façon mesurée peut, lorsqu'elle est exagérée, entraîner un autre inconvénient. Qu'arrive-t-il lorsque la traction de la langue est poussée à l'extrême ? Cet organe se trouve immobilisé, la déglutition devient impossible, l'orifice glottique reste constamment béant et, dans le décubitus dorsal, les produits de fermentation et de suppuration, si abondants dans la cavité buccale, s'écoulent, par cette route largement ouverte, dans les voies respiratoires. Telle est vraisemblablement l'origine de ces infections qui ont été fatales chez un certain nombre d'opérés.

C'est en 1897 que mon attention fut attirée sur ce point. Cette année-là, j'eus à mettre en place cinq appareils de prothèse immédiate. Chez trois de ces malades, le chirurgien avait dû fixer la langue à l'appareil, et tous trois succombèrent à des pneumonies infectieuses. Ces trois morts successives me parurent extraordinaires et me donnèrent à réfléchir. En me remettant en mémoire et en analysant toutes les phases de l'opération, en recherchant les causes possibles de l'infection, je ne pus rien découvrir tout d'abord. Les lavages avaient été faits régulièrement ; la température, après l'opération, avait été à peu près normale. Je notais une seule chose : ces malades avaient été très difficiles à alimenter. Je me souvins alors qu'ils ne pouvaient pas déglutir, et je n'hésitai pas à rapporter à cette impossibilité de la déglutition la cause des accidents observés.



La suppression de cette fonction était due elle-même à l'immobilisation complète de la langue trop attirée en avant.

Arrivé à cette conclusion, j'attendais avec impatience l'occasion de mettre à profit les remarques que j'avais faites. Elle se présenta en juin 1898 sur un malade du professeur Pollosson, suppléé alors par M. le Dr Albertin.

La résection dut être très étendue et la section porta à gauche en avant de la 2<sup>e</sup> molaire, et à droite sur la branche montante à 1 centimètre au-dessous de l'échancrure sigmoïde. Au moment où M. Albertin allait fixer la langue à l'appareil, je lui fis part de mes remarques et il fixa l'organe dans sa position normale, de façon que ses mouvements pussent s'effectuer librement. Dès les premiers jours le malade put se nourrir avec facilité et la guérison se fit assez rapidement. Ce malade a été présenté au Congrès dentaire au mois d'août dernier. Il était, depuis un mois, porteur de son appareil définitif et il assurait s'alimenter très bien.

Pendant les trois derniers mois de l'année 1898, j'eus à appliquer des appareils de prothèse dans une série extraordinaire de six résections, résections très étendues puisque dans toutes la presque totalité du corps et la plus grande partie d'une branche montante furent enlevées. Or, ces six malades ont guéri parfaitement et cependant, chez deux d'entre eux, le délabrement avait été tel qu'il fallut prendre un lambeau jusqu'au sternum pour combler la perte de substance.

Ainsi, en 1898, j'ai eu à placer neuf appareils de prothèse immédiate : huit dans des résections pour néoplasme, et un pour une tentative de suicide. Sept fois la résection a été très étendue et les neuf malades ont guéri. Je ne crois pas qu'il s'agisse là simplement d'une série heureuse et je suis convaincu que la modification apportée à la manière de fixer la langue en est la cause première.

Aussi concluerai-je de ces faits qu'il faut maintenir la langue en avant et non la tirer au dehors ; il faut qu'elle puisse exécuter tous ses mouvements physiologiques, et on n'obtiendra ce résultat qu'avec une traction modérée.

**M. Vallas.** — Il est un point sur lequel je veux attirer l'attention : c'est le tracé de la ligne d'incision lorsqu'on pratique la résection du maxillaire inférieur sans ablation des téguments.

Il ne faut pas que cette ligne corresponde au bord inférieur du maxillaire en partant de la pièce prothéti-

tique qui le remplace, car la pression continue de la pièce tend à désunir la suture qui finit par lâcher et laisse à nu l'appareil.

Il faut faire cette incision à deux travers de doigts au dessous du maxillaire inférieur de façon à détruire la correspondance du bord de l'os ou de la pièce qui le remplace.

La ligne de suture ainsi reportée en bas, sur le cou, sera à l'abri des tiraillements, des pressions et on aura rapidement une réunion solide des parties molles sur l'appareil.

\*\*\*

### POSITION ÉLEVÉE DE L'OMOPLATE

**M. Nové-Josserand.** — J'ai l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie de Lyon une fillette âgée de 9 ans, dont l'histoire est la suivante :

Son père, actuellement bien portant, était tuberculeux avéré au moment où l'enfant fut conçue. Sa mère, bien portante, a eu une fausse couche accidentelle, et six grossesses, dont une accompagnée de crises d'éclampsie, se termina par l'expulsion d'un enfant mort. Un deuxième enfant est mort en nourrice à l'âge de 5 mois ; les quatre autres sont bien portants. L'accouchement qui donna le jour à la malade fut laborieux : les douleurs durèrent 15 heures ; c'était une présentation du sommet : on ne fit pas d'application de forceps.

Cette enfant eut toujours une santé délicate. On note des bronchites répétées jusqu'à l'âge de 18 mois. Une otorrhée à l'âge de 5 ans, la rougeole à 8 ans.

Elle est actuellement d'aspect un peu chétif, mais assez bien développée pour son âge.

La difformité de l'épaule droite fut remarquée il y a deux ans, l'enfant étant âgée de 7 ans, sans aucune circonstance étiologique notable, maladie aiguë, traumatisme, abcès cervicaux, etc. La mère affirme que, avant cette époque, le dos de son enfant ne représentait rien d'anormal. Depuis, l'état est demeuré stationnaire.

Actuellement, l'examen de la malade, vue de dos, montre d'abord un degré assez prononcé de dos ronds ; mais le regard est attiré de suite sur la disposition des omoplates. A gauche cet os occupe sa position normale, présentant seulement un angle inférieur un peu saillant, du fait du dos rond ; à droite, il est, au contraire, notablement remonté, son angle inférieur est distant de la

crête iliaque de 21 centimètres contre 18 à gauche. En outre de ce mouvement d'ascension, l'omoplate a exécuté un mouvement de bascule abaissant son angle supéro-externe; il en résulte que le bord spinal est oblique de bas en haut et de dedans en dehors, et que l'angle inférieur est plus rapproché de la ligne médiane (4 centimètres contre 5 à gauche). De même, le bord axillaire est tout à fait horizontal, et l'épine, au lieu d'être sensiblement horizontale, est oblique de haut en bas et de dedans en dehors; sa direction prolongée atteint la ligne médiane un peu au-dessus de l'apophyse épineuse de la première dorsale, tandis qu'à gauche, elle correspond exactement à la deuxième dorsale.

Le bord supérieur de l'omoplate fait, sous la partie correspondante du trapèze, une saillie notable qui déforme un peu le cou et l'épaule: le cou est raccourci de ce côté, et la ligne de l'épaule surélevée.

Dans son ensemble, l'omoplate paraît atrophié. Sa hauteur, mesurée de l'épine à l'angle inférieur, est de 9 centimètres 6, contre 10 centimètres 6 à gauche, côté sain.

En regardant l'enfant par la face antérieure, on ne constate rien d'anormal dans la région sus-claviculaire, si ce n'est le relief plus marqué du bord du trapèze qui paraît soulevé dans sa partie moyenne par une tumeur sous-jacente.

La palpation montre que cette tumeur n'est autre que le bord supérieur et la portion sus-épineuse de l'omoplate; on ne sent aucune particularité, telle que côte surnuméraire ou exostose.

Du côté de la colonne vertébrale, on note un certain degré de dos rond avec lordose lombaire de compensation. Il n'y a pas de scoliose manifeste, les côtes ne sont pas déformées, les triangles de la taille sont égaux, on note seulement une saillie un peu plus marquée de la hanche gauche.

Les membres supérieurs sont égaux en longueur et en développement dans toutes leurs parties; le deltoïde et les pectoraux font leur relief normal; les mouvements de l'épaule sont libres; cependant, du côté droit, l'élévation verticale du bras ne peut être obtenue complète; elle ne dépasse guère 145°. Il y a, dans les épaules, des deux côtés, quelques craquements pendant les mouvements passifs, mais aucune douleur. Les clavicules ont la même longueur.

La face et le crâne présentent un très léger degré

d'asymétrie consistant en ce que, du côté droit, la région temporale semble un peu plus aplatie, les régions molaire et zigomatique sont un peu moins saillantes; l'axe longitudinal du visage est légèrement oblique par rapport à la verticale, étant incliné de haut en bas et de gauche à droite. En somme, très léger degré d'atrophie faciale à droite.

La tête peut se mouvoir dans tous les sens complètement et sans aucune gêne; on ne sent aucun faisceau musculaire avec un relief anormal.

L'exploration des muscles du dos, au moyen de l'électricité faradique, montre que tous, les muscles scapulaires: trapèze, deltoïde, rhomboïde, grand dentelé réagissent bien à droite comme à gauche et avec une force égale. L'abaissement de l'omoplate peut être obtenu aussi artificiellement dans une assez grande étendue, sans que rien fasse soupçonner une contracture ou une rétraction des éleveurs.

Enfin, la radiographie montre nettement l'élévation et le mouvement de bascule de l'omoplate. Elle ne révèle sur cet os aucune déformation appréciable, ni tumeur surajoutée, telle qu'une exostose; elle ne montre pas non plus d'anomalies du radius ou du thorax, notamment pas de côte supplémentaire.

Il faut maintenant interpréter cette difformité. Tout d'abord, en l'absence de toute inclinaison latérale du rachis, de déformation costale et de tous les autres signes habituels, on peut éliminer de suite l'hypothèse d'une scoliose; de même aussi l'hypothèse d'une position anormale de l'omoplate secondaire à une arthrite de l'épaule, ne supporte pas l'examen, car la légère limitation du mouvement d'abduction peut s'expliquer autrement, et les craquements faibles et rares trouvés d'ailleurs dans les deux épaules, ne suffisent pas à établir l'existence d'une arthrite.

Il faut donc envisager isolément la position normale de l'omoplate et, là, deux hypothèses se présentent: une affection des muscles ou une malformation congénitale. Ici, rien ne permet d'affirmer la lésion musculaire; on ne trouve pas traces de paralysie, même sur le grand dentelé, et l'idée de contracture, plus difficile à éliminer, est cependant difficilement compatible avec la possibilité de faire exécuter à l'omoplate des mouvements en tous sens à l'aide de l'électricité faradique. Sans doute, l'origine de la malformation, récente d'après le dire des parents, serait plutôt en faveur d'une affection acquise,

mais le fait de l'atrophie très réelle de l'omoplate témoigne, par contre, pour une origine congénitale.

Je pense donc qu'il faut interpréter ce cas comme rentrant dans le cadre de l'affection décrite par Sprengel, en 1891, sous le nom de « position élevée congénitale de l'omoplate ».

L'apparition tardive de la difformité n'est pas en opposition avec cette interprétation, car on peut fort bien admettre que cette lésion soit restée longtemps ignorée des parents, parce qu'elle ne provoque aucun trouble fonctionnel.

Comme traitement, je me propose simplement de soumettre cette enfant à la gymnastique orthopédique, qui aurait donné de bons résultats à M. Kirmisson.

---

*Séance du 19 janvier 1899. — Présidence de M. FOCHIER.*

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès verbal de la séance du 12 janvier. Le procès verbal est adopté.

\* \* \*

**OSTÉOMYÉLITE GRAVE DU TIBIA SUIVIE DE NÉCROSE PRESQUE TOTALE ET DE LUXATION DIA-ÉPIPHYSAIRE. — CONDUITE A TENIR D'UNE FAÇON GÉNÉRALE. — BAINS DE SUBLIMÉ. — TRÉPANATIONS MULTIPLES. — MISE A NU DU CANAL MÉDULLAIRE. — DIRECTION DE LA RÉGÉNÉRATION. — TROUBLES TROPHIQUES DU PIED. — INFLUENCE DE LA CONSERVATION DES ÉPIPHYSES SUR L'ACCROISSEMENT DE L'OS RÉGÉNÉRÉ.**

**M. Vincent** présente une jeune fille âgée de 14 ans 1/2 (Emma C...) qui entra dans son service le 11 juillet 1897 pour une ostéomyélite du tibia gauche. Le périoste était décollé, limitait un sac de pus d'une extrémité à l'autre de la jambe. L'état général était fort grave naturellement. On fit une incision d'une épiphyse à l'autre mettant à nu le tibia dénudé; des couronnes de trépan furent établies en cinq ou six endroits de la diaphyse et à l'extrémité supérieure ces couronnes de trépan furent réunies pour mettre à découvert le canal médullaire et débrider la

région juxta-épiphysaire infiltrée de pus. Par ces tranchées, par ces orifices du trépan on fit des lavages du canal médullaire dont les alvéoles, remplies de pus, furent rompues et curettées avec soin.

Il fallut, à la suite, poursuivre le débridement de l'os non seulement sur la diaphyse, mais sous les épiphyses inférieures et supérieures; puis le genou et le cou-de-pied ayant été envahis par l'infection suppurative, on dut pratiquer l'arthrotomie et le drainage de ces deux articulations. Malgré ces débridements, malgré tous ces drainages et des pansements antiseptiques faits avec soin, l'état général restait très mauvais, la température toujours très élevée. M. Vincent eut recours au moyen, qu'il préconise depuis longtemps en pareille circonstance, l'immersion du membre atteint d'ostéomyélite dans un bain d'eau sublimé de 0,50 à 1 gr. pour 1000. Ces bains sont donnés matin et soir; ils durent demi-heure, une heure et davantage. Leur action est bien supérieure au pansement humide au sublimé. La pénétration du liquide paraît se faire beaucoup mieux; la température tombe plus vite. Mais si l'auteur n'a pas observé d'inconvénient à l'emploi de ces bains, sauf chez certains prédisposés aux érythèmes, il doit reconnaître que, parfois, comme dans le cas présent, la suppuration plus ou moins aseptisée n'a pas toujours été amoindrie. M. Vincent a observé quelquefois de l'érythème mais jamais de l'hydrargyrisme. Les bains de sublimé, drainage, trépanation, etc, ont pour but d'enrayer l'infection générale et de permettre d'attendre que les parties osseuses, fatalement vouées à la nécrose, aient commencé à se séparer de celles, qui doivent rester vivantes. Il importe beaucoup de ne pas faire d'ablation hâtive des parties d'os dénudées, qui paraissent devoir se nécroser. En général, on a tort de croire qu'un os est mort parce que sa surface est blanche; il reste, au-dessous de cette partie blanche, une épaisseur plus considérable qu'on ne l'imagine, d'os qui reste vivante. La preuve en est que, lorsqu'on a la patience d'attendre l'élimination spontanée, on voit que le sequestre a une épaisseur moindre qu'on ne le supposait et ne comprend pas généralement tout le contour de l'os; il reste des bandes d'os sain, qui jouent un rôle capital dans la régénération osseuse, rôle non moins important que celui du périoste. M. Vincent proteste contre la conduite proposée d'enlever hâtivement un os, qui paraît nécrosé par le fait de l'infection ostéomyélique. On s'expose, en procédant de cette façon, à n'avoir absolument aucune

régénération osseuse et à condamner les malades à une impotence fonctionnelle des plus regrettables. Un appareil orthopédique ne sera jamais l'équivalent d'un os perdu.

M. Vincent insiste encore plus sur la conservation des épiphyses dont le rôle est si important pour l'accroissement en longueur des os longs. Il faut inciser les foyers purulents, les cureter, les drainer avec le même soin et s'abstenir encore plus religieusement d'en faire une ablation inopportune.

Dans le cas actuel, la suppuration avait déterminé le décollement de l'épiphyse supérieure d'avec la diaphyse, et ensuite la luxation de celle-ci en arrière de la première, puis, et enfin la luxation diaphysaire rétro-fémorale. Bien entendu on a essayé de réduire cette luxation plusieurs fois; mais la suppuration abondante, l'indocilité de la malade obligeant de répéter les pansements, les moyens de contention: attelles plâtrées, gouttières, une rétraction violente des muscles causée par l'inflammation) n'étant pas vaincue par les tractions exercées sur l'extrémité inférieure du membre, on dut se résigner à laisser les choses en l'état; d'ailleurs un événement fâcheux se produisit: la nécrose de l'épiphyse supérieure qu'il fallut cueillir lorsqu'elle fut détachée. L'état général devint par instants très mauvais et l'état local des plus disgracieux; on se demanda vingt fois s'il ne valait pas mieux cesser la lutte et terminer par une amputation de la cuisse. M. Vincent ne le pensa pas; les soins antiseptiques, bains de sublimé, etc., permirent de conduire la malade jusqu'au moment, où il fut possible d'enlever les séquestres détachés de la diaphyse du tibia, c'est-à-dire jusqu'au 14 août. *On avait donc attendu un mois.* Le séquestre enlevé comprend les parties supérieure et moyenne de la diaphyse: la pièce enlevée est présentée, on voit qu'elle mesure environ 24 cent. de longueur, et que si elle comprend la presque totalité du cylindre osseux à la partie supérieure, c'est la totalité absolue pour l'extrémité inférieure. Cette dernière a été extraite ultérieurement, et au total la pièce enlevée comprend toute la hauteur de la diaphyse, sauf une bande représentant les 2/3 de la face postérieure de l'os.

Dès le mois d'août, M. Vincent cherche à remplacer l'os enlevé par un coulage de plâtre dans la gaine périostique, qui devait reconstituer la forme du tibia, exciter et diriger l'ossification, et en même temps s'opposer au glissement de la jambe en arrière du genou. Il avait eu

soin d'aviver les bords cutanés de la grande tranchée suppurante, qui allait du genou au cou-de-pied et de les suturer lâchement par dessus ce tibia en plâtre en ménageant un drainage suffisant. Cette tentative ne réussit pas ; la suppuration reparut abondante et fétide, accompagnée d'hémorrhagies par les bourgeons charnus, la température s'éleva. Obligation de faire sauter des points de suture, d'enlever la coulée du plâtre qui s'était fragmentée du reste, et de reprendre des bains de sublimé. En octobre, nouvelle tentative de réduction de la subluxation, après avoir enlevé des fragments nécrosés de l'épiphyse supérieure. Au bout de quelques jours même insuccès, le tibia, qui se régénère, et le péroné restés intacts se luxent en arrière. Découragés, on laisse les choses aller leur train. Enfin, au mois de février 1898, le tibia paraît régénéré avec luxation. M. Vincent reconnaît que la nature a reconstitué un cylindre osseux à surface rugueuse, il est vrai, comme une branche de chêne, mais enfin un bon cylindre et que, par conséquent, il est inutile de faire des tentatives comme celles qu'il a faites pour ne pas avoir une diaphyse plate en lame, puisque le périoste reproduit la diaphyse avec sa forme presque naturelle. Le nouveau tibia était fixé en arrière des condyles au fémur dans le creux proplité ; le membre inférieur a pris la forme d'une baïonnette ; M. Vincent voulut remédier à cette situation mauvaise au point de vue orthopédique et au point de vue fonctionnel.

Voici l'opération pratiquée dans ce but, le 9 février, comme il est indiqué sur l'observation :

Longueur des fémurs droit et gauche .....	0m39
Du grand trochanter droit à la malléole externe dr.	0m72
» » gauche » gauche	0m68

La tête du péroné est passée à 6 centimètres en arrière d'une ligne verticale abaissée par l'extrémité des condyles ; le tibia aussi est passé en arrière de ces condyles. Sous anesthésie on pratique l'examen de la situation des différents segments du membre. Puis on incise à environ 0m06 ; l'incision est longitudinale, et sur le bord externe du membre, elle passe entre le condyle externe et la tête du péroné. Puis à l'aide de pinces on dissèque la peau au-dessus des condyles ainsi qu'en arrière, au niveau de la tête du péroné. Quand tout est bien mis à nu, comme les cartilages juxta-épiphysaires du tibia sont malades, c'est l'extrémité supérieure de cet os, que



l'on va réséquer. Comme les os de la jambe sont en subluxation en arrière et en dehors, à l'aide de la rugine, on détache autant que possible toutes les parties molles, tous les tendons. Avec la gouge et le maillet, on fait sauter les parties supérieures du tibia. Ce qu'on ne peut plus extraire ainsi, est enlevé avec la rugine et la pince à séquestre. Puis on s'adresse à la tête du péroné qui gêne la coaptation des deux segments du membre; on l'attaque par devant pour ne pas blesser le sciatique poplité externe; avec des ciseaux on la retranche. On enlève toutes les petites parcelles osseuses restées dans le champ opératoire, ce qui est rendu assez facile parce fait qu'au début on avait placé la bande d'Esmarch. On met alors le membre dans la rectitude, le tibia en contiguité avec les condyles fémoraux. On sectionne le tendon d'Achille, le pied est maintenu à angle droit, après avoir lavé largement la plaie au bichlorure de mercure. On suture au fil métallique les parties molles en recouvrant complètement le champ opératoire au niveau de la diaphyse. Comme il y a eu perte de peau et cicatrice, les deux lambeaux latéraux ne parviennent plus à recouvrir complètement la partie antérieure de cette diaphyse. On panse à la gaze iodoformée, on desserre l'Esmarch; pas d'hémorragie artérielle, les gros rameaux n'ont donc pas été lésés. Attelle plâtrée latérale externe... »

Le 10 février, nouveau pansement; des flots de pus s'écoulaient expliquant la haute température qui se maintenait depuis l'opération. Nouvelle attelle. — Le 9 mars, le tibia se luxa en arrière; on applique l'extension continue. — Le 15 mars, la température monte à 41° le matin; on découvre un érysipèle de la région malléolaire externe gauche, on applique un pansement à la gaze iodoformée; l'érysipèle disparaît bientôt. — En juin, l'état local était excellent; la cicatrisation parfaite. La soudure du tibia régénéré avec les condyles du fémur est complète; *il s'est produit une ankylose du genou en bonne position*. Il faut bien noter que les condyles du fémur n'ont été que superficiellement abrasés pour adapter des surfaces cruentées à d'autres surfaces cruentées. On devait d'autant plus respecter l'épiphysé inférieure du fémur que la perte de l'épiphysé supérieure du tibia entraînait un déficit de la croissance présente et ultérieure très notable. Actuellement le raccourcissement total du membre est de 7 à 8 centimètres. Les mensurations en janvier 1899, sont les suivantes :

Côté sain fémur.....	41 c.	côté malade	39 c.
» tibia.....	33	»	25
» péroné.....	35	»	29
» membre MEETAS.	82	»	72
M. E — Grand troch., côté sain	75	côté malade	66

Ces mensurations ne sont justes qu'à quelques millimètres près. Il est à présumer que la différence de longueur entre les deux tibias ne diminuera pas sensiblement avec le temps. Pour cela, le tibia régénéré ne peut plus croître que par l'épiphyse inférieure, qui fournit beaucoup moins à l'allongement que la supérieure. Il est possible que l'irritation inflammatoire, produite sur l'épiphyse inférieure du tibia et l'épiphyse inférieure du fémur amène une certaine exagération dans leurs fonctions ostéogéniques ; mais cela n'est pas sûr.

M. Vincent rappelle, à propos de cette observation, qu'il a présenté à la Société de Médecine, il y a plus de 10 ans (*V. Lyon Médical*, 1887), un cas de régénération presque totale du tibia, dont le séquestre avait la même longueur (24 c.) que dans l'observation actuelle. Chez cet enfant, on avait pu sauvegarder les deux épiphyses ; l'irritation inflammatoire avait déterminé un allongement du tibia, régénéré d'un centimètre de plus que cet os ne mesurait du côté sain. M. Vincent a même observé des cas d'allongement hypertrophique, tenant à la même cause hypertrophique, après cinq ou six cas de résection de la hanche. A la suite de la résection, cet excès de croissance n'a été que momentané ; en moins d'un an, le fémur a rétrogradé et il devient, peu à peu, légèrement inférieur en longueur à son congénère. La jeune fille dont le tibia régénéré présentait, il y a 10 ans, un cent de longueur en excès, est entrée, ces derniers temps, salle St-Pierre, à l'Hôtel-Dieu, pour une ulcération de sa cicatrice, probablement due à un séquestre parcellaire, en voie d'élimination, comme il arrive souvent pour les os régénérés. Les mensurations très exactes, démontrent que le membre inférieur malade est aussi long que l'autre, que fémur et tibia ont exactement la même longueur de chaque côté.

Il ressort donc de l'examen de ce cas ancien de 10 ans :

- 1° Qu'il importe de sauvegarder les épiphyses ;
- 2° Que leur conservation fournit abondamment à la reproduction de l'os en longueur ;
- 3° Que cette ostéo-genèse peut dépasser momentanément la mesure, mais, qu'avec le temps, la production excessive se perd et qu'on arrive à l'égalité.

M. Vincent, en terminant, a remarqué que le pied de l'enfant présenté vérifie l'observation qu'il poursuit depuis longtemps, à savoir : l'action dystrophique de toutes les maladies du membre inférieur sur le pied, même les luxations congénitales, les paralysies infantiles ainsi que les arthrites prolongées, déterminent un raccourcissement du pied. Dans une série de faits suivis, M. Vincent dit avoir à peu près constamment noté aussi le raccourcissement du pied, à la suite d'inflammation diaphysaire prolongée. Le pied du côté sain, dans le cas présent, a 26 cent. de long. 23 du côté malade.

Le chirurgien fait observer que ce raccourcissement tient à des causes diverses, qui en font un raccourcissement réel ou apparent. Il y a, en effet, trois causes : 1<sup>o</sup> arrêt d'accroissement du squelette podalique, par action réflexe dystrophique ; 2<sup>o</sup> amaigrissement des parties molles, et enfin 3<sup>o</sup> la cambrure de la plante du pied, qui s'accuse davantage, par le fait du poids des couvertures.

**M. Vallas** a vu la malade de M. Vincent, c'est un très beau résultat, la pièce enlevée représentant la hauteur totale de la diaphyse et les deux tiers de sa circonférence. Le cas présenté soulève la question de la résection précoce ou de la résection tardive.

Pour lui dans les cas d'ostéomyélite aiguë il est plus interventionniste que M. Vincent. Pour lui quand il a ouvert l'abcès, il n'enlève pas la diaphyse, mais il abraze immédiatement tout ce qui est nécrosé. La nécrose est facile à reconnaître : l'os est blanc, mobile, se détache sous forme de lamelles. Dans ce cas il faut l'enlever, il ne sert qu'à l'entretien de la suppuration.

Les bains prolongés n'ont pas empêché, dans le cas de M. Vincent, la suppuration de continuer. Il aurait enlevé plus tôt la partie nécrosée. Il y a des auteurs qui résèquent hâtivement, d'autres attendent. Quand l'os ne se reproduira pas, on peut l'enlever plus tôt. Il est d'accord avec M. Vincent sur l'inutilité des greffes animales ou autres qui ne font qu'entretenir la suppuration. Chez la malade de M. Vincent le raccourcissement pourra diminuer, l'épiphyse inférieure du tibia étant très fertile. Elle aurait même valeur fertile que l'épiphyse supérieure d'après les mensurations de M. Mondan.

**M. Albertin.** — On peut, dans ces cas d'ostéomyélite aiguë bi-polaire du tibia, se trouver en présence de deux formes suivant la période d'évolution ; tantôt la

diaphyse est totalement isolée et la résection est faite spontanément ; tantôt une portion seulement de l'os est dénudée et l'incision du sac purulent formé par le périoste montre que la diaphyse adhère encore au périoste. Je suis partisan de retarder l'ablation de la diaphyse malade, mais à la condition de mettre à nu le canal médullaire par une longue tranchée reliant les régions épiphysaires. De la sorte, on évitera la rétention du pus dans le canal de la moelle osseuse, on favorisera l'élimination des parties malades, en même temps que la revivification des portions osseuses incomplètement nécrosées. Il ne faut pas compter sur les greffes pour la réparation osseuse, c'est le périoste qui la fait en même temps que l'os conservé sert de guide à l'ossification.

**M. Gangolphe.** — En pratique la question n'amène pas de divergences, mais c'est en théorie. Il y a 10 à 12 ans à Paris, on fit de nombreux travaux sur la résection hâtive ; il se souvient seulement du mémoire de Gérard Marchand. Il a vu le malade, avant Gérard Marchand ; il avait été opposé à une ablation hâtive. Il a vu le malade après, atteint d'une pseudarthrose. Dans le cas d'ostéomyélite infectieuse, il débride le phlegmon osseux, il incise le périoste d'un bout à l'autre, ouvre par une tranchée l'os malade. Parfois la température persiste quand même (comme dans le cas de Gérard Marchand), dans ce cas on ne résèque pas l'os, mais on l'ouvre.

M. Gérard Marchand n'aurait pas eu de pseudarthroses, s'il s'était contenté d'ouvrir les aréoles de l'extrémité supérieure du tibia et toute sa diaphyse. Il ne faut pas se hâter d'intervenir par la résection, même s'il y a de la température.

La décoloration de l'os est un bon indice de nécrose ; elle est due au décollement du périoste et à l'ischémie ; cependant des fragments osseux qui à l'œil, paraissent morts, peuvent encore être utiles. Il aime mieux une expectation prolongée qu'une intervention hâtive. Le parti à prendre est entre les deux extrêmes.

**M. Vincent** répond que M. Gangolphe a bien résumé l'état de la question. En pratique nous sommes, à Lyon, tous d'accord ; mais ailleurs on a proposé d'extirper les os dont le périoste est décollé par un processus ostéomyélitique grave. C'est contre cette pratique que M. Vincent s'élève. Pour lui la conduite à tenir dans un cas grave est la suivante : inciser largement le périoste, trépaner le canal médullaire sur toute son étendue ; ce qu'il appelle transformer le tibia en flageolet ; réunir au

besoin ces trous pour faire un canal ouvert en tranchée. Il faut combattre l'infection par des bains de sublimé; il ne faut pas enlever hâtivement une diaphyse parce que le périoste est décollé, sans quoi on s'expose à enlever des portions d'os, qui échapperont à la nécrose et qui auraient servi à la régénération des parties mortes. Il faut attendre; une ablation hâtive expose à avoir un membre impotent. ménager les épiphyses ce qui n'empêche pas d'ouvrir les foyers qu'elles renferment. Il faut attendre que les parties nécrosées soient mobiles.

\*\*\*

### TUMEUR SUS-STERNALE PROBABLEMENT ANÉVRYSMALE

**M. Gangolphe** présente un malade atteint d'une tumeur sus-sternale. C'est un homme de 60 ans, éthylique, porteur d'un chancre dont on ne peut affirmer la nature spécifique. Très vigoureux, il a maigri cependant depuis un certain temps. Depuis douze ans il présentait une tumeur du volume d'une noix, au niveau de l'extrémité supérieure du sternum. On ne sait si elle adhérait ou non au sternum, si elle suivait les mouvements de déglutition. Elle n'a jamais présenté de poussée inflammatoire. Depuis quinze à dix-huit mois, elle a pris un volume considérable, plus encore qu'il ne paraît, car elle s'est développée dans le médiastin. En même temps le malade a des accès de suffocation nocturne et des accès de toux. Cette tumeur, bizarre de forme, saille entre les deux sterno-cleido-mastoïdiens, plonge dans le médiastin, comprime surtout le sympathique: myosis, diminution de l'accommodation à droite, et de l'acuité visuelle. Ni douleur, ni inflammation du côté de la tumeur, mais elle est animée de battements, expansive, et on entend un souffle. Il voudrait connaître l'avis de ses collègues sur le diagnostic à poser et le traitement à instituer. On peut, au sujet du diagnostic, poser trois hypothèses:

1° Celle d'une tumeur du corps thyroïde devenue anévrysmatique, mais l'indépendance par rapport au corps thyroïde, le refoulement de la clavicule droite et du sternum, l'expansion plus nette que dans les goitres vasculaires sont contre cette hypothèse.

2° Celle d'une tumeur osseuse télangiectasique serait plus vraisemblable.

3<sup>o</sup> Celle d'un anévrisme de la base du cou, peut-être le tronc brachio-céphalique artériel. Les pouls radial et temporal du côté droit sont plus petits qu'à gauche sans asynchronisme. On a des signes de compression veineuse. Il se range plutôt à cette troisième hypothèse.

La radiographie a montré une tumeur intra-thoracique paraissant refouler le cœur et le péricarde et animée de battements.

Quelle doit être, dans ce cas, l'intervention? D'abord il va mettre le malade au repos complet, lui donner de l'iodure de potassium. Si, néanmoins, la tumeur marche vers l'ulcération spontanée, il pratiquera l'opération de Brador. Du reste le pronostic n'en reste pas moins le même.

**M. Chandelux.** — La méthode de Valsava n'a pas toujours donné des résultats. Il se rappelle, étant interne, le cas d'un malade mort de cancer de l'œsophage, porteur d'un anévrisme sacciforme de l'aorte sans aucun caillot dans la poche. C'était cependant un cas qui avait réalisé la méthode de Valsava. Le malade mourut d' inanition.

**M. Fochier.** — Est-ce qu'on ne pourrait pas utiliser, dans ce cas le traitement par la gélatine en injections?

**M. Gangolphe** n'a pas encore assez étudié la question avant de prendre un parti. Il rappelle un cas d'anévrisme de l'artère vertébrale qui faillit le mener à une erreur de diagnostic et de thérapeutique. Chez une femme âgée, amaigrie, au teint jaune, avec paraplégie douloureuse, il trouva une tumeur dans la région sous-occipitale. Il pensa à un ganglion ou à une lésion tuberculeuse, et il décida de faire une injection d'éther iodoformé. Mais, auparavant, il fit une ponction exploratrice, il retira un liquide rougeâtre avec débris fibrineux, il pensa à un sarcome développé dans les muscles de la nuque. Douze jours plus tard, la malade mourait. A l'autopsie il trouva un anévrisme de l'aorte, de l'iliaque externe, de la vertébrale, qui avait en arrière un prolongement dans la région de la nuque. L'étroitesse de la communication entre la tumeur extérieure et l'artère vertébrale expliquait l'absence de battement et de souffle.

**M. Fochier.** — Du traitement par l'iodure il faut rapprocher celui par le calomel à petites doses (Bouchard); il a vu guérir ainsi un anévrisme aortique dans le service de ce dernier.

**M. Chandelux.** — Il faut donner jusqu'à quatre et cinq grammes par jour d'iodure de potassium. Dans un cas d'anévrysme de la crosse aortique ainsi traitée, il a vu la diminution de la tumeur et des douleurs pendant quatre ans. Le malade a fini par mourir cachectique mais sans rupture de la poche anévrysmatique.

**M. Vincent** n'a jamais vu de cas analogues à celui que vient de présenter M. Gangolphe et qui commande l'expectation; il se rappelle avoir été consulté par un officier supérieur de l'armée que l'on croyait atteint d'un mal de Pott, et qui portait depuis longtemps déjà un corset *ad hoc*. Il était voûté, mais sa cyphose n'était pas angulaire. C'était à l'époque où M. Vincent avait publié ses procédés de trépanation et de drainage de la colonne dans le mal de Pott.

On venait lui demander d'opérer ce malade; l'application de la main sur les côtés de la gibbosité fit découvrir un battement anormal et un certain bruit de souffle. Ces signes avaient déjà été relevés par divers chirurgiens, mais ils pensaient que les abcès par congestion étaient animés par des battements par le voisinage de l'aorte et que, par contre, la pression subie par l'aorte donnait lieu à un souffle. Le cas était difficile. L'observation attentive de ce malade permit d'éliminer le diagnostic d'abcès par congestion; du reste, un chirurgien avait fait une ponction capillaire qui n'avait donné que du sang. Jamais on n'a observé de mal de Pott, d'abcès par congestion usant les côtes, les écartant; il y a une fluctuation et une cyphose tout à fait caractéristiques. Autre point: le général souffrait horriblement; il ne pouvait avoir de repos qu'en usant et abusant de la morphine. On ne voit pas pareilles douleurs dans la carie vertébrale et cette maladie n'a pas été, jusqu'à présent, notée à l'âge des généraux. En faisant des recherches, M. Vincent a trouvé un cas comparable d'anévrysme de l'aorte descendante dans un cas de l'Encyclopédie internationale d'Ashurt.

Le malade de M. Vincent fut soumis au traitement de l'iodure de sodium jusqu'à 15 gr. par jour; le résultat fut nul; la cachexie et les douleurs continuèrent et M. Vincent ignore les phénomènes qui déterminèrent la mort.

Séance du 26 janvier 1899. — Présidence de M. FOCHIER.

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du 19 janvier 1899.

Le procès-verbal est adopté.

\*\*\*

**GREFFES DERMO-ÉPIDERMIQUES D'OLLIER, RÉSULTAT  
DATANT DE 2 ANS 1/2.**

**M. Nové-Josserand** présente une malade sur laquelle il a pratiqué au mois de septembre 1896, l'ablation d'une épithélioma de la face externe de la cuisse gauche, développé sur la cicatrice d'une brûlure ancienne.

La plaie fut pansée à plat, sans réunion, et, au bout de quinze jours, sur la surface bourgeonnante, on appliqua des greffes dermo-épidermiques prises sur la cuisse du côté opposé. La plaie mesurait alors 13 centimètres de longueur sur 9 de hauteur ; les lambeaux greffés au nombre de 8, juxtaposés, présentaient les dimensions suivantes :

Lambeau n° 1	longueur 3 cent.	largeur 2 cent.
— n° 2	— 3 cent.	— 2 cent.
— n° 3	— 4 cent.	— 2 cent.
— n° 4	— 6 c. 1/2	— 4 cent.
— n° 5	— 6 cent.	— 2 cent.
— n° 6	— 6 c. 1/2	— 2 c. 1/2
— n° 7	— 5 cent.	— 3 cent.
— n° 8	— 2 cent.	— 2 cent.

Tout en étant de vrais lambeaux dermo-épidermiques, c'est-à-dire n'atteignant pas en profondeur la limite du derme, ces lambeaux étaient pourtant d'épaisseur variable. Les lambeaux 1, 3 et 5 étaient minces. Les 5, 6, 7, 8, d'épaisseur moyenne. Enfin, les lambeaux 2 et 9 étaient les plus épais. Réunion par première intention : Au bout de quinze jours, la malade quittait le service ; sa plaie était complètement cicatrisée.

Actuellement, près de deux ans 1/2 après l'opération, on trouve l'état suivant : La cicatrisation est demeurée



complète, il ne s'est fait aucune ulcération secondaire; cependant les conditions dans lesquelles se sont trouvées les greffes, ont été des plus défectueuses. La malade, atteinte d'albuminurie, a présenté, à plusieurs reprises, de l'œdème des membres inférieurs, sans observer, au niveau de sa cicatrice, aucun phénomène autre qu'une tension plus forte à ce niveau, la greffe restant adhérente profondément et ne se laissant pas soulever par l'œdème.

D'une manière générale, la peau que recouvre la cicatrice a de la tendance à fabriquer en quantité excessive des squames, qui s'accumulent en petites croûtes, faciles à enlever par un simple lavage avec un corps gras. La peau apparaît alors, rosée, et l'on reconnaît nettement les limites de la plupart des lambeaux marqués par une petite crête d'aspect cicatriciel. Au contraire, la surface des greffes elles-mêmes présente à peu près les caractères de la peau normale.

La seule particularité à noter est que les lambeaux 1 et 2 se sont fusionnés et que le petit lambeau 9 n'est pas resté distinct.

La mensuration de la plaie et des lambeaux donne le résultat suivant: Longueur totale, 114 m/m; largeur totale 100 m/m.

Lambeaux 1 et 2 fusionnés	long.	54 m/m	larg.	15 m/m
— 3	—	34 m/m	—	22 m/m
— 4	—	71 m/m	—	31 m/m
— 5	—	63 m/m	—	20 m/m
— 6	—	75 m/m	—	27 m/m
— 7	—	64 m/m	—	25 m/m
— 8	—	51 m/m	—	33 m/m

On voit donc, en comparant ces dimensions à celles qui ont été données plus haut, que la plaie s'est légèrement élargie, 10 centimètres au lieu de 9, et raccourcie, 11 1/2 au lieu de 13, mais que, d'une façon générale, ses dimensions sont demeurées sensiblement les mêmes; elle n'a donc pas subi de rétraction secondaire. Il en est de même pour les greffes prises en particulier, qui, à part quelque différences, ont aussi gardé leurs dimensions primitives.

Au point de vue des rapports de la greffe avec les tissus sous-jacents, l'examen montre que presque partout le transplant repose directement sans interposition d'un tissu cellulaire sous-cutané, susceptible de lui donner la souplesse et la mobilité de la peau normale. Seule une greffe (3) présente ce caractère, encore à un faible degré vers le milieu de la plaie, le transplant repose directement

sur le musculaire auquel il est uni par une adhérence assez intense pour être assez fortement tirillée à chaque contraction du muscle.

M. le Dr Martel a bien voulu faire une étude minutieuse de la greffe au point de vue de ses propriétés physiologiques, sensitives et sécrétoires. Voici le résumé de son examen.

La sensibilité au contact simple est obtuse d'une façon générale sur toute l'étendue de la greffe; elle est tout à fait nulle dans la région du centre et en plusieurs points de la périphérie. Le contact appuyé ou la pression est perçu presque partout, mais donne une sensation peu nette, comparable, dit la malade, à celle que donnerait le contact à travers un carton mince. Sur une zone limitée de la partie supérieure de la greffe, la pression, même légère, détermine des sensations douloureuses d'écorchure ou de déchirure. Il faut noter que la malade ressent spontanément des douleurs correspondant à sa cicatrice, mais ce sont des douleurs profondes, osseuses, dit la malade.

La piqûre est facilement ressentie et ne se différencie pas de la sensation de contact. En aucun point on ne peut obtenir d'une façon nette, la sensation de double contact.

Enfin le chaud et le froid ne sont perçus également que comme contact et non comme sensation spécialisée.

En somme, la sensibilité de la greffe paraît surtout due aux plans profonds et il est douteux qu'elle ait une sensibilité propre, analogue à celle de la peau normale.

Les fonctions glandulaires sont également peu développées, sinon nulles. On trouve quelques poils grêles. L'étude de la sécrétion sudorale a été faite, d'après la méthode de M. Aubert, en appliquant des papiers impressionnés par les vapeurs d'iode, sur la peau de la greffe et de la région correspondante de l'autre cuisse, après une injection de pilocarpine. L'épreuve obtenue montre quelques rares points noirs correspondant à des glandes, mais ils sont extrêmement peu nombreux si on les compare à ceux fournis par le côté sain.

En résumé, dans ce cas, la greffe faite d'après la méthode de M. Ollier, a donné un très bon résultat chirurgical. Elle a persisté, en temps que greffe, depuis deux ans et demi, malgré les conditions très défectueuses de santé générale de la malade et les œdèmes répétés, elle ne s'est pas ulcérée et n'a été le siège d'aucune rétraction secondaire, soit dans son ensemble, soit dans ses éléments constitutifs en particulier.

Mais, au point de vue physiologique, elle reste encore très différente de la peau normale, par sa sensibilité diffuse et non différenciée et la pauvreté pour ne pas dire l'absence de ses fonctions sécrétoires.

**M. Fochier.** — La greffe dermo-épidermique se borne quelquefois à superposer un lambeau de derme souple à une cicatrice plus ou moins rétractile qui se continue au-dessous du lambeau greffé. Il semble qu'en un point très limité, il y ait sur l'opéré de M. Nové-Josserand un froncement permanent du derme caractéristique de cette superposition, mais le résultat général est très remarquable.

**M. Rochet.** — Est-ce que pour éviter l'adhérence des greffes aux muscles, on aurait pu tenter les greffes par approche ? De plus, qu'est-ce que M. Josserand entend par greffes dermo-épidermiques ? En effet, sous ce terme, les uns désignent la prise seule de l'épiderme, d'autres enfin, dépassent le derme et vont jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané.

**M. Nové-Josserand** ne sait pas si la greffe par approche eût pu éviter l'adhérence profonde et, de plus, il était, par ce procédé, difficile de combler la large perte de substance.

Il distingue trois ordres de greffes :

- 1° Celles de Reverin : prise seulement de l'épiderme ;
- 2° Celles d'Ollier et Thiersch, comprenant l'épiderme et une certaine étendue du derme. Dans ce cas, on ne prend pas le derme en totalité, il ne reste pas de cicatrice au point de prise. C'est cette méthode qu'il a employée dans son cas.
- 3° Celles de Krause, prenant la peau dans toute son épaisseur. Il se rappelle le cas d'un petit malade qu'il opéra, il y a trois ans, à la Charité. Il avait une adhérence cicatricielle du bras au thorax, consécutive à une brûlure. Il libéra le bras, il y avait sur le thorax une plaie large de deux mains, il fit une série de greffes dermo-épidermiques. Mais la mobilité très grande de la région ne permit pas aux greffes de rester indivis et il y eut cicatrice, ce qui n'arriva pas dans le cas présenté. Il ne croit pas que, par un autre procédé, il eût pu obtenir le même résultat sans un étranglement plus marqué de la cuisse.

### FLUCTUATION D'UNE TUMEUR SOLIDE DE L'UTÉRUS

**M. Fochier** présente une grosse tumeur utérine (5 kilos) enlevée la veille, et qui était remarquable par sa fluctuation, en prenant ce mot dans son sens habituel.

Sur la table, on perçoit encore la transmission du *flot* à la percussion, et des pressions exercées sur une large surface. Mais en compressant fortement la tumeur, en y établissant, par le fait, une tension élevée, on cesse de percevoir la transmission à une main des pressions exercées par la pulpe des doigts de l'autre. De plus, dans ces conditions, la résistance de la tumeur n'est pas *absolue*, c'est-à-dire que le doigt qui exerce une pression sur la tumeur fortement compressée, n'en reçoit plus une contre-pression rigoureusement égale à l'effort exercé.

Ce sont là deux signes auxquels il faut attacher plus d'importance qu'au *flot* et à la fluctuation recherchés par les procédés habituels.

Ils permettent d'affirmer la solidité de tumeurs en apparence liquides et, inversement la liquidité du contenu de certaines poches très tendues qu'on croit être des tumeurs solides.

La tumeur est probablement un fibrome ramolli, œdémateux, télangiectasique comme le prouvent les nombreux vaisseaux que l'on peut voir sur la section de l'utérus, et la quantité considérable de sang qui s'en est écoulée pendant et après la section. Ce que j'affirme, c'est que s'il y a quelques parties kystiques, ces kystes sont petits, tandis que la tumeur paraît fluctuante dans sa totalité.

Je ferai remarquer que j'ai enlevé la tumeur en faisant un pédicule externe. J'admets bien maintenant l'hystérectomie totale comme indiquée dans la majorité des cas de fibromes, mais je ne comprends pas pourquoi on ferait courir quelques chances de mort de plus à une malade profondément anémiée, en prolongeant l'opération qui peut être menée à terme en quelques minutes, lorsque le pédicule est facile à constituer sans tiraillements. Par contre, je n'ai pas compris pourquoi M. Jaboulay ne pratique pas la section de l'utérus qu'il extrait de l'abdomen et pédiculise au niveau de la paroi. La section de l'utérus ne présente aucune aggravation de l'intervention.

**M. Condamin**, tout en admettant le pédicule externe dans certains cas, pense que, le diagnostic étant celui de sarcome, M. Fochier aurait dû pratiquer l'hystérectomie totale, une partie de la tumeur ayant pu rester dans le pédicule.

**M. Fochier**. — D'abord il s'agit plus probablement d'un fibrome mou télangiectasique, mais, serait-ce un sarcome, que la section n'en aurait pas moins été opérée très loin de la tumeur. Le sarcome utérin est souvent très nettement encapsulé ; il peut coexister avec de gros fibromes, et l'affirmation du diagnostic sarcome ne doit pas faire repousser l'hystérectomie avec pédicule lorsque, pour d'autres motifs, elle présente de sérieux avantages.

**M. Condamin** a pratiqué une fois l'hystérectomie totale par la méthode de Doyen. Il eut alors l'occasion de la comparer avec l'hystérectomie avec pédicule. Il avait en effet deux malades qui avaient subi cette dernière intervention pour fibrome utérin. Les suites opératoires différaient dans les deux cas. Les deux malades traitées par l'hystérectomie partielle avec pédicule externe étaient à trois semaines et à un mois de l'opération et avaient encore des troubles ; l'une d'elles eut même une température de 41°. Le sujet qui avait subi le Doyen allait à peu près bien six jours après l'intervention. Si le procédé avec pédicule est plus simple, si on est plus rassuré sur le résultat, celui de Doyen donne des résultats plus rapides. Il n'en n'accepte pas moins la méthode avec pédicule externe.

**M. Guilloud** est partisan de l'hystérectomie totale. Il se rallie cependant à la pratique préconisée par M. Fochier toutes les fois que la malade est affaiblie. L'hystérectomie abdominale totale expose à l'infection. Aussi, pour éviter celle-ci, il avait proposé l'hystérectomie abdominale totale sans ouvrir le vagin. Il décortiquait l'utérus, l'allongeait en le tirant en haut, sans ouvrir le vagin, faisait une ligature séparée des artères, plaçait deux pinces courbes sur le col et amputait au thermo-cautère. Ce procédé n'est pas toujours facile à appliquer, il ne peut être employé que dans les cas où la tumeur est développée dans le bassin et le col élevé.

Le danger de l'hystérectomie totale est aussi dans la perte de sang plus considérable. Dans le cas de fibrome chez une femme anémiée, l'hystérectomie avec pédicule externe est préférable. Dans l'hystérectomie totale, pour obvier à l'hémorrhagie, on peut faire quatre pédicules.

**M. Condamin.** — En agissant comme Doyen, c'est-à-dire par la ligature des artères et en laissant au sang veineux le temps de rentrer dans la circulation générale, on a une perte de sang moindre.

**M. Fochier.** — Dans les fibromes, l'hystérectomie totale est la règle, l'hystérectomie partielle avec pédicule, l'exception.

Cependant, si par l'exploration on juge qu'on peut faire un pédicule qui ne tire pas, il faut, dans les cas semblables, suivre la méthode avec pédicule. Quant au procédé des quatre pédicules de M. Goullioud, il ne rassure pas sur l'hémorrhagie possible. Il faut compter avec les communicantes, avec les vaisseaux du ligament large, il faudrait ligaturer tout ce dernier ligament. Les données anatomiques sur la disposition vasculaire ne sont pas fixes : il y a des anastomoses multiples entre les utérines et les utéro-ovariennes, comme l'a montré M. Destot. Et dans le cas de tumeur télangiatisique, elles deviennent volumineuses.

La section de la tumeur pratiquée à ce moment par M. Fochier montre qu'il s'agit d'un sarcome avec quelques formations kystiques, dont la plus volumineuse atteint la grosseur d'un œuf. Il n'en est pas moins vrai qu'il faut, si l'état général le commande, faire un pédicule externe. Du reste, dans ce cas, la tumeur a été largement dépassée.

---

*Séance du 2 février 1899.* — Présidence de M. OLLIER.

---

**M Albertin**, secrétaire, lit le procès verbal de la séance du 26 janvier 1899. *Le procès verbal est adopté.*

\*\*\*

#### LYMPHO-SARCOME GÉNÉRALISÉ AVEC TUMEUR ORBITAIRE

**M. Gayet.** — En retardant la présentation que je vais faire d'un malade que je crois intéressant, j'aurais pu approfondir encore mon examen et serrer de plus près mon diagnostic ; mais j'aurais perdu l'avantage que je recherche : celui de m'éclairer des opinions de mes collègues, inspirées par la vue du patient juste au point de

sa maladie où il est arrivé et de me laisser guider dans mes investigations vers les points précis à élucider.

P..., Jean-Claude, âgé de 61 ans, habitant la commune de Riverie où il exerce la profession de cultivateur, entre à la clinique ophtalmologique le 30 janvier 1899.

En juillet 1896, il a été jeté à terre par son cheval emballé; il perdit connaissance pendant quelques instants et put s'apercevoir qu'on le transportait chez lui. Il resta quelques jours au lit, au bout desquels il crut pouvoir sortir. Il s'aperçut tout de suite d'une particularité curieuse: il ne pouvait suivre son droit chemin et se portait invinciblement tantôt à droite, tantôt à gauche. Il fut obligé de se remettre au lit et son médecin lui fit appliquer un topique entre les deux épaules. Ce topique fit beaucoup d'effet et, aussitôt, il se produisit une éruption de furoncles très volumineux, très douloureux, à gros bourbillons, qui se succédèrent jusqu'au mois d'octobre.

Ils reparurent les deux années suivantes, particulièrement en novembre et décembre et la dernière éruption ne manqua pas, mais moins grave. Nous retrouvons la trace de l'un d'eux au niveau du coude droit; il a guéri après avoir laissé sortir un petit bourbillon que le patient a arraché.

Du 8 au 12 janvier 1899, P... va, par la pluie, couper un arbre et se mouille toute la journée. Pris de malaise, il s'aperçoit, le soir même, qu'il est farci aux aisselles, au cou, à l'aîne et au ventre de *petites boules* sous la peau, ou faisant corps avec elle, presque indolores. En même temps (il lui a été impossible de préciser si c'était avant ou après), il s'aperçut qu'il voyait double. Pendant quelque temps il se soigne chez lui, et finit par entrer à l'Hôtel-Dieu où nous le voyons le 30.

Nous constatons de suite que le patient, petit, faible, de constitution plutôt chétive, est un peu jaune et d'aspect légèrement cachectique. Son œil droit est refoulé en dehors et en bas. S'il vous regarde avec cet œil, la pupille gauche se dévie en haut, si, au contraire, c'est l'œil gauche qui regarde, l'œil droit se dirige en bas. Pour cet organe, les mouvements sont très restreints, surtout en dedans, puis en haut. La vue est à peu près normale des deux côtés, la diplopie cesse avec l'oblitération d'un œil, le droit ou le gauche, indifféremment.

En observant le malade de près on reconnaît la présence, dans l'orbite droite, d'une tumeur de volume d'une grosse amande située derrière le plan musculaire et

aponévrotique de la paupière, et fortement fixée à la partie supérieure de la paroi interne de la cavité osseuse. C'est cette tumeur qui dévie l'œil en bas et en dehors, et qui provoque la diplopie,

Il est impossible de ne pas rattacher cette tumeur ferme, irréductible, qui, tout en déplaçant l'organe visuel, le laisse intact et en possession de presque toute son acuité, avec le système de celles que nous avons reconnues sous la peau, dans les régions les plus diverses; d'autant plus qu'elle est apparue, en même temps que celles-ci, dans la seconde huitaine de janvier. Ces tumeurs sous-cutanées et cutanées, se présentent sous l'aspect suivant : dans la région ombilicale, nous en trouvons un premier groupe, grosses comme des pois, les unes entièrement mobiles, les autres commençant à adhérer à la face profonde de la peau. Quelques autres semblables se rencontrent dans le flanc, et sur la paroi postérieure de l'aisselle droite. Celle qui paraît arriver au maximum de développement siège au niveau de la fosse sus-épineuse droite. Elle a le volume d'une grosse amande, fait corps avec la peau et celle-ci présente une coloration rouge violacé qui permet de croire à la possibilité d'une prochaine ulcération.

De quelle nature sont ces tumeurs, c'est ce qu'il importe de déterminer.

Par leur siège dans la région cervicale, sus-claviculaire, axillaire et inguinale, un bon nombre d'entre elles nous apparaissent comme procédant de l'hypertrophie ganglionnaire et ressemblent à ces tuméfactions que l'on voit se produire dans les glandes, qui correspondent à une région enflammée. Si nous trouvions en même temps qu'elles des furoncles à la face, aux bras ou aux jambes, nous n'éprouverions aucune surprise. Nous ne pouvons pas nous contenter d'une notion aussi simple, en songeant à toutes les nodosités développées sous la peau autour de l'ombilic, au bord du grand rond ou sous la peau de l'abdomen, où aucun ganglion n'est signalé. Nous nous en contentons bien moins encore en songeant à la forme aplatie de bon nombre de ces tumeurs et à la façon dont deux d'entre elles sont venues intéresser la peau.

On dirait que la surface de ces tumeurs et la face profonde du tégument se sont soudées, avec une délimitation très nette de cette soudure et une rougeur qui ne ressemble en rien à l'adhérence inflammatoire que con-



tracte, avec la peau, un ganglion lymphatique qui va suppurer.

Si beaucoup de nos tumeurs sont ganglionnaires, elles ne le sont pas toutes, et si on veut invoquer, pour les autres, une origine lymphatique, il faut admettre qu'elles sont nées peut-être sur le trajet des vaisseaux.

Nous devons aussi prendre garde à notre tumeur orbitaire et nous souvenir que, jusqu'ici, on n'a pas trouvé dans l'orbite trace de vaisseaux lymphatiques ou de ganglions.

En 1886, j'ai publié une observation de lymphome orbitaire caractérisé par deux tumeurs symétriques et j'ai pu trouver, épars dans la science, quelques faits analogues de lymphomes doubles et symétriques qui m'ont permis d'invoquer la symétrie comme caractères de ce genre de tumeur. Chez mon malade actuel, rien ne défend de croire qu'un jour une nouvelle tumeur apparaîtra dans son orbite gauche; mais, sans insister sur cette supposition qui ferait penser à une pétition de principes, je dois faire observer que les caractères locaux et la marche de la tumeur, que j'observe, me font songer aux lymphomes orbitaires que j'ai observés.

En somme, mon patient aurait été frappé, au début de janvier, de manifestations néoplasiques d'ordre lymphatique. Les unes ont touché les ganglions dans les régions où elles sont abondantes, les autres se sont développées dans le tissu cellulaire sous-cutané, une autre enfin apparaissait dans l'orbite.

Est-il à supposer qu'il y en ait d'autres dans quelques organes internes? Je ne puis pas l'affirmer, car je n'en ai pas rencontré d'une manière indubitable. Il n'y en a pas dans le testicule et si la rate est peut-être un peu grosse, la chose n'est pas hors de doute.

Le sang a son nombre de globules rouges, les blancs auraient augmenté, d'après une seule analyse, de 3 à 15 %. L'état, un peu cachectique du malade, peut faire craindre que l'avenir ne nous réserve quelque fâcheuse constatation.

Ces considérations et l'impossibilité de supposer une de ces mélanoses rapides dont nous n'apercevons pas l'origine, étant donnée l'intégrité de l'œil, nous conduisent à penser à une de ces affections étudiées depuis longtemps et malgré cela très obscures encore, avec lymphadénomes, mais avec lymphadénomes combinés avec une néoplasie plus maligne encore : le sarcome. Le

diagnostic auquel nous nous arrêtons est donc celui de lympho-sarcome.

Un point aussi intéressant que celui de la nature du mal est celui de son origine.

Depuis plusieurs années on penche à lui attribuer une source infectieuse ; M. Guillermet, dans une thèse inspirée par M. Bard, et MM. Lannois et G. Roux dans un mémoire publié en commun penchent vers cette interprétation, défendue par Ruœler dans sa thèse et par Delbet. Mon observation serait cliniquement très favorable à cette manière de voir. Le patient a subi, à la suite d'une copieuse suppuration du dos, une éruption furonculaireuse très dure et ayant persisté pendant deux mois. Deux années de suite cette éruption s'est renouvelée et il y a un mois, elle a été close par une poussée de tumeurs ganglionnaires et sous-cutanées, dont l'évolution se poursuit avec des caractères menaçants. En la suivant pas à pas et en essayant d'en transmettre les produits à des animaux, nous pourrions peut-être savoir si l'hypothèse d'une action engendrée par le staphylocoque ou le streptocoque ou tel autre agent infectieux mérite de passer à l'état de fait acquis.

**M. Condamin.** — Est-ce que M. le professeur Gayet, en présence de ces manifestations multiples et de la coloration de la peau n'a pas songé à la mélanose ?

**M. Gayet.** — Il n'y a pas de pigmentation mélanique et j'ai éliminé la nature mélanique de l'affection, à première vue du moins.

**M. Chandelux.** — M. Gayet a fait une allusion à une observation dont j'ai eu à faire l'examen histologique. Je peux y ajouter deux autres faits et je demande de renvoyer la discussion à la prochaine semaine où j'apporterai les documents, que je veux soumettre à la Société.

\*\*\*

#### DES LÉSIONS ANATOMIQUES DE L'AFFECTION DITE « PIED FORCÉ DU SOLDAT »

**M. Chapotot** lit un mémoire rédigé en collaboration avec M. Boisson, médecin-major.

**M. Ollier.** — Le mémoire de M. Chapotot sera soumis à l'examen d'une commission composée de MM. Gangolphe, Rochet et Guillaud.

*Séance du 9 février 1899.* — Présidence de M. le prof. FOCHIER

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du 2 février. *Le procès-verbal est adopté.*

\* \* \*

### DÉFORMATION SINGULIÈRE DU POIGNET INEXACTEMENT DÉNOMMÉE SUBLUXATION SPONTANÉE

**M. Gangolphe.** — J'ai l'honneur de vous présenter deux sujets, la mère et la fille, porteurs d'une déformation singulière des poignets, décrite par Madelung, en 1878, puis par Félix (1884, Thèse de Lyon : Etude sur la subluxation spontanée du poignet en avant).

Je me hâte de dire que cette dénomination est inexacte, les surfaces articulaires ne cessant pas d'être en contact.

Voici, du reste, les observations de mes sujets.

L'examen des radiographies démontre absolument l'inexactitude du terme de subluxation employé par Madelung et Félix ; mais je réserve encore mon opinion définitive sur leur interprétation, désirant en faire reprendre dans de nouvelles poses et les comparer avec des poignets normaux.

Ce que je mettrai en relief aujourd'hui, ce sont les principaux traits de cette déformation, de cette affection, devrait-on dire.

En lisant nos observations, celles de Félix, de Madelung, on voit que c'est le plus souvent dans la jeunesse, au moment où le squelette s'accroît, que se manifestent les premiers symptômes, ordinairement vers 10 ou 13 ans, exceptionnellement après 20 ans ; encore est-il à peu près certain que, dans ces cas, la déformation était depuis longtemps acquise et tolérée jusqu'au moment où un surmenage l'a rendue plus manifeste.

Le sexe féminin est frappé de préférence ; en outre, l'affection est bilatérale très souvent.

La déformation précède-t-elle la gêne fonctionnelle ? Ceci paraît discutable. Chez un de nos malades la douleur a commencé à se manifester en même temps que la déformation, pour devenir très pénible au moment où elle fut mise en apprentissage de brodeuse.

Cette gêne fonctionnelle et ces douleurs sont devenues telles que la mère a dû nous amener sa fillette. Nous savons qu'elle-même, dans sa jeunesse, s'était présentée, à plusieurs reprises, à la Charité, pour le même motif.

La maladie, chez nos deux sujets, s'est présentée en dehors de tout surmenage; elle a été seulement rendue plus évidente quand ces malades se sont mises au travail, ce qui n'a rien que de très naturel.

L'examen clinique complet démontre qu'il n'y a aucune trace de rachitisme, pas de *genu valgum*, pas de pied plat.

Avec Léon Tripier, qui inspira la thèse de Félix, thèse à laquelle je collaborais aussi en fournissant la notion du travail de Madelung, nous rangerons cette déformation dans le groupe des affections liées à des troubles dans l'accroissement du système osseux, le *genu valgum* par exemple. Quant à sa pathogénie, je ne vous rappellerai pas les diverses théories qui ont été émises. Celle que j'adopterai plutôt est la suivante. Les muscles fléchisseurs de l'avant-bras ont une prédominance marquée sur les extenseurs; ceci est indiscutable. Il est possible que, chez certains sujets, cet équilibre, déjà rompu en faveur des fléchisseurs, le soit encore davantage. Dès lors, au repos, par simple tonicité, *a fortiori* pendant les mouvements, une pression plus forte s'exerce sur la partie antérieure palmaire du cartilage de conjugaison et entrave son développement permettant à la moitié postérieure dorsale de se développer à son aise. Dès lors, l'épiphyse motive le changement de direction, l'orientation de la jointure sera reportée du côté palmaire simulant une enfin, l'influence manifeste de l'hérédité, qui n'a pas été signalée dans d'autres cas.

L'examen de la mère montre que ces déformations, après avoir entravé le travail, finissent par être assez bien supportées; on ne doit donc pas songer à une intervention grave. L'ostéoclasie, l'ostéotomie qui seraient possibles chez des adultes me paraissent contre-indiquées à cause des troubles dans la croissance qui pourraient en être la conséquence. On a, du reste, toujours le temps d'y recourir, mais j'ai l'intention d'employer des appareils orthopédiques et d'abord de faire la ténotomie des deux tendons du cubital antérieur. Peut-être qu'en modifiant les pressions qui s'exercent actuellement au niveau du cartilage de conjugaison nous obtiendrons un bon résultat. En tous cas, nous n'aurons rien compromis.

J'ajoute que je n'ai pas fait de recherches bibliographi-

ques, mais que je n'ai rien lu dans les classiques qui me fasse croire que les publications de Madelung et de Félix aient été suivies de nouveaux travaux. Je suis persuadé que de nombreux cas analogues doivent exister ; mais si les douleurs sont peu marquées les sujets ne se plaignent pas.

Combien de fois n'avons-nous pas été frappé de cette saillie de l'apophyse styloïde du cubitus, sans qu'il y ait aucun trouble fonctionnel ; il est vrai que notre attention étant éveillée sur ce point depuis 14 ans, il devait s'agir de cas légers, les cas graves ne nous auraient pas échappé. Je compléterai ultérieurement cette communication et ferai part des résultats que j'aurai obtenus.

#### OBSERVATION I

Jeanne P... 14 ans, apprentie brodeuse.

Fille naturelle (v. observ. de la mère).

Elevée en nourrice jusqu'à l'âge de 4 ans ; n'a marché qu'à 15 mois.

A 7 ans, bronchite qui dura deux mois. et dont elle ne s'est jamais guérie.

A 12 ans, scarlatine. Pas d'autre maladie, pas de rhumatisme.

Pas de convulsions dans l'enfance.

Il y a un an environ, sans cause appréciable, la malade vit apparaître, à peu près simultanément, sur les deux avant-bras, une saillie anormale correspondant à l'épiphysse inférieure du cubitus. Trois mois seulement après, cette tuméfaction s'accompagna d'une douleur peu intense d'abord, et permettant à la jeune malade de se livrer à ses occupations d'écolière. Depuis cette époque, l'affection a suivi une marche rapidement progressive ; l'impotence fonctionnelle, d'abord nulle, est devenue telle que, depuis quelques jours, la malade a été obligée de renoncer à son apprentissage de brodeuse.

*Etat actuel.* — L'inspection révèle, au niveau des deux poignets, une déformation, surtout accusée à droite, et que M. Gangolphe compare à la déformation observée à la suite de la résection du poignet. Cette déformation est surtout perceptible sur le poignet droit vu de profil sur son bord cubital. On le voit alors constitué par deux plans parallèles ; en haut l'épiphysse inférieure du cubitus formant sous la peau une saillie volumineuse ; en bas les os du carpe et la main. Sur la face antérieure du poignet, tension énorme des fléchisseurs. Outre cette déviation

dans le sens antéro-postérieur, la main est rejetée sur le bord cubital et forme avec l'avant-bras un angle fortement obtus ouvert en dedans. Par suite de l'augmentation de son diamètre antéro-postérieur, le poignet, perdant sa forme aplatie, est arrondi et globuleux.

A la palpation, on perçoit à la partie inférieure et interne de l'avant-bras, une forte saillie osseuse, douloureuse à la pression, constituée par l'épiphyse inférieure du cubitus. Les tendons fléchisseurs des grand et petit palmaires, et surtout du cubital antérieur donnent à la face antérieure du poignet la sensation de cordes fortement tendues entre le carpe et l'avant-bras.

Par suite de cette tension exagérée, les os de l'avant-bras ont perdu tout contact avec les tendons fléchisseurs, si bien qu'un doigt, déprimant la peau sur le bord interne du cubital antérieur, y creuse une dépression de près d'un centimètre pour atteindre la face antérieure du cubitus.

Tous les mouvements de l'articulation, actifs ou passifs, s'exécutent sans douleur. La pronation, la supination et la flexion ont conservé toute leur amplitude; l'extension de la main sur l'avant-bras ne se fait pas à angle droit, limitée par la rencontre du carpe et de l'épiphyse inférieure du radius.

Pas de troubles de la sensibilité objective.

Cette lésion est bi-latérale, mais surtout accentuée à droite. La circonférence du poignet ne mesure que 16 centimètres à gauche et atteint 20 centimètres à droite.

Des mensurations pratiquées sur la circonférence des avant-bras et des bras nous ont donné des résultats égaux sur les deux membres. En longueur, nous n'avons pas constaté davantage de différences : de l'apophyse styloïde du radius à l'épicondyle = 18 centimètres; de l'apophyse styloïde du cubitus à l'olécrâne = 20 centim.; de l'épicondyle au sommet de l'acromion = 25 centimètres, sur les deux membres.

Les troubles fonctionnels, nuls sur le poignet gauche, sont très accusés à droite. La douleur est constante, comparée par la malade à des piqûres d'aiguille. Irradiée dans tout le poignet, cette douleur est surtout intense sur le côté interne de l'articulation. Peu marquée au repos, elle est exagérée par un travail longtemps prolongé, d'où impotence fonctionnelle assez accentuée pour que la malade ait été obligée, ces jours derniers, d'interrompre son apprentissage de brodeuse.

Sur les deux membres, le bras et l'avant-bras forment, au niveau des coudes, un angle très obtus ouvert en dehors, de telle sorte que la saillie de l'épitrôchlée est nettement perceptible en dedans, tandis que l'épicondyle se laisse difficilement atteindre. De temps en temps quelques douleurs vagues dans les coudes et les genoux. Légère laxité ligamenteuse du genou gauche.

Pas de déformations du fémur. Pas de *genu valgum*. Tibias légèrement concaves en dedans. Pieds plats non douloureux.

Dans la région cervico-dorsale, légère scoliose à convexité tournée à droite.

Pas de déformations de la face et du crâne. Maxillaires bien conformés. Légère proéminence des incisives latérales gauches supérieures et inférieures.

Quelques érosions sur la face antérieure des incisives.

Pas de lésions viscérales. Excellent état général.

#### OBSERVATION II.

J. P. . . . , 34 ans, couturière. Pas de maladie antérieure. Pas de rhumatisme ; dents normales. La malade est très nerveuse, mais n'a jamais eu de crises.

Le début de l'affection remonte à l'âge de 11 ans. Une vague sensation de lassitude dans les poignets après un travail prolongé, un peu de douleur à la pression sur la face antérieure du poignet, surtout à l'insertion du cubital antérieur, furent, pendant 4 ans, les seuls symptômes observés par la malade. Elle fut examinée à cette époque, à la Charité, mais on ne constata rien d'anormal et aucun diagnostic ne fut établi. Au bout de 4 ans seulement, la malade constata une déformation portant sur les deux poignets et consistant, au début, en une saillie plus marquée de l'extrémité inférieure du cubitus sur sa face dorsale. Depuis cette époque, la déformation est allée s'accroissant de jour en jour.

*Actuellement.* — La lésion est bilatérale, mais surtout marquée sur le poignet droit où l'on constate les désordres suivants :

Vu sur le bord cubital, l'avant-bras et la main constituent deux plans parallèles, un supérieur formé par l'épiphyse inférieure du cubitus, l'autre, inférieur, par le carpe et la main.

Du côté dorsal, saillie énorme de l'extrémité inférieure du cubitus. Du côté palmaire, pisiforme, saillant, tendons fléchisseurs très fortement tendus ; dépression de

plusieurs centimètres entre le bord interne du cubital antérieur et la face antérieure du cubitus.

Main déviée du côté cubital.

*Motilité.* — La flexion atteint l'angle droit sur les deux poignets.

L'extension de la main fait, avec l'avant-bras, un angle fortement obtus tant sur le poignet gauche que sur le droit.

Pronation et supination normales à gauche, gênées de 1/3 à droite.

Pas de troubles de la sensibilité objective.

*Mensuration.* — Avant-bras : de la pointe de l'olécrâne à la partie la plus saillante de l'épiphyse inférieure du cubitus : à droite : 19 centimètres ; à gauche : 21 centimètres.

De l'interligne radio-huméral à la pointe de l'apophyse styloïde du radius ; à droite : 17 centimètres ; à gauche : 20 centimètres.

*Humérus.* — De l'acromion à l'épicondyle : à droite : 27 centimètres ; à gauche : 28 centimètres.

Main droite un peu plus courte que la gauche.

Les troubles fonctionnels, peu marqués à gauche, consistent, dans le poignet droit, en une sensation de lassitude exagérée par le travail. Parfois, à l'occasion d'un surmenage, ou aux changements de temps, le poignet droit devient le siège d'une douleur vive qui, à plusieurs reprises, l'an dernier notamment, a nécessité un repos complet de plusieurs jours.

Sur les deux membres supérieurs, le bras et l'avant-bras forment, au niveau des coudes, un angle très obtus ouvert en dehors. Mouvements du coude et de l'épaule normaux.

Pas d'autres déformations des membres.

Pas de lésions viscérales. Excellent état général.

**M. Bérard.** — Ces cas rappellent ce que M. Pierre Delbet a présenté à l'Académie de Médecine sous le nom de *carpus curvus*. Dans ces cas, la lésion était apparue au même âge, il y avait la même incurvation du radius et la même subluxation apparente du carpe en avant. Lui-même a pu recueillir deux ou trois pièces anatomiques de cas analogues. Comme intervention, Delbet pratiqua l'ostéotomie de l'extrémité inférieure du radius, les résultats furent excellents.

**M. Nové-Josserand.** — Sur la radiographie prise de profil, il semble qu'il y ait plutôt subluxation entre les



deux rangées du carpe qu'au niveau de l'articulation radio-cubito-carpienne.

Il se demande s'il faut attribuer la lésion aux os de l'avant-bras ou à ceux du carpe. De plus, la présence de cette même affection chez la mère et chez la fille pourrait faire songer à l'origine congénitale de la maladie. Il est fréquent de voir les lésions congénitales n'apparaître qu'à 10 ou 11 ans, au moment où les enfants travaillent.

**M. Gangolphe.** — C'est la première fois qu'au cours de cette malformation l'hérédité est notée. D'autres fois sa fréquence chez la femme a été signalée : huit femmes pour quatre hommes (statistique de Félix). Il avait bien remarqué la modification de l'articulation médio-carpienne, mais, pour plus de certitude, il fera radiographier des poignets normaux au même âge pour établir la comparaison. Il ne connaissait pas les faits de Delbet. Si l'ostéotomie du radius n'est pas grave, sur un os en voie de développement on peut ne pas rendre service à la malade. Il avait songé à une chondrectomie partielle. Mais, avant de tenter une ostéotomie, il préfère la section du muscle cubital avec redressement par un appareil orthopédique.

**M. Fochier.** — On pourrait modifier l'articulation du poignet par l'hémi-résection, tâcher de rétablir une articulation utile du côté des surfaces conservées.

M. Delbet a-t-il discuté la résection ?

**M. Bérard.** — Il n'a parlé que de l'ostéotomie cunéiforme.

**M. Gangolphe** avait pensé également à la résection du poignet ; il repousse la résection partielle, car l'articulation est créée sur le type malléolaire, il faudrait enlever beaucoup d'os : l'ankylose est à craindre ; il rejette également la résection totale du carpe. Toutes ces opérations ne valent pas un poignet ainsi modifié par un traitement orthopédique. Il ajourne la résection partielle, totale ou l'ostéotomie.

**M. Vallas.** — La déformation présentée est celle obtenue après résection du poignet, dans les mauvais résultats.

PRÉSENTATION D'UN FIBROME UTÉRIN DONNANT LA NETTE  
SENSATION DE FLUCTUATION

**M. Gangolphe** présente un fibrome enlevé par l'hystérectomie abdominale totale et qui offrait une fluctuation appréciable, sans rénitence. Le fibrome ouvert ne contenait aucun kyste, seulement un peu œdématié.

---

*Seance du 16 février 1899.* — Présidence de M. OLLIER.

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès verbal de la séance du 9 février 1899.

Le procès verbal est adopté.

\*\*\*

FRACTURE DE L'ASTRAGALE ET DU PÉRONÉ  
ASTRAGALECTOMIE. — RÉSULTATS

**M. Batut**, médecin-major à l'Ecole de santé militaire, présente un malade qu'il a opéré et dont voici l'observation :

Le nommé L..., cavalier au 2<sup>e</sup> dragons, entre à l'hôpital militaire Desgenettes, dans le 1<sup>er</sup> service de blessés, le 25 mai 1898, à 9 heures du soir, pour une plaie contuse du cou-de-pied. Dans l'après-midi de ce jour, travaillant au Grand-Camp, il a été pris sous un éboulement de sable et n'a pu se relever. Transporté à l'hôpital, nous trouvons une plaie transversale sous la malléole interne du pied droit large de 5 centimètres environ, à travers laquelle on aperçoit une surface cartilagineuse qui nous paraît être l'astragale, sur lequel sont tendus deux tendons et une artère déchirée en partie. Du côté externe, traces de contusions et douleurs vagues à la pression sur la partie inférieure du péroné.

Agrandissant l'orifice interne par une incision verticale pour nous donner du jour, nous apercevons l'astragale mobile dans le sens transversal et en rotation complète de dedans en dehors et d'avant en arrière, les surfaces articulaires de la face inférieure regardant directement en avant et l'apophyse postérieure buttant contre la mal-

léole tibiale, qui est intacte. Nous nous décidons à pratiquer l'astragalectomie, l'os ne pouvant être remis en place avec des chances de nutrition suffisante. L'astragalectomie pratiquée par la seule ouverture interne, quoique rendue difficile, est menée à bien en faisant glisser en avant les tendons du jambier postérieur et du fléchisseur propre du gros orteil ; l'os enlevé ne représente que la partie postérieure de l'astragale fracturé verticalement et transversalement en avant de la poulie.

Le lendemain matin, nous complétons l'opération par l'incision externe antépéronière, avec dégagement sous la malléole, et enlevons la tête et le col restés adhérents au scaphoïde ; en dedans, nous pratiquons la ligature régulière de la tibiale postérieure, qui donne lieu à une hémorragie assez marquée. Mise en place de deux drains en X et attelle plâtrée postérieure permettant de maintenir le pied perpendiculaire aux os de la jambe.

Au bout de deux jours, premier pansement et exploration de la malléole péronière, qui apparaît fracturée à sa base, lavages à l'eau bouillie stérilisée, nouvelle attelle plâtrée.

Au bout de quinze jours, second pansement et enlèvement du premier drain ; au bout d'un mois, enlèvement du second drain : il y a eu une légère suppuration paraissant venir des gaines des péroniers, le pied est raccourci vers la jambe et est bien maintenu pour combattre une inclinaison latérale possible.

Le 1<sup>er</sup> août, la plaie est complètement cicatrisée et le pied paraît solide sur la jambe ; on essaie quelques mouvements pour combattre l'ankylose. Vers le mois de septembre, troubles de sensibilité, trépidation épileptoïde, dès que le malade essaie d'appuyer son pied à terre, douleurs très vives partant de la plante du pied, sensations de fourmis ; pas de troubles trophiques dans les cicatrices ou la peau des orteils. Ces douleurs persistent jusqu'au 15 octobre environ. Le malade marche avec deux béquilles, mais au 1<sup>er</sup> novembre on constate une ankylose de l'arrière-pied et une accentuation du creux plantaire ; les mouvements de l'avant-pied se font bien. Appareil silicaté, puis massages et bains sulfureux.

*Etat actuel* au moment de la présentation, le 16 février 1899. — Le blessé marche toute la journée avec une canne, sans fatigue ni œdème du pied ; il a pu venir, sans canne et à une allure vive, de l'hôpital Desgenettes à l'Hôtel-Dieu ; il fait le tour de la table où siègent les membres de la Société, se tient sur un seul pied avec un léger

effort; l'arrière-pied paraît avoir peu de mobilité et le calcanéum est partiellement adhérent à l'articulation tibio-tarsienne; on peut cependant lui imprimer de légers mouvements de flexion; quant à l'avant-pied, il possède tous les mouvements de l'articulation médio-tarsienne.

La concavité plantaire est plus marquée à droite qu'à gauche; le pied droit a un raccourcissement antéro-postérieur de 3 centimètres, sans déformation; le membre inférieur présente un raccourcissement total d'un centimètre et demi. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité, pas d'atrophie musculaire des muscles du mollet. Le malade, en marchant, offre cependant un certain déhanchement et dévie un peu le genou en dehors.

Le résultat fonctionnel ne peut, d'ailleurs, que s'améliorer par les massages auxquels il est soumis et les bains sulfureux, et le calcanéum reprendra une mobilité plus grande sur l'articulation tibio-tarsienne.

On sent, à la base de la malléole péronière, une légère dépression due à la fracture du péroné bien consolidée, sans déviation latérale du pied.

**M. Ollier** fait remarquer que l'ankylose n'est ni complète ni définitive. La marche et le massage augmenteront l'amplitude des mouvements; c'est un bon résultat dû à la chirurgie conservatrice.

**M. Gangolphe** rappelle un cas analogue. Il s'agissait d'une fracture verticale de l'astragale; la surface articulaire de la tête de l'os était retournée et mise en contact avec la surface cruentée. Il pratiqua l'astragalectomie, qui fut suivie de guérison, avec des mouvements suffisants.

\*\*\*

#### SUR UNE DEFORMATION SINGULIÈRE DU POIGNET (*suite*)

**M. Gangolphe.** — Dans la précédente séance j'ai montré succinctement les traits principaux de cette déformation singulière du poignet, et j'ai dit qu'elle avait été improprement dénommée subluxation spontanée (Madelung et Tripiet). Je n'avais pas adopté de nouvelle dénomination, n'ayant pas encore entre les mains des radiographies absolument démonstratives; je tenais aussi à connaître les publications de M. Delbet. Aujourd'hui, il

est possible de terminer en précisant la description des cas que je vous ai montrés.

Et, d'abord, l'examen des radiographies, les renseignements que nous a fournis M. Destot, ceux que nous avons tirés des cliniques de Delbet confirment l'hypothèse que nous avons faite. Nous avons émis cette idée que le radius était seul cause, par son incurvation, de la projection du carpe du côté palmaire, et nous pensions que l'on pouvait attribuer cette incurvation à ce que les pressions plus fortes exercées sur la moitié antérieure, palmaire du cartilage de conjugaison, par suite de la prédominance d'action des fléchisseurs, s'opposaient à l'accroissement de ce côté ; par contre, la moitié postérieure ou dorsale du même cartilage, proliférant plus librement et plus vigoureusement, déterminait l'incurvation de l'extrémité inférieure du radius.

L'étude comparée des radiographies de nos sujets, de sujets sains, adultes et enfants, étude dont tout le mérite revient à M. Destot, est absolument démonstrative. La dénomination de *radius curvus*, proposée par M. Destot, doit être acceptée, car elle est tout à fait exacte. Le terme de *carpus curvus* l'est beaucoup moins.

Plusieurs de mes collègues avaient fait remarquer sur les radiographies une *incurvation* de la seconde rangée du carpe sur la première. Cette incurvation est *secondaire*; c'est une courbure compensatrice. Tandis que la première rangée accompagne la surface articulaire du radius, du côté antérieur, palmaire, la deuxième rangée se relève du côté dorsal, de manière à pallier la déformation, à replacer la main dans une attitude aussi près que possible de l'état normal.

Voici du reste les notes qui m'ont été remises par M. Destot.

*Note sur deux cas de radius curvus*

(*Subluxation spontanée du poignet, Madelung, Tripier, carpus curvus Delbet*).

Les deux observations de M. Gangolphe donnent lieu à des considérations intéressantes sur l'anatomie et la physiologie du poignet.

La déformation présentée tient à l'exagération des deux courbures normales du radius. On sait que l'extrémité inférieure du radius présente deux courbures : l'une antéro-postérieure à l'union de la diaphyse avec l'épiphyse qui a pour effet de diriger la face articulaire,

non pas directement en bas, mais légèrement en avant ; l'autre courbure siège sur la face articulaire ; elle est transversale et dépend du cartilage de conjugaison de la forme de l'épiphyse.

Ces deux courbures déterminent l'orientation de la surface articulaire radio-carpienne et, par conséquent, la position de la main. Le cubitus n'a qu'un rôle accessoire, et il est séparé du pyramidal par le ligament triangulaire très épais, si bien que, sur les radiographies, les os sont séparés par un intervalle moyen de 8 à 9 mill.

Les courbures considérées aboutissent aux résultats suivants :

1° En raison de la projection en avant de la surface articulaire, la lèvre postérieure du radius descend plus bas que la lèvre antérieure; la première rangée des os du carpe suit la direction, mais la seconde rangée corrige cette direction en se plaçant en extension sur la première. Si la main ne formait qu'un bloc non articulé, la paume ne tomberait pas verticalement mais regarderait en avant et en haut. Sur les radiographies de profil, dans les schémas de la thèse de Gallois, calqués sur les clichés, dans les figures que j'ai faites avec Briau, ce fait est évident. Si on suit l'axe du radius on voit d'abord cette courbure en avant, puis, au-dessous de la première rangée, le grand os se rejette en arrière, forme un angle ouvert en arrière et très marqué avec la direction de la première rangée. Si on exagère la courbure antéro-postérieure du radius, le poignet tout entier suivra, mais le cubitus restant en place, on produira une déformation très fréquente, héréditaire et qui ne s'accompagne d'aucun trouble : *la saillie anormale de la tête du cubitus à la face dorsale du carpe.*

2° La courbure transversale de la face articulaire présente un autre intérêt. Si on joint par un trait les apophyses styloïdes en suivant les os d'une part et par une ligne droite, d'autre part, on délimite une courbe avec sa corde. Or, cette courbe est un cintre surbaissé et la corde oblique de bas en haut, de dehors en dedans, du radius au cubitus permet d'établir l'axe de flexion et d'extension de la main sur l'avant-bras. La perpendiculaire élevée sur le milieu de cette ligne donne l'axe de la main et on voit de suite, que cette ligne forme, avec l'axe de l'avant-bras, un angle obtus ouvert en dedans. Normalement, la main est en adduction légère; l'axe de l'avant-bras prolongé aboutit à l'index et non au médius, et l'axe de la main prolongé aboutit au milieu de la face

externe de l'avant-bras. Les conclusions qu'on peut tirer de cette constatation ont une grosse importance physiologique et permettent de ruiner la théorie de Hencke.

Si on analyse la courbe, on voit que, du côté du radius, on peut lui considérer deux parties, alors que, du côté cubital, on ne voit que la ligne horizontale de la tête sous-tendue par le ligament qui comble le vide entre l'apophyse saillante et le plateau articulaire.

La surface articulaire radiale est la résultante des courbures envisagées ; elle regarde en bas, en avant et en dedans, elle se compose :

1° D'une petite surface *triangulaire oblique en haut et en dedans* qui correspond à la face supérieure du *scaphoïde*.

2° D'une surface *quadrangulaire* séparée de la première par une crête souvent peu marquée ; beaucoup moins oblique, elle tend vers l'horizontale et correspond au sommet de la courbe du condyle carpien — au semi-lunaire.

Lorsque la courbe s'exagère, le cintre devient ogive. Le semi-lunaire remonte et se porte en dehors entraînant le sommet de l'axe de la main et, par suite, comme le centre des mouvements se trouve, ainsi que je l'ai montré, au niveau de la tête du grand os, l'extrémité supérieure de l'axe se déplaçant en dehors, l'extrémité inférieure (c'est-à-dire les doigts) se portera en sens inverse (c'est-à-dire en dedans). L'angle normal formé par les axes de la main et de l'avant-bras, tendra à se fermer ; l'espace compris entre le pyramidal et la tête cubitale diminuera de plus en plus, et si à l'exagération de courbure transversale se joint un excès de courbure antéro-postérieure, non seulement la main sera portée dans l'adduction forcée, mais encore le condyle carpien passera au-devant de la tête cubitale, *simulant une subluxation*.

En résumé, l'excès de courbure antéro-postérieure fait passer le condyle carpien en avant du cubitus et, combiné avec l'excès de courbure transversale, la main se trouve, en outre, portée dans l'adduction. C'est précisément ce que l'on observe dans ce que nous appelons le *radius curvus* au lieu de *carpus curvus*, terme qui ne fait pas ressortir le rôle capital du radius.

Si, maintenant, on lit les clichés des malades de M. Gangolphe, on peut se convaincre de la véracité de notre explication, d'autant plus que les clichés de la fillette éclairent toute la pathogénie de la déformation.

En effet, on constate, chez la petite fille :

1° Que le cartilage de conjugaison n'est pas à sa place,

mais qu'il sépare l'épiphyse d'une façon anormale. Celle-ci a, d'habitude, la forme d'un tronc de pyramide dont le sommet vient constituer la facette dans laquelle roule la tête du cubitus ; sur les clichés l'épiphyse a la forme d'un coin dont la pointe vient s'arrêter au semi-lunaire.

Il résulte de cette forme de l'épiphyse que la courbe transversale est transformée en une ogive festonnée.

La partie qui fait défaut répond au semi-lunaire qui entre en coin entre les deux os de l'avant-bras.

Les schémas ci-joints montrent la déformation transversale, par absence de la portion du semi-lunaire.

2° On voit que la distance qui sépare les deux lèvres extérieure et postérieure du radius est plus grande qu'à l'état normal, ce qui implique une projection plus marquée en avant de la surface articulaire.

3° Le pyramidal est très rapproché de la tête cubitale et le défaut est encore exagéré par ce fait que cette dernière, au lieu d'être horizontale est retroussée et oblique en haut.

Les mêmes lésions, plus accentuées, se trouvent chez la mère où, à la main droite notamment, le pyramidal passe au devant de la tête cubitale.

Sur les profils on note : 1° l'exagération de la courbure antéro-postérieure qui laisse en arrière la saillie du cubitus.

En résumé, l'étude des clichés montre que la déformation du poignet comprise sous le nom de subluxation congénitale du poignet (Tripiet), *carpus curvus* (Delbet), est due à la double exagération des deux courbures normales du radius, sans que le carpe participe à la déformation, et que l'action chirurgicale doit surtout porter sur le radius qui est le fauteur du désordre observé.

Quant à la pathogénie, elle relève d'un vice d'accroissement de l'épiphyse radiale, et l'observation de M. le professeur Gangolphe est typique à cet égard.

Il faudrait envisager la question d'arthrite, de déformations secondaires, de rétractions musculaires, mais l'examen radiographique permet d'établir nettement le point de départ de la maladie. »

A côté de ces données si précises nous pouvons en ajouter d'autres, plus importantes, fournies par l'examen anatomo-pathologique pratiqué par M. Delbet. L'incurvation du radius, le changement de direction de sa surface articulaire, l'absence de toute luxation sont manifestes. On peut donc conclure en disant que, dans le *radius curvus* la déformation consiste dans une exagé-



*ration de l'orientation normale de la surface articulaire*  
Au lieu de regarder directement en bas et *un peu en avant*, elle regarde en bas et *très en avant*. La disposition anormale des cartilages de conjugaison, leur insuffisance constituent d'importants détails, bien signalés par Destot,

Si, maintenant, nous envisageons ces déformations à un point de vue général, nous sommes conduit à des considérations importantes.

Le *radius curvus* est dû à une exagération d'une disposition normale, n'en n'est-il pas de même du *genu valgum*? L'angle normalement très obtus, à peine sensible formé par le fémur et le tibia est diminué dans le *genu valgum*, devient plus évident, de même que la légère incurvation antérieure du radius est exagérée dans le *radius curvus*. La courbure de la scoliose ne vient-elle pas neuf fois sur dix de l'exagération de courbures normales?

L'examen de nos deux sujets, de la mère surtout, montre l'intégrité des membres inférieurs, mais il n'en est pas de même des membres supérieurs (à part les poignets). L'humérus et les os de l'avant-bras forment, au niveau du coude, un angle obtus ouvert en dehors avec saillie considérable, anormale de l'épitrochlée.

Les sujets n'ont pas attiré notre attention sur ce détail parce qu'il ne les gêne en rien, mais nous en avons été frappé. Cette déformation, très marquée, mais non gênante, n'est elle-même qu'une exagération d'une disposition normale. Ces considérations, le fait que l'hérédité paraît jouer un rôle, l'absence de toute manifestation rachitique ancienne, de toute altération osseuse nous convient à éliminer l'idée d'un rachitisme tardif, aussi bien pour la scoliose, le *genu valgum*, le pied plat, l'exostose sous-onguéale, que pour le *radius curvus*.

Pourquoi vouloir appliquer ce terme de rachitisme tardif à des lésions qui n'ont rien de commun, dans leur origine et leur nature, avec les altérations connues du rachitisme? De même qu'en étudiant l'ostéomyélite gommeuse, en 1884, j'avais été conduit à nier la similitude et, par suite, la confusion établie par Parrot, de même je pense que le *rachitisme tardif* n'existe pas constitué comme on l'a dit par la scoliose, le *genu valgum*.

..... Je ne puis entrer dans une discussion approfondie, mais quand on songe seulement aux conditions pathogéniques du rachitisme on ne peut qu'arriver aux mêmes conclusions. Survenant chez un enfant mal nourri, le rachitisme se montre sur tous les points du squelette,

le ramollit, l'incurve, facilite ses solutions de continuité. Les pressions extérieures, la pesanteur s'exerçant plus spécialement sur certains segments les déforment en dehors de toute règle préétablie, de toute disposition anatomique.

Porte-t-on l'enfant sur les bras, la pression permanente de ces derniers infléchit les membres inférieurs *en coup de vent*; et cette inflexion sera différente, suivant que la nourrice portera l'enfant habituellement à droite ou à gauche.

Le fait-on marcher, l'incurvation en *manches de veste* s'établit. Partout, en un mot, où une pression prolongée s'exercera, le squelette subira une déformation.

Les conditions sont absolument différentes pour le *genu valgum*. La *pesanteur* n'agit pas comme cause principale. C'est à tort que les Allemands l'ont dénommé Beckerbein (jambe de boulanger); la station debout prolongée n'est nullement nécessaire. J'ai dans mon service une jeune fille à laquelle j'ai fait une ostéoclasie double pour *genu valgum* extrêmement prononcé : elle est déviée, c'est-à-dire constamment assise.

Pourquoi, d'autre part, cette constance presque absolue, cette *uniformité* dans ces déviations, regardées comme appartenant à un rachitisme tardif ?

Cette *localisation seulement sur une région* les autres parties du squelette restant indemnes ?

Pourquoi ces déviations sont-elles dues à une *exagération d'une disposition normale* et non laissées au hasard de causes extérieures ? L'état général de ces sujets est parfait : *aucun trouble dans leurs fonctions digestives*. En somme, rien qui soit comparable au rachitisme. Les documents anatomo-pathologiques relatifs au rachitisme dit tardif sont encore trop incomplets pour qu'on puisse leur attacher une importance capitale.

Mon excellent interne, M. Roger, doit donner à cette question le développement nécessaire dans la thèse qu'il prépare sur le *Radius curvus*.

Si nous reprenons maintenant l'étude du *radius curvus* au point de vue thérapeutique, nous sommes conduits à dire que les résultats du traitement ne sont guère brillants. Delbet a ostéotomisé une de ses malades et, plus de quatre mois après, il était obligé de recourir à un appareil orthopédique porté d'une façon permanente. Absolument rationnelle, cette opération ne me paraît guère applicable qu'après échec du traitement orthopédique et

surtout lorsque le squelette a presque terminé son évolution.

Il faut se souvenir que, même non traitée, cette déformation finit par être tolérée ; les fonctions de la main reprennent ordinairement plus tard leur étendue. Je ne proposerai donc pas l'ostéotomie d'emblée, quelque rationnelle que paraisse cette intervention.

**M. Bérard.** — Il est intéressant de rapprocher des radiographies et des dessins présentés par M. Gangolphe, quelques pièces anatomiques que j'ai eu l'occasion de recueillir au mois de novembre dernier avec M. X. Delore, sur un sujet de l'amphithéâtre, pièces qui nous avaient paru alors se rapporter aux faits étudiés récemment par M. P. Delbet, sous le nom de *carpus curvus*.

Dans ces pièces les déformations du poignet ont atteint leur degré extrême ; et pourtant on reconnaît encore nettement qu'elles ont pour origine une inflexion anormale de l'extrémité inférieure du radius. Cette inflexion porte à la fois sur l'axe longitudinal de l'os, dévié en avant et en dedans au voisinage de l'épiphyse, et sur la face articulaire radio-carpienne inclinée fortement en bas et en arrière ; de sorte que son bord postérieur (dorsal) forme un véritable bec proéminent qui refoule les osselets du carpe vers la face palmaire. De cette inflexion complexe du radius résulte le déplacement de tout le talon de la main en avant et en dedans ; tandis que le cubitus, beaucoup moins solidaire des osselets du carpe, n'a pas participé à leur mouvement de translation, et paraît ainsi faire saillie sur le dos de l'avant-bras.

Mais on peut, en outre, constater ici des déformations secondaires tout à fait comparables à celles que l'on a décrites dans le pied plat valgus douloureux, et qui établissent une nouvelle analogie avec cette dernière affection, si souvent consécutive, elle aussi, à des incurvations dystrophiques ou pathologiques des segments squelettiques situés au dessus (os de la jambe et fémur). Comme dans le pied plat valgus douloureux, le segment terminal du membre (ici la main) est d'abord simplement dévié.

Puis les muscles doivent s'adapter aux nouvelles conditions de fonctionnement qui leur sont faites par le déplacement de leurs points d'insertion. A ce moment, on a de la tendance à les considérer eux-mêmes comme les agents de la déformation. Enfin, les surfaces articulaires voisines, sous les contacts anormaux qu'elles supportent, se modifient peu à peu à leur tour. Et si l'articu-

lation du poignet est soumise à des mouvements répétés, comme il arrive surtout chez les jeunes filles et les femmes dans les travaux d'aiguille, les nouveaux points de contact deviennent douloureux; une arthrite chronique peut se développer à la longue, qui rend définitives les attitudes vicieuses, jusque là corrigées partiellement par des tractions convenablement orientées.

Chez notre sujet, femme âgée de 65 ans, ces déformations par arthrite sont particulièrement marquées dans l'interligne radio-cubital et radio-carpien; sur l'avant-bras gauche, sur tout, l'épiphyse radiale porte une vaste cupule bordée d'exostoses pour recevoir le cubitus épaissi et rugueux. Ce scaphoïde est partiellement soudé au semi-lunaire et adhèrent également à l'apophyse styloïde radiale. La rangée distale du carpe, entraînée par les métacarpiens et soudée par places avec eux, paraît subiuxée sur la rangée proximale. Les ligaments articulaires semblent épaissis et tassés du côté de l'extension, amincis, au contraire, du côté de la flexion.

A ce degré de déformation, l'ostéotomie du radius serait, sans doute, insuffisante à rétablir entre les divers segments du poignet leurs rapports normaux.

\*\*\*

**M. Fochier.** — La déformation dans la pièce de M. Bérard porte surtout sur la surface articulaire inférieure du radius. Il est difficile de penser à remédier à ces cas par un traitement orthopédique. Il faudrait réséquer cette surface altérée. Si l'altération est secondaire à la déformation du radius, elle n'en devient pas moins le fait principal. On ne peut la réformer par un traitement orthopédique, il faut faire la résection.

**M. Gangolphe** rappelle qu'il a observé chez la femme qu'il a présentée, un trouble dans l'accroissement de l'humérus dont il faut tenir compte en présence de la malformation du radius.

Dans le cas de M. Bérard, il s'agit d'une femme de 73 ans; l'altération de la surface articulaire est secondaire; ce qu'il faudrait savoir, c'est quel était l'état fonctionnel du poignet. Chez ses malades, en effet, les troubles fonctionnels ne sont pas très accusés. Dans ses résections du poignet, M. Ollier n'a jamais obtenu de résultats fonctionnels pareils. La résection aggraverait peut-être l'état des malades. Il faut s'adresser à la cause même qui réside dans la déviation de la surface articu-

laire, pour la changer il faut pratiquer une ostéotomie. Sur le cadavre, M. Delbet a vu qu'on peut, par cette intervention, modifier la situation de la surface articulaire. Tout partisan qu'il est des résections, il recourra plus volontiers à l'ostéotomie.

**M. Ollier** a vu un grand nombre de faits analogues. Chez les vieillards il ne faut pas songer à la résection, chez les adolescents il a obtenu des améliorations fonctionnelles par des moyens orthopédiques. Il y a longtemps qu'il a signalé qu'un *genu valgum* peut se former au repos, dans un bandage de coxalgie. Il y a autre chose que la pression et l'altération du cartilage de conjugaison dans la genèse de cette déformation.

\*\*\*

#### GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE EN Y

**M. Vallas.** — Je vous présente une malade à laquelle j'ai pratiqué, il y a 10 jours, une gastro-entéro-anastomose en Y, suivant le procédé bien décrit par Roux de Lausanne. Cette femme qui est atteinte d'un néoplasme pylorique, m'a été adressée parce qu'elle vomissait tous ses aliments et qu'elle s'amaigrissait rapidement.

Les effets de l'intervention ont été immédiats. Dès le lendemain, la malade a rendu un lombric par la bouche, preuve que la communication gastro-intestinale était rétablie, et, dès le lendemain aussi, elle a manifesté le désir de manger. C'est là un symptôme qui ne manque jamais dans les cas favorables.

Je répète, à ce propos, que le procédé en Y est de beaucoup le meilleur parmi tous ceux qui ont été décrits, car il met à l'abri de tous les accidents et rétablit dans une perfection vraiment idéale les circulations alimentaire, biliaire et pancréatique. Les autres gastro-entéro-anastomoses, surtout l'antérieure, doivent être regardées comme des procédés de nécessité.

Dans les cas où la pylorectomie est possible, je serais même tenté de pratiquer d'abord la gastro-entéro-anastomose en Y, puis d'enlever secondairement le pylore. On peut alors fermer complètement la section gastrique et la section duodénale et c'est une condition

très favorable, car les dangers de la pylorectomie viennent de la difficulté que l'on a à bien affronter deux sections de formes différentes et de dimensions inégales. Si je n'ai pas agi ainsi dans le cas présent, c'est que j'ai constaté l'envahissement par le néoplasme des ganglions de l'épiploon gastro-hépatique.

Sur un malade que j'ai opéré de cette façon, il y a 10 mois, et qui est mort 10 mois après des suites d'une pylorectomie secondaire, j'ai pu vérifier l'état des orifices anastomotiques. Ils étaient parfaitement perméables et fonctionnaient très bien. L'orifice du méso-colon, notamment, ne s'était nullement rétracté autour de l'anse jéjunale qui le traversait.

**M. Villard** partage l'opinion de M. Vallas : la gastro-entéro-anastomose postérieure en Y est le procédé de choix ; à son défaut la gastro-entéro-anastomose postérieure, seule, est aussi une bonne méthode, mais il ne faut cependant pas rejeter la gastro-entéro-anastomose antérieure. Tout en étant un procédé d'exception, elle a ses indications :

1° La rapidité de l'opération ; la gastro-entéro-anastomose postérieure est plus difficile.

2° La difficulté de l'éversement de la face postérieure de l'estomac à cause des adhérences qui sont fréquentes, surtout dans les cas de néoplasme inopérable. Il insiste sur la valeur pronostique de l'amélioration immédiate des malades ; si, le soir même ou le lendemain de l'intervention le malade a soif ou faim, il peut être regardé comme ayant une anastomose fonctionnant bien et présente de ce fait, de grandes chances de guérison ; si le malade n'éprouve pas ces phénomènes, on voit survenir les vomissements bilieux et l'obstruction. Il se rappelle l'exemple d'un malade qui put, le soir même, par ménage, manger sans accident un abondant potage de vermicelles. Il est de l'avis de M. Vallas sur l'importance de l'amélioration immédiate.

**M. Guilloud.** — La gastro-entéro-anastomose postérieure en Y est une opération parfaite. Il n'y a de difficulté que pour attirer la face postérieure de l'estomac. Cette intervention n'est pas de beaucoup plus longue que les autres. Les deux malades opérés par ce procédé et qu'il a présentés, digèrent actuellement bien.

**DU TRAITEMENT DES ATHRALGIES ANCIENNES ET REBELLES  
PAR LA RÉSECTION DES EXTRÉMITÉS ARTICULAIRES. —  
DES CIRCONSTANCES QUI LÉGITIMENT CETTE INTERVEN-  
TION.**

**M. Ollier.** — L'intervention chirurgicale dans les affections articulaires qui sont principalement caractérisées par une douleur intense et rebelle, constitue une des indications les plus délicates de la chirurgie articulaire. Il faut d'autant moins se presser d'y recourir qu'elle sera suivie de la suppression d'une articulation, comme après la résection du genou, ou d'un résultat orthopédique et fonctionnel toujours imparfait, comme après la résection de la hanche.

Ce qui obscurcit toujours la question, surtout lorsqu'on se trouve en présence d'une femme, c'est le rôle plus ou moins grand que joue l'hystérie dans la plupart des névralgies et contractures des muscles péri-articulaires ; or, dès qu'il s'agit d'hystérie et surtout d'hystérie bien caractérisée, à crises convulsives plus ou moins fréquentes, il faut redoubler de patience et de prudence et ne pas oublier que les formes en apparence les plus graves pourront céder tout à coup à la suite d'une émotion morale ou d'un traitement médical insignifiant dans les conditions ordinaires.

Il ne faut donc jamais se presser d'intervenir par la résection dans les arthralgies rebelles, même les plus douloureuses ou les plus pénibles à supporter ; ce n'est que lorsque tous les moyens médicaux ou chirurgicaux bénins ont échoué, et que la nutrition locale et générale s'altère, qu'on est autorisé à supprimer l'articulation ou à la remplacer par une néarthrose opératoire.

Mais, avant d'entrer dans la discussion des cas qui peuvent réclamer ou autoriser la résection, je préfère exposer à la Société quelques observations dans lesquelles j'ai obtenu, par cette intervention, la disparition des douleurs et la guérison du malade. Après avoir fait connaître les détails essentiels de ces observations, je pourrai, avec plus de fruit, discuter les questions générales que soulève l'étude des arthralgies. Je citerai seulement quatre observations qui me paraissent très démonstratives. Je pourrais en augmenter le nombre si je voulais faire intervenir tous les cas dans lesquels les lésions anatomiques ont été beaucoup moins marquées que ne le faisait supposer l'ensemble des symptômes morbides ou l'intensité des phénomènes douloureux,

mais ces faits seraient moins typiques que ceux que je vais citer. De ces quatre observations, deux se rapportent à la résection de l'épaule, deux à la résection du genou. Il s'agit de quatre jeunes femmes, âgées de 19 à 25 ans, au moment où la résection a été pratiquée. Dans ces quatre cas, les lésions trouvées à l'ouverture de l'articulation n'étaient pas en rapport avec la douleur qu'accusait la malade. Il y avait, cependant, assez de lésions anatomiques pour que ces affections puissent mériter le nom d'arthrites, mais d'*arthrites à caractère névralgique*.

OBSERVATION I

*Arthrite scapulo-humérale d'origine traumatique chez une jeune fille ayant présenté des symptômes d'hystérie après une chute sur le moignon de l'épaule. — Douleurs excessives et rebelles. — Atrophie considérable du deltoïde. — Pas de signes de suppuration articulaire. — Résection de l'épaule sept mois après le début des accidents. Guérison complète. — Retour de tous les mouvements de l'épaule, même du mouvement d'élévation verticale. Mort de tuberculose généralisée sept ans après la résection.*

H. B..., âgée de 20 ans, fit une chute de voiture dans les premiers jours de novembre 1889. Elle tomba sur le moignon de l'épaule ; douleur vive, impotence pendant quelques jours ; pas de manœuvres sur l'articulation. Elle reprit son travail au bout de quelques jours, mais elle recommença bientôt à souffrir et entra, le 10 janvier 1890, à la clinique, souffrant atrocement, disait-elle. Pas d'antécédents autres que la chute ; ni blennorrhagie, ni syphilis, ni tuberculose ; poumons sains ; excellente constitution, mais quelques symptômes d'hystéro-neurasthénie, crises douloureuses spontanées, fréquentes, avec irradiation dans le membre. Pas de tuméfaction appréciable autour de l'articulation, sauf, peut-être, au-dessous de l'acromion mais pression excessivement douloureuse sur la tête humérale. Quant aux mouvements imprimés au bras, ils étaient atrocement douloureux. La malade fut traitée, pendant quatre mois, par l'immobilisation dans des bandages silicatés, les boutons de feu, les applications calmantes et, à l'intérieur, par l'antipyrine, la quinine, le bromure et l'iodure de potassium ; rien n'y fit. L'immobilisation n'avait apporté qu'un soulagement momentané. Des crises nocturnes de douleurs articulaires survenaient sous le bandage, assez irrégulières, il est vrai, mais sans qu'on pût se rendre compte de ce qui les avait provoquées. Si cette immobilité ne fit pas disparaître les douleurs, elle amena une atrophie rapide du deltoïde, ce qui permit de mieux explorer la tête humérale et son articulation ; pas d'abcès ni dans l'aisselle, ni autour de l'acromion ; à peine un peu de tuméfaction péri-acromiale que l'atrophie du deltoïde rendait plus sensible qu'avant l'application du bandage. Durant ces quatre



mois, la malade avait eu deux crises nerveuses, avec mouvements convulsifs de sorte qu'on ne pouvait mettre en doute l'hystérie comme élément constitutif de cette affection. Comme stigmate hystérique on n'avait constaté qu'une diminution du réflexe pharyngien.

Après l'ablation du second bandage silicaté, les douleurs persistant toujours et devenant de plus en plus intolérables, je pratiquai, le 20 mai 1890, la résection de la tête humérale.

J'en réséquai une hauteur de quatre centimètres et demi. Le tissu osseux était parfaitement sain. Sur un point de la tête, le cartilage commençait à se vasculariser à la périphérie. La synoviale était boursoufflée et vascularisée sur plusieurs points. Cavité glénoïde absolument saine. A la coupe de l'os, pas la moindre altération appréciable.

Dès le jour de l'opération, la malade cesse de souffrir et retrouve le sommeil sans l'aide d'aucun narcotique. Au 21<sup>e</sup> jour, la cicatrisation était complète et on commença à électriser les muscles, surtout le deltoïde qui était très atrophie. L'atrophie fut longue à disparaître, mais le résultat orthopédique et fonctionnel devint bientôt excellent.

C'est un des plus beaux résultats que j'aie obtenus par la résection de l'épaule, et vous pouvez en juger par les photographies que je fais passer sous vos yeux. Mon opérée avait recouvré tous les mouvements de l'épaule, même celui de l'élévation verticale qu'on obtient si rarement. Elle fut présentée, en 1894, aux membres du Congrès de Chirurgie.

Je revoyais cette malade de temps à autre; elle servait comme domestique à tout faire et ne souffrait jamais de l'épaule réséquée. Elle avait eu une santé florissante jusqu'en 1896. A ce moment, ayant à faire un travail excessif et mal nourrie, disait-elle, elle commença à tousser. Au commencement de l'année, en étendant du linge, elle fut prise d'une douleur subite dans l'épaule qui dura dix minutes et reparut une autre fois dans la même journée. Cet accident fut passager, mais reparut le mois suivant; au même moment, les symptômes du côté du poumon devinrent plus inquiétants et allèrent en progressant, malgré des accalmies plus ou moins longues. Ce fut le commencement de la déchéance de la santé générale et de la néarthrose. L'amplitude des mouvements diminua et les douleurs subites, avec crampes dans le membre, reparurent avec plus de fréquence. J'ignore si elle eut des crises hystériques, mais elle était irritable, bizarre et d'une impressionnabilité excessive.

Elle commença à avoir des hémoptysies le 8 janvier 1897 et, à partir de ce moment, la tuberculose pulmonaire marcha rapidement. Du côté du membre l'atrophie progressait et les mouvements se limitaient; les douleurs avaient disparu; il n'y eut pas de menace de suppuration articulaire. Elle mourut le 21 mars 1897.

A l'autopsie, faite par M. Mondan, chef du laboratoire de la clinique et dont les détails seront publiés *in extenso* à cause de leur intérêt au point de vue de la constitution de la

néarthrose, on trouva des tubercules dans les poumons, le péritoine et l'intestin; quelques tubercules isolés dans les reins. Rien dans les os et les articulations. L'articulation réséquée était restée indemne. La néarthrose que je vous présente est beaucoup moins mobile que ne le ferait supposer la description des mouvements qu'elle exécutait avant la déchéance amenée par la tuberculose. La cavité articulaire est remplie par un tissu conjonctif lacunaire, rétracté sur lui-même et n'ayant plus assez de souplesse pour permettre l'élévation verticale de l'humérus.

Cette observation me paraît, de plus, démonstrative en faveur de l'utilité de la résection dans ces formes d'arthrite, presque insignifiantes au point de vue des lésions anatomiques, qui donnent lieu à des douleurs excessives que rien ne peut calmer. La malade était hystérique, sans doute, mais l'hystérie n'avait jamais atteint de grandes proportions.

#### OBSERVATION II

*Arthrite névralgique de l'épaule chez une jeune fille tuberculeuse, survenue à la suite d'un mouvement violent. — Pas de tuméfaction notable, pas de suppuration, mais douleurs persistantes, que l'immobilité n'a pas calmées. — Résection six mois après le début des accidents.*

A. G..., âgée de 25 ans, entre à la Clinique, le 3 juillet 1895. Elle se plaint de vives douleurs dans l'épaule droite, survenues à la suite d'un effort violent pour porter une balle à lessive. Avant cet accident, la malade avait maigri, toussé et eu de légères hémoptysies.

Malgré la violence des douleurs, le moignon de l'épaule ne présentait pas de tuméfaction, sauf immédiatement au-dessous de l'acromion. Il était moins volumineux que celui du côté sain à cause de l'atrophie musculaire. C'était une forme sèche. Pas de points ramollis, ni fluctuants. Douleurs intolérables dès qu'on essayait d'imprimer au bras le moindre mouvement; pression sur la tête de l'humérus excessivement sensible; douleurs nocturnes; pas de fièvre.

Médications diverses. Bandage silicaté après boutons de feu. Pas de soulagement. Douleurs nocturnes avec élancements dans le membre, sous le bandage.

La malade était nerveuse, très émotive, mais n'avait jamais présenté des symptômes d'hystérie: ni crises, ni troubles de la sensibilité en dehors des douleurs scapulaires.

Résection de la tête humérale le 25 septembre, six mois après le début des accidents.

La malade étant anesthésiée, on pouvait imprimer des mouvements assez étendus à l'humérus, dans tous les sens. La rotation amenait, seule, quelques craquements légers.

La tête humérale ne présente que des altérations très légères. Quelques érosions en arrière sur les limites du cartilage. Ca-

vitité glénoïde intacte. La synoviale est vascularisée dans la plus grande partie de son étendue.

Après cette opération, les douleurs spontanées cessèrent à peu près complètement, mais, au premier pansement, on constata que la pression était douloureuse autour de l'humérus sur le trajet du circonflexe. Cette douleur persista pendant trois mois plus ou moins. Je pensai à une névrite du circonflexe; le deltoïde était toujours très atrophié.

Dès la fin de décembre, la douleur avait disparu. La malade rentra chez elle et reprit ses occupations: soins du ménage, couture. Sous l'influence de la fatigue, des douleurs reparaissent de temps en temps dans la néarthrose, mais elles n'étaient pas comparables aux anciennes d'avant l'opération. La malade n'ayant pu rentrer à la Clinique pour suivre le traitement orthopédique nécessaire par la résection, a été soignée à l'hôpital de Saint-Chamond, par le docteur Laurençon, qui a combattu, par l'électricité et le massage, l'atrophie du deltoïde qui a été ici particulièrement rebelle.

Cette malade, qui a été revue récemment par M. Martel, mon ancien chef de clinique; n'a jamais présenté de signes d'hystérie: ni stigmaté ni zone hystérogène. Elle est, cependant, toujours émotive. Elle n'a plus eu d'hémoptysie et sa santé générale est bonne.

Ce qu'il y a d'important à noter dans cette observation c'est la persistance de la douleur à la pression au niveau du circonflexe, autour de l'extrémité supérieure de l'humérus, et les irradiations le long du radial. J'avais constaté cette douleur du circonflexe après l'opération, et elle a persisté plus ou moins depuis lors, reparaissant à la suite des fatigues de l'articulation. Il y a, en outre, une hyperesthésie du moignon de l'épaule. C'est probablement le résultat de l'extension au nerf circonflexe de la névrite radulaire qui avait eu son point de départ dans l'articulation.

#### OBSERVATION III

*Douleur du genou droit avec hyperesthésie des parties molles ambiantes, ayant succédé à une chute. — Tuméfaction immédiate qui disparaît au bout de deux mois en laissant des douleurs persistantes dans l'articulation. — Application de plusieurs bandages sans résultat. — Marche impossible sans appareil et toujours douloureuse avec l'appareil. — Résection du genou deux ans et quatre mois après la chute.*

M. D...., d'Arlebosc (Ardèche), âgée de 18 ans, fit une chute sur le genou droit, qui amena une tuméfaction de l'articulation avec ecchymoses de la région du genou. Sous l'influence des vésicatoires, frictions et compressions, la malade put reprendre son travail habituel, mais en souffrant toujours un peu dans le genou. En janvier 1890, les douleurs augmentèrent et

l'on commença l'application des bandages silicatés, qui furent renouvelés de temps à autre, pendant dix-huit mois. Le genou n'était pas tuméfié, mais la douleur à la pression était très vive au niveau du condyle du fémur. Indépendamment de cette douleur profonde, on provoquait des douleurs assez vives en effleurant ou en pinçant la peau autour du genou. Léger choc otolien. Dans les premiers temps, la malade pouvait marcher avec son bandage silicaté, mais les douleurs allaient en augmentant et se faisaient sentir le jour et même la nuit.

Bon état général. Pas de lésion pulmonaire. Palpitations fréquentes. Souffle systolique à la pointe, dû à une ancienne affection cardiaque. Jamais de crises hystériques mais anesthésie du pharynx, et pas d'autre trouble de la sensibilité que l'hyperesthésie de la peau du genou; pas de plaques anesthésiques.

Sur les instances de la malade, qui avait vu, dans la salle, plusieurs malades guéries par la résection du genou, je lui pratiquai cette opération, le 7 août 1891.

Pendant l'opération, on constate que la synoviale est à peu près saine; nulle part de fongosités; à peine quelques parties vascularisées. Les condyles du fémur, qui étaient très douloureux à la pression, ne présentaient pas de lésions. On trouve seulement, à la partie postérieure du condyle interne du tibia, un foyer d'ostéite très vascularisé, mais sans pus et sans séquestre.

Deux ans après l'opération, la malade éprouvait encore quelques douleurs dans le tibia, au-dessous de la synostose qui est très solide.

Cette malade appartient aussi à la catégorie des hystériques, mais des hystériques légères, puisqu'elle paraît ne jamais avoir eu de crises convulsives. Ce que nous devons noter, c'est la persistance de quelques douleurs le long du tibia, pendant deux à trois ans, malgré la suppression de l'articulation par une synostose solide. Aux dernières nouvelles que j'ai eues de cette malade, la guérison était complète.

#### OBSERVATION VI.

*Arthrite douloureuse du genou ayant débuté comme une arthrite rhumatismale. — Insuccès de tous les traitements pendant quatre ans. — Douleurs très vives à la pression. — Marche impossible. — Mouvements limités et douloureux.*

*Résection du genou. — Consolidation rapide. — Paralyse consécutive des muscles animés par le sciatique poplité externe.*

Je fus consulté, en octobre 1896, pour une jeune fille de 18 ans, Mlle A. D..., qui venait de faire une cure à Aix, pour une arthrite réputée rhumatismale du genou et qui était caractérisée par l'épaississement de la synoviale et une légère hydarthrose. Douleurs légères mais irrégulières, augmentant ou

diminuant sans cause appréciable; la malade, qui était peu développée intellectuellement et plutôt apathique qu'irritable, n'avait jamais eu de crises hystériques, mais elle était, par moments, très impressionnable, infantile dans ses idées et dans ses goûts. Etat chloro-anémique et mauvaise nutrition générale. Malgré l'intégrité des organes pulmonaires, je craignis la tuberculose. La malade souffrait déjà depuis un an de son genou et ne pouvait marcher.

La situation s'aggrava l'hiver suivant : le genou gauche, indemne jusque là, devint tuméfié et douloureux.

Je revis la malade en juin 1897; le genou droit était toujours tuméfié, sans liquide intra-synovial cependant; il y avait, au niveau des condyles du fémur et sous la rotule, des points très douloureux à la pression et au moindre mouvement. La tuméfaction siégeait principalement au niveau de l'interligne et sur les côtés du ligament rotulien; à ce niveau un empâtement profond semblait indiquer l'existence de fongosités. Toujours mauvais état général: appétit nul et capricieux, menstruation irrégulière; rien dans les poumons. Pas de stigmates hystériques, pas de crises, pas de paralysies ni de contractures; même caractère enfantin et bizarre; toujours même apathie cérébrale. Marche tout à fait impossible, sans béquilles, à cause de l'acuité des douleurs provoquées par les mouvements et la pression des os.

Application de nombreux boutons de feu et d'un bandage silicaté sur le genou droit et de quelques boutons de feu à gauche où l'on sentait encore un peu de tuméfaction sous-rotulienne.

Ce traitement calma les douleurs pendant quelques semaines seulement; puis elles reparurent, comme auparavant, malgré la diminution de la tuméfaction.

On eut alors recours aux traitements locaux les plus variés, pour calmer la douleur, et aux traitements généraux les plus propres à combattre les causes générales qui pouvaient influencer sur cette affection que les symptômes anatomiques n'expliquaient pas suffisamment; moyens pharmaceutiques, hygiéniques et moraux, rien n'y fit et, en mai 1898, quand je revis la malade, je la trouvai comme l'année précédente, avec cette différence, toutefois, que le genou gauche était revenu à son état normal. Quant aux douleurs du genou droit elles étaient les mêmes, et la pression retrouvait toujours des points excessivement douloureux qu'aucune lésion anatomique n'expliquait. La malade et sa famille étaient désespérés de voir se continuer depuis quatre ans une affection si douloureuse. J'essayai encore, pendant deux mois, tous les moyens, internes et externes, qui me paraissaient rationnels et ce fut sans résultats; la malade ne pouvait pas mettre le pied par terre sans son tuteur; dès qu'il y avait le moindre mouvement dans l'articulation la douleur était intolérable. En désespoir de cause, je proposai d'ankyloser le genou par une résection des surfaces articulaires.

Je pratiquai l'opération le 21 juillet 1898 et, comme je m'y

attendais, je ne trouvai pas de lésions anatomiques suffisantes pour expliquer les douleurs. Pas de lésions osseuses appréciables aux points les plus douloureux à la pression; synovie claire et peu abondante, plus fluide, cependant, qu'à l'état normal. Arborisation par plaques de la synoviale; pas de fongosités, quelques franges un peu épaissies seulement. A la coupe des os on ne trouva pas de foyer tuberculeux, ni de foyers louches d'ostéite simple, mais le tissu était très inégalement vascularisé. Au niveau des condyles du fémur, aux points correspondant à la douleur, la vascularisation était particulièrement marquée.

Après l'opération rien à signaler du côté du genou : pas de fièvre, mais apparition de douleurs tout le long du fémur, douleurs que rien ne pouvait calmer pendant les premiers jours. La malade ne mangeait pas et refusait tous les aliments qu'on lui offrait. Tous ces accidents se calmèrent peu à peu, et le moral de la malade s'améliora graduellement, malgré la nourriture insuffisante qu'elle prit après l'opération; la consolidation se fit bien et parut complète au premier pansement qui ne se fit que quelques jours après la résection. J'eus alors une désagréable surprise : en enlevant le bandage silicaté, je vis que les muscles, anémiés par le sciatique poplité externe, étaient paralysés : le pied tombait en avant et en dedans.

Quand la malade quitta Lyon, en décembre dernier, la paralysie persistait encore, mais la malade ne souffrait plus. Elle ne pouvait cependant marcher qu'avec un tuteur qui lui relevait la pointe du pied.

J'ai appris, par une lettre du mois de janvier, qu'elle marchait de mieux en mieux, mais je ne puis pas encore donner ce résultat comme définitif. Je dirai seulement que la synostose fémoro-tibiale est complète et qu'il n'y a plus de douleurs dans le genou, depuis la suppression de l'articulation. Mais les douleurs fémorales survenues après la résection me font faire des réserves. Le temps seul montrera si la guérison est complète.

Nous avons bien à faire à une hystérie dans ce cas, hystérie muette, il est vrai, mais qui s'est révélée par la paralysie des muscles de la région antéro-externe de la jambe après l'opération. C'est une forme d'hystéro-traumatisme dont je viens d'observer un exemple, ces jours-ci, à la Clinique, chez une jeune fille présentant une arthrite du genou avec hyperesthésie cutanée excessive. L'arthrite du genou me paraissant en voie de guérir par ankylose, je m'étais borné à faire, pendant l'anesthésie, une incision sur la région la plus douloureuse. Le membre fut placé dans un appareil silicaté et la malade qui croyait avoir subi une opération radicale, ne se plaignit plus des douleurs qu'elle éprouvait depuis plusieurs mois dans le genou. Quelques semaines après,

en enlevant le bandage, on put constater une paralysie complète des muscles de la région antéro-externe de la jambe. Les douleurs du genou avaient à peu près disparu.

Comme on le voit, d'après l'exposé de ces quatre observations, ces affections ne sont pas des arthralgies, si l'on veut entendre par ce mot des névralgies articulaires sans lésions anatomiques appréciables. Ce sont des arthrites, mais des arthrites à caractère névralgique, c'est-à-dire des inflammations légères, accompagnées de douleurs intenses hors de proportion avec les altérations des tissus articulaires. C'est l'exagération et la ténacité de l'élément douleur qui les caractérise.

On parle souvent d'arthralgie hystérique (coxalgie gonalgie, etc.), mais cette dénomination ne répond pas toujours à des espèces morbides bien définies. Ce sont, le plus souvent, des coxalgies, des gonalgies chez des hystériques, comme dans les observations que nous venons de citer. L'élément hystérique s'ajoute à une lésion anatomique légère, il est vrai, mais réelle. Il y a, sans doute, des contractures des muscles péri-articulaires qui simulent des maladies articulaires et qui ne s'accompagnent d'aucune lésion appréciable de l'articulation. Mais, dans la majorité des cas, il y a une épine intra-articulaire qui persiste et se révèle tôt ou tard après la disparition des contractures hystériques et peut en provoquer le retour. En analysant les observations que je viens de citer on se rendra mieux compte des différences que présentent les affections articulaires caractérisées par la violence et la ténacité de la douleur.

Mes quatre observations ne peuvent pas être mises sur la même ligne ; elles ne se ressemblent que par un point : la persistance des douleurs articulaires ou leur coexistence avec des lésions anatomiques légères, insuffisantes pour expliquer par elles-mêmes la nécessité de la résection.

Parmi mes quatre malades, trois seulement avaient présenté des signes, plus ou moins nets, d'hystérie ; l'autre n'avait accusé rien de caractéristique sous ce rapport.

On ne peut donc pas toujours appeler ces arthralgies rebelles des arthralgies hystériques et, à cet égard, il y a des différences à établir et de grandes réserves à faire.

C'est uniquement contre l'élément douleur, élément persistant, fixe et rebelle, que rien n'a pu faire céder ou déplacer, que je crois la résection indiquée à un moment donné ; mais cette opération est d'autant mieux indiquée

qu'il y a moins d'hystérie dans la constitution du complexus morbide.

Je veux dire, par là, sans nier les rapports que peuvent avoir les arthrites douloureuses avec l'hystérie, qu'il ne faut pas réséquer les malades chez lesquelles l'hystérie joue un rôle prédominant dans la scène morbide. Les malades qui sont atteintes de la grande hystérie, qui présentent ces troubles profonds du système nerveux qui se traduisent par des convulsions fréquentes, des contractures, des paralysies rebelles relèvent de la médecine et non de la chirurgie, bien que certaines interventions aient pu, dans certains cas, produire une sorte d'inhibition persistante, soit par l'effet moral, soit par l'action directe sur les nerfs intéressés. Dès qu'il s'agit de véritables hystériques, toute intervention peut être suivie de succès, mais rien n'est aussi variable que les résultats qu'on obtient, et il ne faut pas conclure d'une hystérique à une autre : on aurait de grandes déceptions. Ce qui enlève la maladie dans un cas, peut la faire naître dans un autre. Les opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme fournissent des exemples en faveur de la variété et de l'instabilité des effets produits sur le système nerveux, cérébral ou spinal.

L'hystérie et ses nombreuses variétés, la neurasthénie et les troubles nerveux divers peuvent, sans doute, influencer les processus chirurgicaux et changer complètement la physionomie des symptômes d'une lésion locale, traumatique ou spontanée et, chez les femmes surtout, nous devons toujours tenir plus ou moins compte de cet élément nerveux. Il y a bien longtemps déjà, je faisais remarquer que les maladies articulaires étaient toutes différentes dans la salle St-Paul et dans la salle St-Louis, et plus j'ai vieilli dans la pratique, plus j'ai eu l'occasion d'insister sur ces différences suivant le sexe de l'individu. Les coxalgies hystériques, ou du moins les contractures qui simulent la coxalgie, ne s'observent guère que chez la femme, et c'est à propos de cette affection qu'on constate les plus grandes différences symptomatologiques et thérapeutiques, et qu'on éprouvera des surprises, qui pourraient être désagréables pour l'ami propre du chirurgien, si l'on n'était déjà prévenu que c'est cette catégorie de sujets qui alimente particulièrement les piscines à miracles.

Dans toutes ces arthrites, à caractère névralgique ou arthralgies rebelles, le médecin doit à son tour s'armer de patience en attendant du temps ou d'un changement



de milieu, les auxiliaires dont il a besoin. La variété des effets qu'on obtient par les divers moyens thérapeutiques fait qu'on ne doit avoir confiance en aucun. Il est très imprudent de conclure d'un cas à un autre. Les hystériques ne sont pas des unités de même espèce.

C'est dans les cas où les phénomènes hystériques se seraient développés après les premiers symptômes d'arthrite, c'est-à-dire dans les cas où ils seraient consécutifs à une lésion de tissu, quelque légère qu'elle paraisse, qu'on aura chance de guérir définitivement, par les résections, les arthrites à caractère névralgique. Mais si les contractures des muscles péri-articulaires, avec ou sans hyperesthésie cutanée, surviennent, sans lésion articulaire appréciable, chez une jeune fille déjà en proie à l'hystérie, il faut se garder d'y toucher, car on pourrait craindre l'invasion d'une autre articulation ou un simple changement dans la modalité des phénomènes hystériques.

Dans nos quatre observations, il y avait peu de lésions osseuses et articulaires; celles que nous avons constatées expliquaient difficilement la violence et la continuité des douleurs. Mais, cependant, il y avait des arborisations de la synoviale, des replis congestionnés et hyperplasiés, une fois une légère hydarthrose et, dans tous les cas, des lésions osseuses ou cartilagineuses réelles (vascularisation, raréfaction, érosions) quoique peu marquées, quand on les compare à certaines altérations de tissus beaucoup plus profondes et qui font à peine souffrir. Et, cependant, il ne faut pas oublier que, dans certaines ostéalgies, ostéites à caractère névralgique, les os présentent dans leur tissu propre, dans leur diaphyse, des lésions aussi insignifiantes au point de vue objectif, et qui s'accompagnent de douleurs persistantes et rebelles qui ne cèdent qu'à la trépanation.

Quelle est la cause de ces douleurs? Je les attribue, dans les os, ou à des névrites radiculaires ou à de petits névromes imperceptibles, ou bien à la compression de quelques filets nerveux par le tissu osseux inextensible; mais c'est là une pure hypothèse que je n'ai pu vérifier et pour laquelle je fais depuis longtemps appel, mais sans succès, au zèle des jeunes travailleurs. Rien n'est si difficile, en effet, que d'aller chercher des filets nerveux dans le tissu osseux, qu'il soit éburné, raréfié ou qu'il ait conservé sa structure. Je ne connais qu'un seul fait que je puisse citer en faveur de mon hypothèse. Dans un cas de cavité suppurante, consécutive à l'élimination d'un foyer tuberculeux suppuré, dans l'extrémité

inférieure du radius, la membrane granuleuse qui tapissait cette cavité était le siège de douleurs très vives ; on ne pouvait pas le toucher avec le stylet sans faire pousser des cris au malade (c'était un homme). Je fis appel à la compétence de M. le professeur Renault, et cet éminent histologue trouva, dans la membrane granuleuse qui tapissait la cavité, une abondance tout à fait insolite de fibres de Remack, de nouvelle formation. Or, il est parfaitement admissible qu'il y ait des lésions analogues dans ces petits foyers d'ostéite où l'os est seulement vascularisé et raréfié, comme dans ces parties de la synoviale envahies par des arborisations vasculaires avec quelques franges plus ou moins saillantes et épaissies.

Ce n'est là qu'une hypothèse, sans doute, mais c'est, à mon sens, la meilleure manière d'expliquer ces douleurs intolérables chez des sujets qui présentent bien quelques signes d'hystérie, mais chez lesquels l'hystérie reste longtemps muette ou latente. C'est, je le répète, dans les cas où l'hystérie est le moins accusée qu'on a le plus de chances de guérir par la résection. Dès que l'hystérie se prononce et domine la scène pathologique, on ne devra recourir qu'avec la plus grande prudence, et après l'insuccès persistant des autres méthodes de traitement, à la suppression de l'articulation douloureuse. C'est dans un autre ordre d'idées qu'il faut chercher et, à cet égard, je serais heureux de voir se confirmer les séduisants résultats que notre collègue M. Jaboulay a récemment annoncés. Il serait préférable, sans doute, de faire marcher les malades par la distension ou la déchirure de quelques filets du grand sympathique de la région sacrée que par la résection du genou.

En résumé, on rencontre des formes d'arthralgies tellement douloureuses et tellement rebelles aux moyens thérapeutiques non opératoires, que la résection de l'articulation est dans l'état actuel de la chirurgie, le seul moyen de guérison.

C'est contre l'élément douleur que la résection agit ; l'opération nous paraît d'autant mieux indiquée que la malade présente des symptômes hystériques moins marqués. Lorsque les phénomènes hystériques sont très accusés et ont précédé la lésion articulaire, c'est du traitement médical que l'affection est justifiable.

Malgré le peu de gravité apparente des lésions de tissu qu'on constate dans ces arthralgies rebelles, ou, pour parler plus rigoureusement, les arthrites à caractère névralgique, il est indispensable d'étudier de nouveau et

avec plus de persévérance la structure des parties qui paraissent être le siège ou le point de départ de la douleur. On trouvera probablement un jour, dans les terminaisons des nerfs articulaires, la cause de ces douleurs.

---

*Séance du 23 février 1899.* — Présidence de M. OLLIER.

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès verbal de la séance du 16 février 1899. Le procès-verbal est adopté.

\*\*\*

**M. Ollier**, président, annonce qu'à l'occasion des funérailles de M. le Président de la République, la Société, s'associant au deuil national, décide de lever la séance.

---

*Séance du 2 mars 1899.* — Présidence de M. OLLIER

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès verbal de la séance du 23 février 1899.

Le procès verbal est adopté.

\*\*\*

**CANCER DU RECTUM. — COLOSTOMIE ILIAQUE PRÉALABLE AVEC ANUS ILIAQUE DÉFINITIF. — ABLATION SECONDAIRE DU NÉOPLASME.**

**M. Durand.** — M. le professeur Maurice Pollosson m'a invité à vous présenter un malade de son service, atteint de cancer du rectum à qui M. Albertin fit un anus iliaque préalable et à qui j'ai fait ensuite l'ablation du néoplasme rectal.

Cette méthode de traitement est celle préconisée par M. Pollosson et nous a donné les meilleurs résultats.

Voici l'observation.

Ce malade entra dans la salle Président Carnot en avril 1898. La marche de la maladie était assez lente, car il en avait ressenti les premiers symptômes deux ans auparavant. Il présentait des troubles locaux : difficulté des selles, écoulement glaireux, hémorrhagies et des troubles généraux, diminution de l'appétit et des forces, pâleur et amaigrissement notables. L'examen montrait un néoplasme annulaire dont le doigt atteignait à peine la limite

supérieure et qui ne commençait qu'à quelques centimètres de l'anus. C'était donc un épithélioma de la variété dite annulaire.

M. Albertin fit à ce malade un anus iliaque par le procédé que venait d'indiquer M. Gangolphe (colostomie iliaque par double ligature). Trois semaines après je pratiquai l'ablation du rectum. L'opération présenta les particularités suivantes :

Je tentai d'opérer par une incision rectiligne rétro-anale avec ablation du coccyx. Le jour que me donnait cette incision ne me permit pas de séparer facilement le rectum de la prostate. Je circonscrivis l'anus par une incision à la Lisfranc et, dès lors, l'opération devint extrêmement facile. Je pus remonter très haut sans ouvrir le cul-de-sac recto-vésical qui voulut bien se laisser décoller du rectum. J'abaissai l'intestin et, avec lui, un énorme paquet ganglionnaire, gros comme un poing d'enfant que j'avais, du doigt, isolé du sacrum. Je sectionnai le rectum deux doigts au-dessus des limites du mal. Je vis alors que je ne pouvais amener à la peau la hanche rectale. Je la serrai dans une pince à longs mors qui faisait, en même temps l'hémostase que je laissai dans le fond de la plaie.

Tout alla pour le mieux et le malade se rétablit rapidement. La vaste plaie périnéale se combla, sauf une petite fistule, qui persiste encore à la région coccygienne.

C'est pour cette fistule que M. Pollosson m'a chargé de présenter ce malade à la Société. Elle donne un peu de liquide louche et force ce malade à se garnir mais c'est là un bien faible inconvénient. Il ne semble pas qu'elle doive se fermer, car elle sert de voie d'écoulement aux sécrétions de la portion d'intestin situé au-dessous de l'anus iliaque. Elle est, semble-t-il, un inconvénient qui n'est pas à mettre en parallèle avec les difficultés et surtout les dangers qu'aurait présentés l'ablation de ce petit segment d'intestin. A ce prix, bien modique on en conviendra, on obtient de réduire l'intervention à la seule voie périnéale et M. Pollosson est persuadé qu'on doit se borner là et ne pas chercher mieux.

A ces réflexions de mon maître, j'ajouterai que je suis heureux de présenter ce malade à cause de l'excellence du résultat obtenu. Du côté de l'orifice iliaque, il a un anus qui ne lui cause que peu d'ennuis. J'accuse, sur ce point, que ses selles sont très régulières, deux fois par jour, sauf accident diarrhéique.

Du côté du néoplasme rectal, les événements ne sem-

blent pas jusqu'à présent moins bons. Il a repris son appétit, ses forces et ses couleurs et son embonpoint et ne montre aucune trace de récurrence, bien qu'il soit opéré depuis 10 mois et que j'aie dû faire l'extirpation de gros ganglions. Tout me permet donc d'espérer un résultat durable, je n'ose pas dire définitif.

**M. Gangolphe** a pratiqué neuf fois la colostomie iliaque. Rien ne passait par le bout inférieur, contrairement à ce qui arrivait par les procédés anciens. Il signale le prolapsus de la muqueuse du bout supérieur qui ne tient pas au procédé opératoire, mais à l'état anatomique du colon. Il survient dans les cas de méso-colon lâche, non s'il est court.

Il ne l'a constaté qu'une fois sur neuf cas. Le malade qu'il a opéré il y a deux ans va bien, ses selles sont régulières, matin et soir. Il n'a pas eu de récurrence.

**M. Durand.**— Dans le cas présenté, il y a eu prolapsus de la muqueuse du bout inférieur; il a rétrogradé à la suite de quelques cautérisations radiées faites sur l'orifice intestino-cutané.

\* \* \*

### GREFFE OPÉRATOIRE D'UN NÉOPLASME

**M. Vallas.** — Je tiens à vous présenter ce malade qui me paraît offrir un exemple frappant de greffe d'un néoplasme par transport à distance d'éléments néoplasiques, au moment de l'acte opératoire.

Ce malade a été opéré, en octobre 1898, d'un néoplasme malin de la région cervico-parotidienne. Pour combler la large perte de substance, le chirurgien, M. Ravel, de Berne, mobilisa un large lambeau cervical et l'adapta dans la perte de substance.

C'est à la partie inférieure de l'incision qui circonscrivait le lambeau, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire que s'est développée une petite tumeur, de la grosseur d'une noisette et dans l'épaisseur même de la cicatrice cutanée. Je crois que cette petite tumeur s'est développée en ce point, à une grande distance du néoplasme primitif à la suite d'un transplant, fait par le bistouri qui a tracé le lambeau autoplastique. Quelques cellules néoplasiques ont dû être déposées là et ont été le point de départ de la petite tumeur actuellement obser-

vée. Cette tumeur siège dans la cicatrice cutanée elle-même, ce n'est pas un ganglion et il n'existe pas d'autre récurrence entre la tumeur principale et celle-ci. D'ailleurs, je me propose d'enlever cette petite tumeur et d'en faire l'examen histologique. Quant à la tumeur principale qui est en pleine récurrence, elle est inopérable.

**M. Fochier.** — Les faits de greffe néoplasique les plus fréquents, sont ceux observés à la suite d'ablations de tumeurs végétantes de l'ovaire. Malgré toutes les précautions, on voit, dans certains cas, la récurrence se produire dans la ligne des sutures péritonéales et quelquefois même dans les plaies musculaires ou cutanées.

**M. Gangolphe** a vu un cas de tumeur vésicale où le néoplasme, parti de la paroi postérieure, était venu prendre insertion sur la paroi antérieure, traversant la veine à la façon d'un pont.

**M. Jaboulay.** — Ayant fait une laparotomie pour un néoplasme de l'estomac, que je déclarai inopérable, je vis se produire un noyau néoplasique dans la cicatrice abdominale. Je pus en faire l'ablation et vérifier le diagnostic.

**M. Fochier.** — Quel fut le résultat de l'examen histologique ?

**M. Jaboulay.** — C'était un cylindrome.

\*\*\*

## RÉSECTIONS POUR ARTHRALGIES REBELLES

(suite)

**M. Ollier.** — En résumé parmi les quatre malades que j'ai opérés, deux se trouvaient être hystériques, sans grande hystérie, deux n'avaient pas de phénomènes hystériques. Les lésions trouvées lors de l'intervention sont minimales : synoviale épaissie, hydarthrose légère, quelques érosions cartilagineuses. La résection ne doit être faite que lorsque les différents moyens médicaux ont échoué et quand il n'y a pas d'hystérie en jeu. Plus il y a d'hystérie, moins il faut réséquer. Il ne faut pas la pratiquer précocement, il a attendu deux ans, un an, huit mois dans ces cas avant de s'y résoudre. Quant à la raison anatomique des douleurs, elle lui échappe, il y a

une analogie entre ces arthralgies ne cédant qu'à la résection et les ostéalgies ne cédant qu'à la trépanation.

**M. Albertin.** — Je puis vous montrer un malade qui me paraît rentrer dans la catégorie de ceux visés par M. Ollier et qui me paraît présenter cette particularité, qu'il n'y a pas lieu de le rattacher plus ou moins à l'hystérie, c'est un adulte à qui j'ai pratiqué une résection de l'humérus il ya cinq ans, pour une arthralgie rebelle de l'épaule droite.

Voici quelques mots de son observation :

N..., Charles, charpentier, âgé de 36 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, salle St-Joseph en 1893. Il s'est toujours bien porté, a reçu en 1885 au Tonkin, un coup de feu qui a fait séton pénétrant en dehors du mamelon droit pour aller sortir un peu au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate.

Le malade avait conservé quelques douleurs vagues dans le moignon de l'épaule. En 1890, en portant une poutre, il dit avoir, à la suite d'un ressaut, éprouve une douleur dans le moignon de l'épaule, mais n'avait pas cessé de travailler. Ce n'est qu'au bout de trois mois que, la gêne fonctionnelle s'accusant, il se met en traitement.

Malgré le peu de signes d'arthrite observés en dehors de la douleur, on lui fait un traitement par la révulsion l'hydrothérapie, etc., pendant deux ans et demi, sans résultat.

Il vient alors à l'Hôtel-Dieu demandant un soulagement même par une opération. Je fais encore l'essai de la révulsion, du massage, de l'hydrothérapie sans plus de succès. Le coude reste collé au corps, le malade immobilise son articulation et accuse non seulement des douleurs à l'occasion des mouvements mais des douleurs spontanées. Il n'y a ni gonflement ni œdème sur le pourtour de l'articulation.

En présence de l'échec de toute la médication antérieure, je décide de pratiquer la résection de la tête humérale et je l'opère en décembre 1893.

Les suites ont été apyrétiques et normales.

L'opération a fait disparaître les douleurs et, quatre mois après la résection, le malade quittait l'hôpital ayant déjà quelques mouvements utiles et assez étendus.

Je le retrouve aujourd'hui, cinq ans après l'opération, il vient de passer deux ans dans une forteresse d'Allemagne pour y avoir pénétré étant insoumis à la loi militaire.

Les douleurs arthralgiques n'ont pas reparu et la mobilité de l'articulation réséquée est bien suffisante. C'est bien là un cas d'arthralgie rebelle, car il y avait une disproportion énorme entre les douleurs et les lésions de l'articulation. La tête humérale enlevée était saine, présentait quelques traces d'érosion du cartilage arthroïdal.

Il y a là, évidemment, des lésions qui nous échappent et qu'il serait bon de rechercher; les douleurs vives éprouvées par les malades ne s'expliquent pas par la vérification des surfaces articulaires; il se peut que le problème soit plus complexe et qu'il y ait lieu de faire intervenir le système nerveux en tant que branches articulaires et osseuses.

Quoiqu'il en soit, je constate que, dans mon cas particulier, la résection a transformé l'état du malade et d'un infirme absolu en a fait un homme capable d'utiliser son membre réséqué, autrefois condamné à l'impotence absolue. Il faut noter aussi la disparition des douleurs sans récurrence depuis cinq ans.

Je crois que, dans certains cas, peu nombreux, il est vrai, la résection peut avoir son indication en face d'arthralgies rebelles rendant un membre douloureux et inutile. Ce sont des arthrites sur la nature desquelles nous ne sommes pas fixés.

\*\*\*

*Rapport sur le Mémoire présenté par MM. Boisson et Chapotot.*

Sur la proposition de M. Goullioud, rapporteur de la commission composée de MM. Rochet, Gangolphe et Goullioud, la Société décide l'impression dans son Bulletin du résumé du mémoire présenté.

#### **DES LÉSIONS ANATOMIQUES DE L'AFFECTION DITE « LE PIED FORCÉ DU SOLDAT ».**

(Résumé d'une étude sur la nature des lésions et leur pathogénie).

Au nombre des accidents causés par la marche chez les soldats, on a signalé depuis longtemps un gonflement douloureux de l'avant-pied dont la cause et l'origine ont été l'objet d'interprétations diverses.

En France, les médecins majors Puzat en 1887, Poulet en 1888, Martin en 1891, Busquet en 1897, ont tour à tour



écrit des mémoires sur ce sujet. Leurs descriptions visent une affection siégeant à l'avant-pied, survenant chez les fantassins après une marche prolongée, caractérisée dans ses grandes lignes par du gonflement du dos du pied, de la douleur soit spontanée, soit provoquée par la pression ou les mouvements, et par de l'impotence fonctionnelle.

Pauzat considère ces lésions comme de la périostite traumatique et accuse particulièrement la chaussure d'en être cause.

Pour Poulet, les accidents sont attribuables à de l'ostéo-périostite rhumatismale.

On trouve dans la description de Martin, celle de la tarsalgie. « Par suite de fatigues souvent répétées, dit-il, le poids du corps qui porte tout entier sur la face dorsale du pied, amène la distension des ligaments plantaires, l'effacement de la voûte ».

Busquet n'ajoute rien aux notions précédentes.

Les choses en étaient là, lorsque en 1898, de Schulte et Steckow, se placèrent sur un terrain nouveau, en utilisant la radiographie : Ils trouvèrent deux genres de lésions : 1<sup>o</sup> l'ostéo-périostite caractérisée par un épaissement modéré des diaphyses ; 2<sup>o</sup> des fractures avec chevauchement variable et production d'un cal au bout de quelque temps.

Steckow a observé 36 cas, dont 7 seulement se rapportent à la marche, à l'exclusion de toute autre cause ; il ne fait pas une classe à part de ces sept observations, car il admet, pour eux comme pour les autres, une origine traumatique : « les 4 derniers métatarsiens et surtout le 2<sup>e</sup>, dont la pointe se trouve plus avancée, se brisent lorsqu'un choc vient plus ou moins de côté se décharger sur le squelette du pied ».

A la suite du travail de Steckow, M. le professeur Munier, dans un exposé critique des travaux précédents, émet les réflexions suivantes : La fracture métatarsienne semble devoir logiquement correspondre à un traumatisme brusque ; l'entorse métatarsienne serait la conséquence de violences minimales, mais répétées, telles que les subit le pied au cours d'une marche ou d'une station prolongée.

Nos observations avec radiographies faites à l'hôpital militaire Desgenettes sont au nombre de seize. Elles ont été presque toutes recueillies pendant le mois de septembre 1898 chez des éclopés des 52<sup>e</sup> et 99<sup>e</sup> de ligne, évacués sur le dépôt de Lyon pendant les grandes

manœuvres d'automne ; elles démontrent que la marche seule, à l'exclusion de tout traumatisme, peut être cause soit de fracture des métatarsiens, soit d'arthrites ou entorses tarso-métatarsienne.

Les fractures, longtemps méconnues, sont de beaucoup les plus fréquentes ; leur siège est, dans la généralité des cas, la partie moyenne de la diaphyse du 2<sup>e</sup> métatarsien. Le 3<sup>e</sup> ne semble se fracturer qu'après le 2<sup>e</sup>.

Le trait de fracture, d'un type uniforme, est transversal avec des saillies dentelées, donnant le plus souvent l'aspect d'un V à pointe dirigée vers le tarse. Le chevauchement est peu prononcé. Ce sont des fractures indirectes, se produisant par le mécanisme du levier du 2<sup>e</sup> genre, l'extrémité antérieure du métatarsien venant appuyer sur le sol, tandis que son extrémité postérieure, surtout pour le 2<sup>e</sup>, est solidement fixée et immobilisée au niveau de l'articulation de Lisfranc.

La condition essentielle pour que l'extrémité antérieure des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> métatarsiens vienne prendre contact avec le sol au moment du point d'appui dans la marche, réside dans l'affaissement de la voûte plantaire par fatigue des muscles qui la maintiennent, ainsi que par épuisement des muscles qui fixent le 1<sup>er</sup> métatarsien et le gros orteil pendant la marche. Le 1<sup>er</sup> métatarsien, relativement très mobile sur le 1<sup>er</sup> cunéiforme fuit devant la résistance du sol laissant la tête du 2<sup>e</sup> métatarsien supporter tout l'effet du point d'appui.

Deux sortes de lésions peuvent alors se produire : 1<sup>o</sup> des fractures ; 2<sup>o</sup> des entorses de l'articulation de Lisfranc, celles-ci se développent quand l'os résiste.

Sur nos seize cas de gonflement douloureux de l'avant-pied, relevant exclusivement de la marche, nous trouvons par la radiographie :

A. — 9 fractures, savoir : 7 du 2<sup>e</sup> métatarsien seul, 1 des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> métatarsiens, 1 du 3<sup>e</sup> métatarsien seul (Ce dernier peut être le résultat d'une chute au gymnase).

B. — 7 entorses.

La symptomatologie, par les moyens cliniques ordinaires peut être fixée sur quelques points, elle permet de différencier les fractures des entorses. Dans les fractures, en raison de la constitution même du gril métatarsien, du gonflement qui ne manque jamais au moment de l'observation, du faible volume des diaphyses métatarsiennes, il est difficile de percevoir la crépitation ; cependant, en la cherchant à la partie moyenne du 2<sup>e</sup> métatarsien, nous l'avons généralement constatée. La

douleur fixe à la pression au niveau de la diaphyse est aussi en faveur de la fracture : en effet, dans l'entorse la douleur siège vers l'extrémité postérieure du métatarsien.

Il semble que, dans l'entorse, l'impotence fonctionnelle soit bien plus marquée ; les sujets ne peuvent plus se lever sur la pointe des pieds, tandis que, dans le cas de fracture, cette attitude, quoique douloureuse, est encore possible ; les sujets porteurs d'entorses ne peuvent plus marcher, tandis que chez les fracturés, pour peu qu'ils soient énergiques, la marche est encore possible. Plusieurs de nos éclopés ne se sont pas présentés au médecin avant la fin des manœuvres ; chez l'un d'eux la fracture du 2<sup>e</sup> métatarsien date des premiers jours de marche et présente déjà un cal ; celle du 3<sup>e</sup> est toute récente et remonte au dernier jour avant la rentrée à Lyon.

Dans les divers régiments d'infanterie auxquels l'un de nous a appartenu, il a eu souvent l'occasion d'observer des hommes atteints de pied forcé, tous sans exception ont guéri sans trace d'infirmité consécutive. Or, il n'en est pas de même dans les fractures par traumatisme brusque. Dans deux cas observés récemment dans les services de chirurgie de l'hôpital Desgenettes, le fonctionnement du pied est sérieusement compromis.

Le traitement du pied forcé, que l'on ait affaire à des fractures ou à des entorses, consiste uniquement dans le repos et le massage, l'emploi d'appareil d'immobilisation paraît absolument inutile.

#### OBSERVATION I

B..., jeune soldat, 22 ans. Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Le 31 août, il part aux manœuvres. Avant d'arriver à la deuxième étape, il commence *lentement* à souffrir du pied gauche, mais continue à marcher jusqu'à Chambéry. Il ne peut noter ni choc, ni effort, ni torsion du pied, ni chute. Sa chaussure ne l'a pas blessé. Il constate en la quittant une tuméfaction de tout le dos du pied, depuis la base des orteils jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne.

A son arrivée à Lyon, nous trouvons un point très douloureux vers l'extrémité supérieure du deuxième métatarsien.

Mouvements de flexion et d'extension très douloureux. Il peut cependant poser le pied à terre, sans une trop vive douleur.

Le 12 septembre, léger œdème du cou-de-pied gauche.

Si l'on fixe solidement le tiers postérieur du deuxième métatarsien et qu'avec le pouce de l'autre main on appuie sur les deux tiers antérieurs, on perçoit une *crépitation* dont la netteté s'accuse au moment où l'on cesse la pres-



OBS. I. — Fracture du 2<sup>e</sup> métatarsien pouvant servir de type de fracture survenue pendant la marche, sans traumatisme.

sion. Cette manœuvre s'accompagne d'une vive douleur. La sensation de crépitation rappelle la crépitation osseuse de la fracture.

*Radiographie.* — *Fracture du deuxième métatarsien* siégeant à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs (fig. 1), en forme de V ouvert en avant, avec léger écartement des branches du V, comme s'il y avait

pénétration du fragment antérieur dans le fragment postérieur. Trop récente, pour qu'il y ait un cal apparent.

OBSERVATION II

E..., 28 ans, réserviste, employé de soierie, debout toute la journée. Nul antécédent.

Part, le 31 août, aux manœuvres. Pendant la première étape, il commence à souffrir au niveau du dos du pied,



OBS. I. — Fracture du 2<sup>e</sup> métatarsien avec déplacement des fragments.

sans cause occasionnelle brutale autre qu'une gêne du soulier. Le lendemain, il constate une tuméfaction générale du pied, sans rougeur, sans ecchymose. Il fait les

étapes suivantes en voiture. Comme il souffre toujours, on le renvoie à Lyon le 3 septembre.

Nous constatons alors le gonflement, l'impotence, une douleur vive et une *crépitation nette* sur le deuxième métatarsien.

Le 12 septembre, gonflement insignifiant. Point très douloureux vers la partie moyenne du deuxième métatarsien, provoqué soit par la pression, soit par la flexion forcée de ce métatarsien. Au même niveau, et par les mêmes procédés, sensation de crépitation. Station debout, pied à plat, possible; aussi sur la pointe du pied. Mouvements spontanés peu douloureux.

*Radiographie.* — *Fracture du deuxième métatarsien* à la partie la plus reculée de l'extrémité antérieure, presque transversale, de trait irrégulier, presque en forme de V; déplacement du fragment antérieur en dehors. Pas de cal.

#### OBSERVATION III

J..., 30 ans, réserviste. Employé de banque, pas habitué à la marche. Antécédents nuls.

Parti le 31 août. Après une trentaine de kilomètres, il met le pied sur un caillou, ressent une vive douleur dans le pied gauche, avec perception d'un craquement. Finit l'étape (20 kilom.). A son arrivée, pied totalement enflé. Son soulier ne le gênait pas. Epreuve une douleur limitée au milieu du métatarse, quand il met le pied à terre.

A Lyon, au premier examen, on sentit nettement une *crépitation* qu'on localisa au tiers antérieur du deuxième métatarsien.

Le 12 septembre, gonflement disparu. Douleur peu vive. On ne perçoit plus que difficilement la crépitation, si nette au début; au niveau du point jadis très douloureux, on sent une tuméfaction rappelant la formation d'un cal. Impotence fonctionnelle presque nulle.

*Radiographie.* — *Fracture du deuxième métatarsien* à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. Trait oblique en V. Léger chevauchement. Pas trace de cal.

#### OBSERVATION IV

P..., 22 ans, classe 1896. Cultivateur. Hérité et antécédents personnels nuls. Parti aux manœuvres le 1<sup>er</sup> septembre. Un peu avant d'arriver aux Echelles, il commence à souffrir du pied droit, rapidement, presque brusquement, sans qu'il ait remarqué *ni faux pas, ni heurt, ni blessure* du soulier, sans qu'il ait senti de craquement.

Arrivé à l'étape, après avoir enlevé son soulier, il constate que son pied enfle rapidement. Le lendemain et les jours suivants, il continue de marcher, exempt de sac.



Obs. III. — Fracture du 2<sup>e</sup> métatarsien.

Il a même, quoique souffrant beaucoup, l'énergie de faire toutes les manœuvres (marches, combats, assauts). Les douleurs étaient plus aiguës quand son pied portait à faux. De retour à Annecy, et malgré un repos assez complet de quelques jours, il souffre encore.

Au bout de cinq jours, on le renvoie à Lyon et, le 17 septembre, nous constatons une enflure siégeant exclusivement au niveau des trois métatarsiens du milieu.

Par la pression, on éveille une douleur aiguë dont le maximum siége à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs du 2<sup>e</sup> métatarsien ; douleur très vive aussi, à peu près au même niveau, sur le 3<sup>e</sup> et sur le 4<sup>e</sup>. Les mouvements des orteils éveillent une douleur dans le même point.

On sent une tuméfaction profonde dont le maximum se trouve vers l'extrémité postérieure des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> métatarsiens, qu'elle réunit en quelque sorte; cette tuméfaction



OB3. IV. — Fracture du 2<sup>e</sup> métatarsien avec léger déplacement du fragment antérieur.

est régulière, mais on ne peut en préciser nettement les limites. Il est impossible de trouver des craquements ou de la crépitation.

Le blessé peut se tenir debout sur son pied droit posant bien à plat, mais quand il se hisse sur la pointe, il souffre beaucoup.

*Radiographie.* — Elle donne des résultats extrêmement intéressants :

1<sup>o</sup> Fracture relativement ancienne du 2<sup>e</sup> métatarsien à sa partie moyenne. Trait transversal et commencement de production du cal;



2<sup>o</sup> Fracture irrégulière et esquilleuse du 3<sup>e</sup> à sa partie moyenne, fracture récente, sans trace de cal.

OBSERVATION V

D..., 22 ans. Cultivateur. Mère rhumatisante. Nul antécédent.

Fait toutes les manœuvres sans fatigue, sans que sa chaussure l'ait gêné. Au retour, il part d'Annecy le 17 septembre et marche sans douleur durant 30 à 35 kilomètres. A ce moment, brusquement, mais sans avoir senti de heurt, sans avoir fait de faux pas, il perçoit nettement dans le pied un craquement et une douleur aiguë; il continue à marcher sur le talon, fait ainsi 7 à 8 kilomètres et passe une nuit à l'étape. En quittant son soulier, il constate une enflure générale du pied, plus prononcée sur la région des métatarsiens du milieu, et en même temps une grosseur comme une noisette siégeant vers l'extrémité antérieure du deuxième ou troisième métatarsien.

Le lendemain, nouvelle étape de 20 kilomètres. Au début il souffre beaucoup; le pied « s'échauffant », la douleur diminue un peu pour reparaitre plus vive à la fin de l'étape.

Le lendemain, jour de repos, il se présente à la visite. On l'évacue sur le dépôt du fort Lamothe.

Le 22 septembre, nous constatons : très peu d'enflure. Rien à noter, ni sur le premier, ni sur le deuxième, pas plus que sur les quatrième et cinquième métatarsiens. Sur le troisième, douleur vive à la pression au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, dont les mouvements sont très douloureux. Le blessé ne peut absolument pas se tenir sur la pointe du pied. Sur les métatarsiens nous ne trouvons rien (phénomène étrange, car la radiographie nous démontra une lésion osseuse méconnue, alors que nous n'avions pu diagnostiquer que l'arthrite concomitante).

*Radiographie.* — Sur la partie moyenne du deuxième métatarsien *cal fusiforme*, au milieu duquel on distingue d'une façon peu précise; mais pourtant certaine (surtout sur l'épreuve négative), *les traces d'une fracture transversale.*

OBSERVATION VI

P..., 21 ans. Employé de bureau; n'a pas l'habitude de la marche. Antécédents nuls.

Part le 1<sup>er</sup> septembre. Après une ou deux étapes, il commence à souffrir du pied droit et constate de l'enflure sur les trois métatarsiens du milieu. Il ne peut noter ni chute, ni faux pas, ni traumatisme. Sa chaussure ne le blessait pas. Après un jour de manœuvres, ne pouvant

plus marcher, il se fait porter malade. On l'exempte de manœuvres. A ce moment, il ne pouvait pas même remuer les doigts de pied. Il n'avait ressenti aucun craquement.

Nous ne le voyons que le 22 septembre et constatons la tuméfaction du pied au niveau des deuxième et troisième métatarsiens, tuméfaction profonde tenant aux os et en fuseau. Un examen plus minutieux nous révèle que cette tuméfaction appartient au deuxième métatarsien.

Une pression peu énergique sur la partie antérieure de cette tuméfaction donne la sensation d'un *craquement* très bien perçu par le malade. Cette crépitation rappelle nettement le frottement de deux fragments osseux l'un contre l'autre. On la provoque à volonté en fixant d'une main l'extrémité postérieure de l'os et mobilisant avec l'autre main l'extrémité antérieure. La pression éveille peu de douleur. L'extension forcée des orteils n'en provoque presque pas. Le blessé se tient bien sur le pied à plat et même sur la pointe du pied. Nous diagnostiquons : fracture du deuxième métatarsien siégeant à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs du deuxième métatarsien.

*Radiographie.* — *Fracture du deuxième métatarsien* à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs ; en V. sans déplacement des fragments, avec commencement de cal.

#### OBSERVATION VII

P.... 22 ans, cultivateur. Antécédents nuls. Parti aux manœuvres le 1<sup>er</sup> septembre. Après quelques étapes il commence à souffrir du pied droit, presque brusquement sans qu'il ait remarqué ni faux-pas, ni heurt, ni blessure du soulier, sans qu'il ait senti de craquement.

A l'étape, son soulier enlevé, il constate que son pied enfle rapidement. Il est exempt de sac et, malgré de vives souffrances il a l'énergie de faire toutes les manœuvres (marches, combats, assauts). Au retour, après 5 jours de repos à Annecy, souffrant toujours, on le renvoie à Lyon.

Le 17 septembre, nous constatons l'enflure sur les trois métatarsiens du milieu. Par la pression on éveille une douleur aiguë dont le maximum siége à l'union du 1/3 postérieur et des 2/3 antérieurs du deuxième métatarsien, et une autre douleur très vive à peu près au même niveau sur le troisième, douleurs réveillées par les mouvements des métatarsiens.

On sent une tuméfaction profonde dont le maximum se trouve vers l'extrémité postérieure des deuxième et troisième métatarsiens, qu'elle réunit en quelque sorte ; cette tuméfaction est régulière, mais on ne peut en préciser nettement les limites.

Nous ne réussissons pas à trouver de craquements. Le blessé se tient sur le pied posant bien à plat ; il souffre beaucoup lorsqu'il se hisse sur la pointe.

*Radiographie.* — Donne des résultats extrêmement intéressants :



Obs. VII. — 1<sup>o</sup> Fracture ancienne du 2<sup>e</sup> métatarsien à trait transversal avec formation d'un cal à la partie externe ; 2<sup>o</sup> fracture récente, irrégulière et esquillée du 3<sup>e</sup> métatarsien.

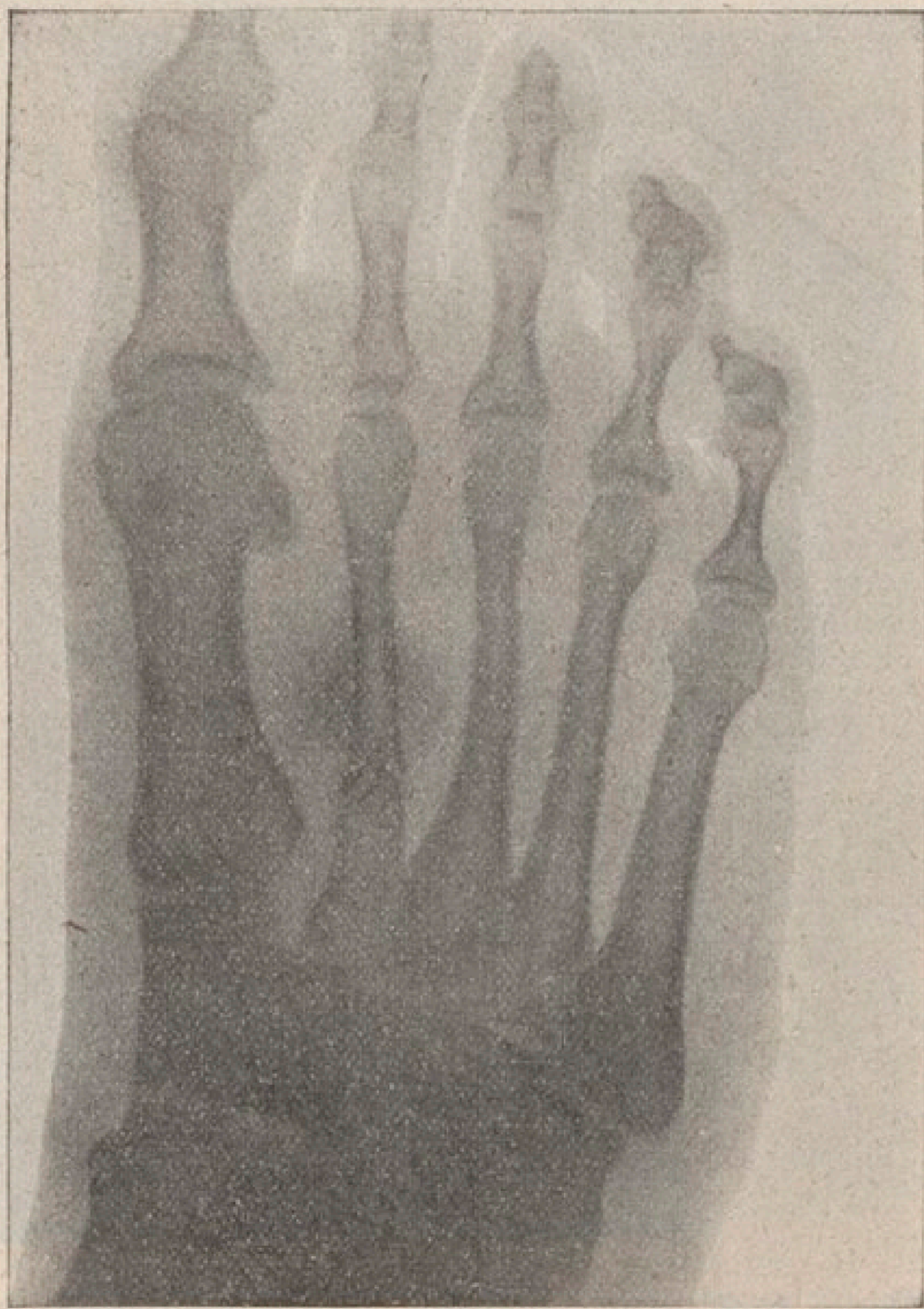
1<sup>o</sup> *Fracture* relativement ancienne du deuxième métatarsien à sa partie moyenne. Trait transversal et commencement de production du cal.

2<sup>o</sup> *Fracture irrégulière et esquilleuse* du troisième métatarsien à sa partie moyenne, récente, sans trace de cal.

OBSERVATION VIII

B. . . , 23 ans, cultivateur. Un peu rhumatisant. Parti le 4<sup>er</sup> septembre. Le 5 septembre, à la 4<sup>e</sup> étape, brusquement, sans traumatisme, se met à souffrir dans la région métatarsienne du pied gauche.

Ce blessé, malgré ses souffrances, malgré le gonflement du pied, fit toutes les manœuvres et les marches, aller et



Obs. VIII. — Fracture du deuxième métatarsien (1/3 postérieur) avec formation d'un canal arrondi.

retour, marchant pendant 20 jours, sur le bord externe du pied. Ses souffrances furent les mêmes pendant ces 20 jours. Il ne perçut aucun craquement.

26 septembre. — Métatarse enflé, rouge, chaud. Le deuxième métatarsien n'est douloureux qu'à son tiers

moyen et fort peu. Il semble que l'on perçoit une tuméfaction siégeant entre les deuxième et troisième métatarsiens, tuméfaction très douloureuse. Pas trace de crépitation.

Douleur vive au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne troisième.

Le blessé se tient sur le pied à plat, mais ne peut se hisser. Le pied de cet homme s'étale quand on le fait reposer sur le sol; il devient presque plat et donne la sensation que ses deux voûtes n'offrent plus une solidité suffisante.

*Radiographie.* — Sur le deuxième métatarsien à l'union du 1/3 postérieur avec les 2/3 antérieurs, fracture en V avec léger déplacement du fragment antérieur vers le côté externe du pied. On voit nettement la formation d'un cal arrondi irrégulier de forme, saillant très peu sur le bord externe et beaucoup sur le bord interne.

#### OBSERVATION IX

V..., homme robuste, bien portant, sans antécédents. Légère entorse tibio-tarsienne en mai 1898, par chute au gymnase. Fit en juin des marches d'entraînement et, après quelques kilomètres, sentit une douleur à l'avant-pied, continua à marcher, sans gêne du soulier; il ne se souvient d'aucun traumatisme.

*Radiographie* 3 semaines après l'accident. On constate un cal volumineux, fusiforme, à la partie moyenne du troisième métatarsien. Il est probable que la torsion du pied en mai eut pour effet de léser le troisième métatarsien par un traumatisme direct, ce qui explique l'absence de lésion du deuxième, et la cause de cette lésion unique sur le troisième, probablement siége d'une faible résistance à la suite du traumatisme antérieur.

#### OBSERVATION X

C..., 22 ans. Antécédents nuls.

Aller et retour pendant les manœuvres sans incident. Au retour, le 24 septembre, en se levant il sent son pied droit un peu douloureux; il avait, la veille, éprouvé une vague douleur, sans traumatisme, sans blessure de la chaussure. Il eut beaucoup de peine à accomplir le reste de l'étape jusqu'à Lyon.

25 septembre. — Enflure modérée du milieu de l'avant-pied; peau rouge, chaude, luisante. A la pression, peu de sensibilité sur le deuxième métatarsien, douleur vive à l'extrémité antérieure du troisième et du quatrième. En imprimant des mouvements aux deuxième et surtout troisième métatarsien, on perçoit de vagues craquements,

non constants et une crépitation nette, perçue par le blessé, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne troisième.

Peut se tenir à peu près sur le pied à plat.

*L'élévation sur la pointe est absolument impossible.*

*Radiographie. — Pas de fracture. Arthrite métatarso-phalangienne.*

#### OBSERVATION XI

P..., 22 ans. Rien à noter dans les antécédents. Marche bien pendant les sept premiers jours de manœuvres. A ce moment, sans cause occasionnelle traumatique, il commence à souffrir *progressivement* des deux pieds, principalement du gauche. Les pieds sont très enflés. On nous le renvoie. Le premier examen est fait sommairement.

Le 12 septembre. — Léger gonflement. Rien d'anormal à la palpation dans la continuité des métatarsiens. Pas de crépitation, pas de gonflement osseux. Douleur nette au niveau des articulations tarso-métatarsiennes deuxième et troisième.

*Radiographie. — Pas de fracture. Arthrite.*

#### OBSERVATION XII

C..., réserviste, 30 ans. A eu deux légères atteintes de rhumatisme.

Commence à souffrir dès le second jour de marche (sans cause appréciable) et *progressivement*. Le lendemain, douleur vive à la région moyenne et externe du pied droit. Ni tuméfaction, ni rougeur. On le renvoie. Nous ne trouvâmes nulle trace de douleur ou de gonflement osseux dans la continuité des métatarsiens, mais de la douleur au niveau des articulations tarso-métatarsiennes ; *impossibilité de se dresser sur la pointe du pied.*

*Radiographie. — Nulle trace de fracture. Arthrite tarso-métatarsienne.*

#### OBSERVATION XIII

R..., réserviste, 27 ans. Antécédents nuls. Après 5 jours de marche, le pied droit devient douloureux *lentement*, sans cause traumatique. Le cou-de-pied, surtout dans la région qui confine aux orteils, est tuméfié. Douleur plus vive en ce point. Mouvements d'élévation sur la pointe très difficiles.

Le 12 septembre, peu de gonflement. Douleur vive au niveau des articulations métatarso-phalangiennes 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup>. Pas de crépitation. Rien dans la continuité des os.

*Impossibilité de se dresser sur la pointe*  
*Radiographie. — Pas de fracture. Arthrite métatarso-phalangienne.*

OBSERVATION XIV

D..., jeune soldat. Antécédents nuls. Après quelques étapes, sans traumatisme, mais son soulier le gênant, il commence à souffrir *progressivement*. On le renvoie après une étape de 30 kil. qu'il put effectuer, à 7 kil. à l'heure, sans trop souffrir.

Le 10 septembre, notre premier examen constate une enflure modérée, une crépitation plutôt neigeuse au niveau de la deuxième articulation métatarso-phalangienne, siège d'une douleur vive; se tient sur le pied à plat. Le moindre mouvement de torsion est impossible.

Le 13 septembre. — Presque plus de douleur, ni de gonflement. Le blessé se tient sur le pied à plat et même sur la pointe. Rien dans la continuité des os.

*Radiographie. — Nulle trace de fracture. Arthrite métatarso-phalangienne.*

OBSERVATION XV

P..., 23 ans. Hérité nulle. Fièvre typhoïde il y a un an.

Dès le premier jour des manœuvres (après 3 jours de marches préparatoires), au 5<sup>e</sup> kilom., il *commence* à sentir, sans traumatisme, une douleur vague, diffuse à l'avant-pied gauche.

Il achève l'étape et, le lendemain, ne sent plus rien. Vingt-quatre jours après, au retour, au départ de l'étape, il ressent de nouveau la même douleur, mais bien plus forte, brusque, au moment même du départ. Il ne ressent aucun craquement.

Il acheva l'étape (c'était la dernière), souffrant beaucoup, ayant le pied enflé; la douleur s'exaspérait chaque fois que, après une pause, il repartait.

Le 26 septembre, le pied est un peu enflé (le malade est au repos depuis 48 heures) sur le 1/3 postérieur du 2<sup>e</sup> métatarsien on provoque une douleur aiguë en un point précis. Cette même douleur se réveille, mais en un point plus postérieur, quand on cherche à faire basculer en bas, la tête antérieure de ce métatarsien. La station sur le pied à plat est possible, *sur la pointe elle est impossible*. D'ailleurs, les mouvements forcés de flexion des orteils et d'extension sont douloureux.

Nous avons, en vain, cherché à provoquer la crépitation. Certains mouvements semblaient la provoquer, mais ce n'était pas net.

Le pied s'étale, s'affaisse quand on le fait poser à plat

sur le sol ; il donne l'impression que ses courbes plantaires manquent de résistance.

*Radiographie.* — Pas de lésion osseuse. La localisation de la douleur à l'extrémité postérieure du 2<sup>e</sup> métatarsien, permet d'affirmer l'arthrite tarso-métatarsienne.

OBSERVATION XVI

M..., 22 ans. Antécédents nuls. Après 24 jours de manœuvres, au retour, il sentit une douleur sur le dos du pied, douleur *progressive*, sans perception de craquement. Put arriver jusqu'à Lyon et ne se fit porter malade que 8 jours après. A ce moment, gonflement peu marqué. Douleur vive à la pression, mal localisée le long du 2<sup>e</sup> métatarsien et surtout aux deux extrémités. Pas de crépitation.

Cet homme a les pieds un peu plats.

*Radiographie.* — Pas de fracture.

---

**Observations supplémentaires (fractures par traumatisme).**

*Fractures des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> métatarsiens, par chute d'un lieu élevé*

OBSERVATION A.

Le nommé B..., soldat au 157<sup>e</sup> de ligne, entre à l'hôpital Desgenettes, dans le service de notre collègue le médecin-major Rioblanc, le 17 mai 1898.

Le jour même, au matin, le malade faisant des exercices de gymnastique, tombe sur ses pieds d'une hauteur de 6 mètres. En gymnaste exercé, B... touche le sol avec la pointe des pieds, le droit portant un peu sur le bord externe. Le blessé a senti nettement un craquement au moment du choc, mais sans grande douleur ; par contre, l'impotence du pied était complète et, pour se rendre à l'infirmerie, B... dut s'appuyer sur un aide et ne poser que le talon sur le sol.

Dès le soir de l'accident, on constate de la tuméfaction du dos de l'avant-pied, des ecchymoses sur cette face, vers le bord externe : la douleur à la pression est vive au tiers antérieur des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> métatarsiens ; il en est de même lorsqu'on porte les orteils en hyperextension. On trouve de la mobilité anormale et de la crépitation aux points douloureux.



L'épreuve radiographique permet de constater les lésions suivantes : fracture oblique au tiers moyen du 2<sup>e</sup> métatarsien sans grand déplacement ; fracture très oblique des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> métatarsiens à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, avec chevauchement latéral très accentué, la tête des métatarsiens étant portée en dedans, et la pointe du fragment antérieur du 4<sup>e</sup> brisée secondairement. La radiographie faite, de profil, accuse un déplacement bien manifeste dans le plan vertical.

Le 24 mai, après la disparition du gonflement, le pied est placé dans un appareil silicaté avec attelle plantaire. Le 2 juin, le gonflement du pied persiste, quoique atténué, la pression directe est encore douloureuse. Dans les premiers jours de juillet, après des stations debout trop prolongées, le gonflement réapparaît, la marche continue à être difficile. Le 29 juillet, le gonflement a disparu, mais la pression au niveau de la tête des métatarsiens provoque toujours de la douleur, et le malade est gêné dans la marche. Il est douteux que B... puisse retrouver le fonctionnement intégral de son pied au point de vue de la marche. Dans les premiers jours d'août, le malade part en congé de convalescence. Il n'a pas pu être revu depuis.

#### OBSERVATION B.

Le cavalier S..., du 7<sup>e</sup> cuirassiers, entre le 11 juin dans le service de notre collègue, le médecin-major Battut. Cet homme eut, dans une chute de cheval, la veille, le pied gauche pris entre le sol et sa monture. Comme dans l'observation précédente : impotence fonctionnelle, douleur vive à la pression et au redressement des orteils, mobilité anormale et crépitation. Gonflement considérable de l'avant-pied avec ecchymose vers la base des orteils. Même évolution et mêmes particularités à signaler, au sujet de la persistance de l'œdème de la douleur et de la difficulté pour la marche. Sorti le 27 juillet, le malade n'a pu être revu qu'à son retour de congé de convalescence, le 6 octobre suivant.

La *radiographie* du début montre nettement les fractures des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> métatarsiens absolument analogues à celles signalées dans l'observation précédente ; on les croirait calquées l'une sur l'autre. Il est évident que le mécanisme de la lésion a été identique, produisant sur le pied gauche de S... des fractures semblables à celles rencontrées sur B...

Rentré au corps le 27 septembre, S... est exempté de bottes. Il fait son service pendant quatre jours, mais le gonflement du pied réapparaît avec des douleurs très vives. Il est envoyé de nouveau à Desgenettes, le 3 octobre.

*Etat actuel.* — Le pied est déformé et semble tordu autour d'un axe allant de la malléole interne au 3<sup>e</sup> orteil, tordu en valgus, et cela seulement pour l'avant-pied. Le calcaneum fait une saillie très prononcée sur le bord externe. La voûte plantaire est considérablement aplatie et pourtant, au niveau des métatarsiens, il y a un dôme osseux très prononcé.



OBS. B. — Type de fracture par traumatisme  
(Chute sur le pied.)

Pas de douleur à la palpation, mais, dans la marche, impossibilité d'étendre les orteils sur le dos du pied : le malade soulève le pied en entier et appuie sur le talon, jamais sur les têtes métatarsiennes.

Pas d'autre déformation, pas de troubles trophiques.

	Mensurations	
	Pied droit (malade)	Pied gauche (sain)
	cent.	cent.
Bord externe.....	23	22,5
Bord interne.....	27	27
Du bord interne au bord externe, en passant par le point culminant du dos du pied..	16,5	15

*Radiographie le 6 octobre.* — Les trois fractures sont consolidées en bonne position, mais disjonction considérable de l'interligne de Lisfranc, de Chopart, ainsi que du 1<sup>er</sup> métatarsien d'avec le 2<sup>e</sup>. De plus, on remarque, vers la mortaise des cunéiformes, un fragment du 2<sup>e</sup> métatarsien qui est resté en place et ne s'est pas consolidé.

En résumé, aujourd'hui, on peut reconnaître que S... a eu non seulement des fractures multiples des métatarsiens, mais encore des divulsions (entorses, subluxations) des interlignes articulaires du tarse.

Cet homme est à proposer pour la réforme.

#### CONCLUSIONS.

Ce que l'on entend en pathologie militaire sous le nom de pied forcé répond à deux ordres de lésions, savoir : 1<sup>o</sup> des fractures de la diaphyse des métatarsiens, généralement du deuxième; 2<sup>o</sup> des entorses des articulations métatarsiennes, plus particulièrement de celles des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> métatarsiens avec le tarse.

La marche seule dans les conditions où l'exécutent les soldats, c'est-à-dire d'une façon prolongée, et avec la charge de l'équipement suffit pour les déterminer.

Leur pronostic est bénin.

Les Secrétaires : Dr ALBERTIN.

Dr CONDAMIN.

Le Gérant : Dr VALLAS.

# LIBRAIRIE Louis SAVY

5, rue du Plat (35, place Bellecour) LYON

DUPLAY et RECLUS — Traité de chirurgie.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opératoire.

TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique.

POLLOSSON. — Précis de médecine opératoire.

ROCHET. — Traité de la dysurie sénile.

FORGUES et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale.

TERRIER et HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac.

CHALOT. — Traité de chirurgie opératoire.

ASSORTIMENT COMPLET D'OUVRAGES DE MÉDECINE

ANCIENNE MAISON A. WALTENER

## IMPRIMERIE P. LEGENDRE & C<sup>ie</sup>

14, Rue Bellecordière, LYON

Imprimeurs de « La Province Médicale »

et du « Bulletin de la Société de Chirurgie »

THÈSES, TRAVAUX SCIENTIFIQUES

*Mémoires, Brochures, etc., etc.*

SPÉCIALITÉ D'AFFICHES

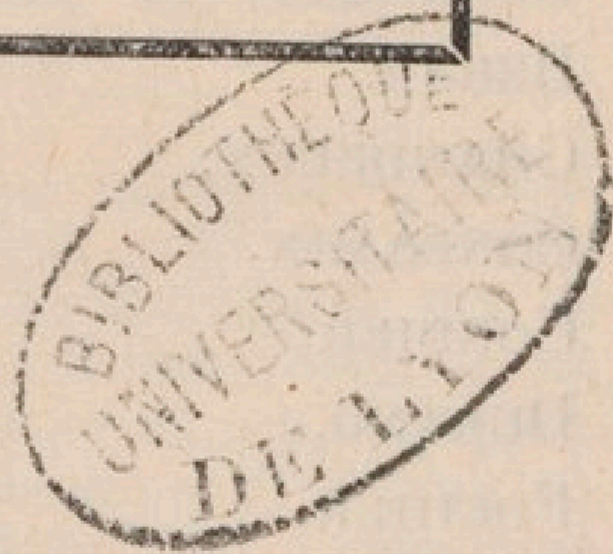
DE TOUS FORMATS

BULLETIN  
DE LA  
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
DE LYON

Tome II — N° 3

MARS, AVRIL

1899



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C<sup>ie</sup>

Ancienne Maison WALTENER & C<sup>ie</sup>

14, Rue Bellecordière, 14

1899

# SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1899



## BUREAU

<i>Président</i> .....	OLLIER.
<i>Vice-Président</i> .....	FOCHIER.
<i>Secrétaire général</i> .....	VALLAS.
<i>Trésorier-archiviste</i> .....	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i> .....	{ ALBERTIN. CONDAMIN.

## MEMBRES

ALBERTIN.	JABOULAY.
AUBERT.	LAROYENNE.
AUGAGNEUR.	MARTIN.
BÉRARD.	NOVÉ-JOSSERAND.
BERNÈ.	OLLIER.
CHANDELUX.	POLLOSSON (Maurice).
CONDAMIN.	POLLOSSON (Auguste).
CORDIER.	ROCHET.
DURAND.	ROLLET.
FOCHIER.	SABATIER.
GANGOLPHE.	SIRAUD.
GAYET.	VALLAS.
GOUILLOUD.	VILLARD.
HORAND.	VINCENT.

BULLETIN  
DE LA  
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
DE LYON

---

*Séance du 9 mars 1899.* Présidence de M. OLLIER.

---

**M. Albertin** lit le procès-verbal de la séance du 2 mars 1899.

Le procès-verbal est adopté.

\*\*\*

RÉSECTION POUR ARTHRALGIE REBELLE

(DISCUSSION, SUITE)

**M. Gangolphe** cite le cas d'une malade qu'il vit, en 1883, dans le service de M. Ollier, elle avait une arthrite douloureuse du genou, on lui fit des pointes de feu, de l'immobilisation, la trépanation du fémur, l'ablation de la rotule sans la soulager. M. Ollier hésita à la réséquer. Il la retrouva en 1885 dans le service de M. Tillaux, où on lui avait amputé la jambe; on ne trouva rien dans l'articulation, néanmoins la malade fut guérie. Il est difficile de faire le départ entre les arthralgies hystériques et les arthralgies avec lésions minimes de l'articulation. Cependant il importe de bien les distinguer pour l'intervention. Il relate huit faits d'arthralgies hystériques, guéris par différents moyens de suggestion médicamenteuse. Il faut tenir compte, dans les cas d'arthralgie non hystérique de la notion de traumatisme.

**M. Ollier.** — Le cas de M. Albertin qui rentre dans

les formes qu'il a décrites, montre l'utilité de la résection. Quant aux faits, qu'il a rapportés, il a laissé de côté les cas d'hystérie qui ont guéri.

\*\*\*

### ROLE DU SYMPATHIQUE DANS LES NÉVRALGIES

**M. Jaboulay** présente : 1<sup>o</sup> une malade atteinte de troubles nerveux du membre inférieur avec hydarthrose du genou, dont il a été question dans la précédente séance; 2<sup>o</sup> un homme atteint de névralgie du trijumeau qui a été améliorée par la section du sympathique cervical, et fait, à l'occasion de ces deux malades, la communication suivante :

Rien n'est encore aussi obscur que la nature de la névralgie. Les opérations dirigées sur le trijumeau et ses branches, résections et arrachements, sont loin de mettre à l'abri des récidives ; quelquefois elles ne donnent aucun soulagement et sont inutiles, laissant après elles de l'anesthésie douloureuse et toujours, ou à peu près, elles sont suivies de retour des phénomènes douloureux, du moins celles qui ne mettent pas en danger immédiat de mort, celles qui s'adressent aux branches périphériques, et non au ganglion de Gasser. D'autre part, la simple trépanation du crâne, celle qui consiste dans le 1<sup>er</sup> temps de l'extirpation du ganglion de Gasser, avec ouverture des méninges, peut donner des améliorations très remarquables qui font différer le second temps jusqu'à deux ou trois mois après. Ces considérations mènent à penser que peut-être en agissant par un moyen spécial, sur la totalité du trijumeau, origines et nerf périphérique, on pourrait arriver à modifier son hyperexcitabilité douloureuse. Aussi il est abondamment pourvu, dès sa naissance dans le mésocéphale, et jusque dans ses branches ultimes, d'abondantes ramifications sympathiques. Il lui en vient dans sa racine, bulbo-protubérentielle, par le prolongement du tractus intermedio-latéralis et de la colonne vésiculaire, au voisinage du trou déchiré postérieur, dans son tronc principal, au niveau du sinus caverneux dans ses trois branches de division. D'un autre côté, l'extirpation du ganglion cervical supérieur du sympathique fait atrophier la substance grise qui entoure l'aqueduc de Sylvius, et si le ganglion de l'habenula est pris plus spécialement, la substance grise, au voisinage de laquelle naît une partie de la racine supérieure du trijumeau, remarquable par



de grosses cellules vésiculeuses assez analogues à celles de la colonne de Clarke de la moëlle, est aussi atrophiée; il disparaît donc à ce niveau un centre sympathique, situé vers les origines du trijumeau, comme il en disparaît un autre entre les cinquième et huitième racines cervicales, après la même opération, comme disparaît un noyau du vague et de l'hypoglosse (Hoeben, Utrecht 1866, et Huet, Amsterdam, 1898), comme encore doivent disparaître les fibres sympathiques annexées au trijumeau et à ses branches, par trois courants distincts.

La suppression de ces *nervi nervorum* est-elle capable de modifier l'excitabilité du trijumeau? J'ai pratiqué l'ablation du ganglion cervical supérieur du sympathique à un homme de 60 ans qui, depuis deux ans, présentait une névralgie trifaciale localisée surtout dans le territoire du nerf maxillaire supérieur; les deux localisations les plus douloureuses sont, l'une vers la commissure interne des paupières, dans le sillon naso-génien, l'autre dans la bouche, sur la face interne de la lèvre supérieure. L'attouchement de ces deux points réveille des crises terribles, pendant lesquelles les téguments de la joue transpirent, et des larmes sont sécrétées en abondance. Le malade prend toutes sortes de précautions pour manger, et pour éviter les contacts avec ces deux zones d'hyperesthésie. L'opération n'a produit aucun effet pendant deux jours, puis les crises se sont atténuées peu à peu et, le septième jour, le malade est parfaitement soulagé au moins comme intensité des accès qui peuvent cependant être encore provoqués par les attouchements des deux endroits si sensibles. Plus tard les crises se sont espacées et ont disparu, au moins les crises qui naissaient spontanément et à l'occasion des mouvements des lèvres et des joues pour parler, boire ou manger.

C'est rendre service que de faire remplacer l'opération meurtrière de l'ablation du ganglion de Grasser, par l'excision simple et facile du ganglion cervical supérieur.

Je pense enfin que toutes les névralgies devraient être traitées, lorsqu'elles deviennent chirurgicales, d'après le même principe de la destruction des *nervi nervorum* des nerfs douloureux, c'est-à-dire de leurs filets sympathiques.

Il convient de rapprocher cette amélioration d'une névralgie très douloureuse du trijumeau d'une amélioration obtenue dans une arthralgie du genou et dans des douleurs qui sillonnaient le membre inférieur, par une opération s'adressant au sympathique sacré. C'était chez

une jeune fille de 26 ans, bien équilibrée, et ne présentant aucun signe d'hystérie avéré, qui souffrait du membre inférieur gauche, depuis 3 ans, principalement au niveau du condyle interne du fémur, vers le cou-de-pied, et aussi de temps en temps dans la fesse, et jusque dans les reins. Elle a été siphonnée et soumise à toutes les révulsions habituelles. Au mois d'août 1898, elle entra dans un service de chirurgie; l'on constata une certaine atrophie du membre, de l'hydarthrose du genou, avec douleurs spécialement vives à ce niveau, ainsi qu'au pourtour de l'articulation tibio-tarsienne et de celle de la hanche; cette malade avait eu des hémoptysies; le diagnostic de polyarthrite tuberculeuse fut porté et la malade soumise aux pointes de feu sur le genou, la hanche et les lombes, et emprisonnée dans un silicate qui remontait jusqu'à l'aisselle. Les douleurs ne firent qu'augmenter et, au bout de deux mois, elle supplia que l'appareil lui fût enlevé; à ce moment on lui propose la résection du genou, qu'elle refusa et sortit de l'Hôtel-Dieu. Elle continua à souffrir, ne pouvant marcher qu'avec des béquilles, et vint dans mon service à la fin de janvier 1899; elle avait encore de l'hydarthrose du genou gauche, et les points douloureux indiqués précédemment. Je diagnostiquai des troubles nerveux du membre inférieur, troubles vaso-moteurs avec œdème de l'articulation du genou et je proposai de décoller le rectum pour paralyser le sympathique sacré. C'est ce qui fut fait; le soir de l'opération la malade semblait avoir le cou-de-pied plus libre et moins souffrir; mais c'est le deuxième jour qu'après une sorte de crise, les douleurs disparurent complètement, et que l'usage du membre inférieur fut récupéré d'une façon parfaite et définitive.

Les règles vinrent deux jours après sans douleurs, ce qui n'arrivait pas depuis longtemps; elles sont revenues sans souffrances il y a 15 jours.

La même opération a agi, en effet, comme dans la névralgie pelvienne pour supprimer les douleurs du côté des organes génitaux; elle a aussi agi du côté des nerfs sensitifs du membre inférieur, comme dans les sciaticques.

Par le décollement du rectum, en effet, on détruit : 1<sup>o</sup> les branches antérieures du sympathique sacré qui vont au plexus hypogastrique; 2<sup>o</sup> les branches qui relient le plexus hypogastrique aux 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> paires sacrées qui sont des branches d'origine du sciatique. Et l'on sait que, grâce à l'inhibition et à l'interférence, un vaste territoire

nerveux peut être impressionné par une opération en intéressant une minime étendue.

D'ailleurs, j'attache un rôle important aux désordres utéro-ovariens qui se traduisent par la dysménorrhée ou l'aménorrhée, dans la genèse de certaines arthrites et arthralgies du membre inférieur, et je pense même que, chez les jeunes filles et les jeunes femmes, beaucoup d'hydarthroses intermittentes du genou, avec atrophie du membre inférieur, sont reliées à des perturbations fonctionnelles de l'appareil génital interne.

Il est facile de comprendre cette coïncidence, si l'on place leur origine dans le sympathique sacré qui commande à la fois aux organes pelviens et au sciatique, et aussi l'amélioration qui résulte de cette simple opération dans des territoires qui sont éloignés et paraissent indépendants.

Si bien que je propose de faire entrer dans la nosologie, une arthrite spéciale d'origine utéro-ovarienne, atteignant le genou par névrite du sympathique sacré.

L'importance du sympathique est donc grande dans les phénomènes névralgiques. Une névralgie est inconnue dans sa nature intime, disent les classiques, après avoir signalé et rejeté la théorie qui en place la cause dans des troubles vaso-moteurs. Cependant la théorie en question semble singulièrement appuyée par les faits. D'ailleurs les exemples sont nombreux qui montrent l'insuffisance fréquente des moyens qui s'adressent aux nerfs à fibres blanches; l'élongation, même sanglante, du sciatique n'a souvent rien donné, pas plus que sa résection dans des douleurs de névrite; il en est de même pour le membre supérieur, où une élongation du plexus brachial n'a pas pu calmer des douleurs consécutives à une amputation du poignet ayant résisté, d'ailleurs, à des névrotomies, ou des excisions de névromes dans le moignon. Pour le membre supérieur, je conseillerais, en cas de névralgies rebelles, ou bien de décoller tout le paquet vasculo-nerveux carotidien, y compris le sympathique cervical, dans sa partie inférieure, et de le rejeter en avant; de la sorte, on détruit les *rami communicantes* aux branches antérieures des 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> paires cervicales, et 1<sup>re</sup> dorsale; ou bien de dénuder l'artère sous-clavière qui reçoit un réseau de fibres sympathiques.

Le sympathique apparaît partout comme le régulateur dans le fonctionnement et la santé des organes, qu'il s'agisse de nerfs à fibres blanches, comme le trijumeau

et le sciatique, qu'il s'agisse de viscères, comme le cœur ou la thyroïde, comme les viscères du petit bassin, comme le foie, le pancréas, qui, vicieusement actionnés, produisent le diabète, ou les capsules surrénales, qui donnent en s'altérant la maladie d'Addisson. »

\*\*\*

### INTOXICATIONS PRODUITES PAR L'EMPLOI CHIRURGICAL DE L'ORTHOFORME

**M. Albertin.** — Toutes les publications faites jusqu'à ce jour au sujet de l'emploi de l'orthoforme s'accordent à proclamer la parfaite innocuité de cette substance.

J'ai observé un cas d'intoxication orthoformique chez une de mes malades à qui, par inadvertance et sans que je l'aie prescrit, on avait fait une large application d'orthoforme sur un pédicule après hystérectomie.

Un autre cas a été observé par M. Mailland, interne du service, chez un malade de M. Maurice Pollosson. Sur mon conseil, il s'est préoccupé de rechercher des cas analogues et en a découvert quelques-uns dans les services lyonnais. Son travail sera publié ultérieurement; je me bornerai à citer les observations qu'il y a réunies, et je tiens à l'associer à ma communication.

L'orthoforme n'est pas toxique si l'on en croit les travaux de Einhorn et Heinz, de Garel et Bernoud, de Ducray. Et, cependant, l'observation de notre malade nous paraît être absolument démonstrative: l'orthoforme peut, comme l'iodoforme, provoquer des accidents d'intoxication.

Voici d'ailleurs le résumé de notre observation :

Marie R.... 47 ans, entre à la salle Gensoul pour un gros fibrome utérin.

Le 5 décembre 1898, je fais l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe et je fais sur ce pédicule un pansement avec du xéroforme; c'est, d'ailleurs, la conformité de désinence des deux mots orthoforme et xéroforme qui a fait que l'aide chargé du troisième pansement a employé l'orthoforme par erreur.

Les deux premiers pansements sont faits le 18 et le 21 décembre avec du xéroforme; il n'y a rien d'anormal localement; la malade est apyrétique depuis l'intervention, jouit d'un très bon état.

Le 20 décembre, le troisième pansement est fait, et c'est alors que l'orthoforme est substitué au xéroforme.

La malade était apyrétique et il n'y avait pas de suppuration locale. A partir de ce pansement, la température monte à 38,5; il survient de la céphalalgie et de l'inappétence. Le troisième jour, cet état persiste, mais il se produit sur la face une éruption bizarre sous forme de placards rouge vineux. On refait le pansement croyant à de l'infection de la plaie; il n'en est rien; la plaie est rose sans trace d'infection ou de suppuration. Croyant employer le xéroforme, l'aide qui fait le pansement fait une large application d'orthoforme.

Le lendemain, 30 décembre 1898, la température s'élève à 39°5; l'état général est mauvais: céphalalgie, inappétences, nausées et généralisation de l'éruption à la moitié supérieure du corps. Cet érythème, de coloration rouge vineux, se présente sous forme de placards isolés ou confluents légèrement saillants. A la face, il forme un véritable masque sans œdème. Il existe quelques plaques semblables autour de la plaie abdominale. On pouvait penser à un érysipèle, mais rien ne permet de faire ce diagnostic; il n'y a pas la moindre ressemblance entre l'éruption et la plaque érysipélateuse. Il y a un peu d'albumine dans les urines alors qu'avant il n'en existait que des traces inappréciables avant l'opération.

Le 31 décembre, même état, 39°2. On fait le pansement et on reconnaît alors l'erreur commise, c'est-à-dire la substitution de l'orthoforme au xéroforme.

On nettoie minutieusement la plaie de toute trace d'orthoforme et on fait un pansement avec talc et bismuth. Le lendemain, la température tombe, les phénomènes généraux s'atténuent, l'éruption diminue et, au bout de trois jours, tout est fini.

Il n'y a pas lieu d'hésiter à attribuer à l'orthoforme les accidents observés.

L'examen du sang, fait par M. Paul Courmont, avait été négatif au point de vue microbien. L'examen de ce qui restait d'orthoforme dans les flacons démontra qu'il était chimiquement pur.

M. Mailland, interne du service, en observa un second cas chez une malade opérée, par M. Maurice Pollosson, pour un cancroïde du nez. Là encore, on mit de l'orthoforme sur la plaie, croyant mettre du xéroforme et, le lendemain, on vit se dérouler les mêmes accidents, embarras gastriques, nausées, fièvre et éruption analogues.

On supprime l'orthoforme, les accidents disparaissent.

Enfin, dans son travail, M. Mailland cite encore deux

observations de malades de M. Rollet, chirurgien de l'hôpital de la Croix-Rousse.

Dans les deux cas, il s'agissait de brûlure et on choisit l'orthoforme comme topique, à cause de ses propriétés analgésiques.

Dans les deux cas, il y eut des phénomènes généraux et une éruption orthoformique.

Voilà quatre observations qui démontrent nettement qu'il ne faut pas considérer l'emploi de l'orthoforme comme absolument innocent.

L'orthoforme est, on le sait, un analgésique assez puissant et, dernièrement, M. Vincent le préconisait en suppositoires contre les douleurs qui suivent les interventions sur la région ano-rectale, pour hémorroïdes, fissures, etc. M. Rollet l'avait choisi à ce titre pour le pansement des brûlures.

On l'emploie beaucoup en laryngologie, si nous nous reportons aux travaux de Garel, Bernoud et Ducray.

Suivant Ducray, cet agent analgésique est précieux, parce qu'il est peu soluble et qu'il ne s'en dissout que juste assez pour analgésier et pas assez pour intoxiquer. Et, cependant, nous avons constaté plusieurs cas d'intoxication par l'orthoforme, employé, il est vrai, *larga manu*, comme topique des plaies.

M. le professeur Hugounenq, à qui M. Mailland demandait des éclaircissements sur les propriétés chimiques de l'orthoforme, lui a fourni une interprétation théorique qui nous paraît juste.

L'orthoforme, insoluble dans l'eau, devient soluble si on rend ce liquide alcalin. Cette condition d'alcalinité, augmentant la solubilité de l'orthoforme, paraît réalisée au niveau des plaies dont les sécrétions séreuses sont alcalines.

En présence de ces faits indiscutables d'intoxication orthoformique, il y a lieu de réformer les conclusions précitées sur la non toxicité de l'orthoforme. Les chirurgiens ne devront l'employer, comme topique des plaies, que discrètement et parcimonieusement, pour éviter de pareils accidents.

---

*Séance du 16 mars 1899.* — Présidence de M. OLLIER

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du 9 mars 1899 ; ce procès-verbal est adopté.

\*\*\*

### UNE OBSERVATION DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Par le Dr GUILLOUD

Les relations de cas de grossesse ectopique sont devenues fréquentes, et je n'aurais pas pris la liberté de vous en présenter une nouvelle observation classique, si je n'avais pensé que notre Société est jeune encore et que ce sujet n'a pas été traité devant elle. D'autre part, j'ai suivi le sujet de mon observation pendant plusieurs mois ; à trois reprises s'est posée devant moi la question de l'opportunité d'une intervention dans des conditions tout à fait différentes. Aussi, m'a-t-elle vivement intéressé et inspiré quelques réflexions que je viens vous soumettre.

Ma malade était une femme de 35 ans qui, mariée depuis de nombreuses années, n'avait pas eu de conception reconnue. Cependant, au début du mariage ; une perte, nécessitant quelques jours de lit, fait penser à un avortement ovulaire. A part un peu de dysménorrhée. Mme X... n'a pas eu de symptômes d'affection abdominale.

Je fus appelé auprès d'elle, par M. le Dr L. Gangolphe, le 29 juin 1898. Elle me raconta alors qu'elle n'avait pas eu ses règles depuis le 9 avril ; que, vers le 7 juin, elle avait eu quelques douleurs abdominales et des vomissements ; mais que les accidents avaient eu toute leur acuité le 15 juin, c'est-à-dire à deux mois de grossesse environ.

Le 28 juin, il est facile de porter le diagnostic d'hématocèle, par rupture d'une grossesse tubaire. On distingue l'utérus gros et incliné à droite ; une induration abdominale diffuse dans la moitié gauche et inférieure de l'abdomen, avec induration dans le Douglas, ballonnement du ventre, pouls rapide, à 120, avec une température peu élevée, à 37°8. Evidemment, l'hémorragie intra-péritonéale date de quelques jours déjà, et il n'y a pas lieu d'intervenir dans un but d'hémostase.

L'hématocèle est constituée et s'affirme les jours suivants. Le cul-de-sac de Douglas s'indure, un plastron plus

net se dessine à gauche, au-dessus du pubis, s'étendant très loin à gauche, vers le flanc, s'arrêtant d'autre part en dedans, au niveau de l'utérus, dont le bord droit forme la limite précise de l'induration abdominale. Mais la lésion est diffuse, plus abdominale que pelvienne. Il y a là une sorte d'inondation péritonéale, plutôt qu'un épanchement bien localisé dans le Douglas. Cette raison m'empêche d'intervenir et me fait attendre la résorption spontanée de l'épanchement.

Quelques semaines après, je remarque un léger, mais véritable ictère, avec teinte jaune des conjonctives, urines foncées, etc. Je pense à un ictère hémaphérique. Il est plus probable qu'il s'est agi d'un ictère de grossesse.

C'est qu'en effet, malgré la rupture tubaire, la grossesse a continué à évoluer. Dans la seconde moitié d'août, je suis frappé de ce que l'induration abdominale ne s'est pas résorbée, mais que ses limites sont devenues plus nettes, par suite de la disparition du ballonnement.

La malade va mieux, comme état général; mais il persiste de la sialorrhée et quelques vomissements. La malade remarque une certaine tension des seins.

Je pense alors à la possibilité de la persistance de la grossesse. Un souffle placentaire doux, à gauche et près de l'utérus, confirme cette idée.

Je ne crois pas devoir intervenir à ce moment. Le fœtus n'a que quatre mois et demi. Je dois m'absenter; et surtout il n'y a pas à craindre de rupture de la trompe, puisque celle-ci a déjà eu lieu.

A mon retour, le 3 octobre, je trouve la grossesse arrêtée. En effet, vers le 15 septembre, du 14 au 27, Mme X... a ressenti les douleurs du faux travail, a eu des pertes rouges, puis une montée de lait. Bientôt tout se calme; le ventre s'affaisse; il n'y a plus de souffle placentaire. Les douleurs, du 14 au 17, et la montée de lait, très nette, le 24, permettent de fixer au 20, environ, la mort du fœtus.

Vers le 8 novembre, Mme X... va bien, se lève, ne souffre pas. Cependant, elle accepte l'intervention que je lui propose et entre à Sainte-Marthe.

A ce moment, la tumeur formée par la grossesse extra-utérine occupe la moitié gauche de la région sous-ombilicale. La tumeur plonge peu dans le bassin. Son développement a été surtout abdominal.

Opération le 10 novembre 1898, avec MM. Louis Gangolphe et Lagaite. Par une incision pubio-ombilicale



médiane, j'arrive rapidement sur le sac adhérent et me reconnais bientôt dans le placenta. Il se détache un peu sans saigner. Je le décolle alors, comme dans une délivrance artificielle, et l'enlève entier. Il est épais, triangulaire, implanté à la partie interne du sac, au niveau de la trompe.

En suivant le cordon, je tombe sur le siège du fœtus, que j'enlève. Il était en dedans de la fosse iliaque, le siège près du placenta, la tête plus en haut et en dehors à l'extrémité excentrique du sac fœtal. Il sort sans difficulté, aucune adhérence ne le retenant.

La poche amniotique, bien distincte, se détache et est entraînée au dehors.

Toilette du sac fœtal, qui renferme un liquide brunâtre, hématique, et quelques débris fibrineux. Pas de sang.

J'essaie de décoller un coin du sac ; ça saigne ; je n'insiste pas.

Quelques points de suture sur une déchirure du sac, qui s'est produite pendant le décollement du placenta.

Marsupialisation de la poche, que l'on draine par une très petite mèche de gaze.

Suture à trois plans de la paroi au-dessus et au-dessous de l'étroit orifice de sortie de cette mèche. A son niveau, je place sur la couche aponévrotique trois fils métalliques d'attente, non serrés, suivant la manière de faire de M. Laroyenne.

Les suites opératoires ont été simples, apyrétiques.

Le 18 novembre, huitième jour, ablation définitive de la mèche de drainage et torsion de deux des fils d'attente, qui réunissent ainsi la couche aponévrotique, et, le douzième jour, torsion du troisième

Le 29 novembre, ablation du dernier fil d'attente.

Le 1<sup>er</sup> décembre, la cicatrisation achevée, la malade quittait la maison de santé.

Le fœtus est une fille, longue de 19 centimètres, arrivée à quatre mois et demi de grossesse, sans aucune malformation, sans aucune adhérence amniotique.

Le placenta pesait 290 grammes.

..

La question de l'opportunité d'une opération s'est posée une première fois, au moment où l'hématocèle était constituée, quelques jours après la rupture tubaire. L'hémorragie semble s'être produite en plusieurs fois et ne s'est pas accompagnée des symptômes de la forme catacly-

mique de l'hématocèle. Appelée, alors que l'hémostase spontanée s'était produite, je ne suis pas intervenu et j'ai abandonné l'épanchement intra-péritonéal à la résorption spontanée, parce que celui-ci était diffus et plus abdominal que pelvien.

Il est probable que le débridement des hématocèles arrête, dans quelques cas, le développement des grossesses tubaires, et ce serait une raison de plus de le préférer au traitement médical, à l'évolution spontanée de l'hématocèle.

Reconnaissant la persistance de la grossesse, à quatre mois et demi de son évolution, je me suis, pour la seconde fois, demandé s'il fallait opérer. J'ai différé de le faire, parce que, répondant en cela au désir de la mère, je pouvais espérer sauver l'enfant. En attendant quelques semaines, il était viable.

Je n'avais d'ailleurs plus à craindre les accidents, si graves à ce moment, d'une rupture du kyste fœtal, celui-ci n'étant plus constitué par une paroi contractile et friable comme l'est le sac tubaire, mais par les adhérences péritonéales, extensibles et peu vasculaires. Je n'avais plus affaire à une grossesse tubaire, mais à une grossesse abdominale secondaire.

La mère n'était plus exposée, par cette attente, qu'à un risque opératoire plus grand, en rapport avec le développement de la grossesse, mais l'espérance d'avoir un enfant vivant était une compensation suffisante, et la mère acceptait volontiers ce risque. Je serais intervenu au septième mois, probablement.

Il est à remarquer que, malgré les accidents du début de la grossesse, le fœtus ne présentait aucune malformation, fait en rapport avec l'absence de toute adhérence amniotique.

Si j'étais intervenu, l'enfant étant encore vivant, par une incision médiane, je serais tombé en plein placenta et j'aurais été obligé de l'enlever immédiatement. N'ayant pas affaire à une poche tubaire énucléable, j'aurais pu avoir de grandes difficultés d'hémostase. D'où la conclusion, dans un cas pareil, de faire une toute autre incision, pour s'éloigner du point où la perception du souffle placentaire, dès les premiers mois de la grossesse, indiquait la présence du placenta, et pour ne pas s'exposer à décoller celui-ci et à se voir dans l'obligation fâcheuse de l'enlever dans de mauvaises conditions.

Enfin, l'enfant mort, tout danger sérieux pour la mère avait disparu, et il n'y avait plus qu'à la délivrer par une

opération simple et sans danger. La date du faux travail et surtout la date de la montée de lait permettaient de fixer à peu près sûrement le moment de la mort du fœtus. Je suis intervenu au cinquantième jour, à partir de ce moment, et le placenta s'est détaché sans la moindre hémorrhagie, point digne d'être précisé.

Il fallait encore ne pas exposer la malade à l'inconvénient d'une pointe de hernie abdominale. Cependant, pas de poche facilement énucléable, et obligation, ce me semble, pour le moment, de drainer la poche marsupialisée. J'ai su depuis que Doléris s'en est abstenu. Je suis parvenu aisément au but en réduisant le volume de la mèche de drainage et en assurant une parfaite réunion de la couche aponévrotique au moyen des fils d'attente de M. Laroyenne, placés sur la couche aponévrotique et serrés au moment de l'ablation de la mèche de drainage. Ils m'ont donné toute satisfaction dans ce cas et, en moins d'un mois, la cicatrisation était achevée, sans risques d'éventration ultérieure.

\*\*\*

### LYMPHADÉNIE INFECTIEUSE AVEC PÉRIODES FÉBRILES

**M. Chandelux.** — Le malade atteint de lymphadénomes généralisés, survenus à la suite d'une éruption furonculaire d'assez longue durée, et présenté par M. le professeur Gayet à la Société de Chirurgie, dans la séance du 2 février dernier, m'a rappelé plusieurs cas de lymphadénie infectieuse que j'ai pu observer depuis quelques années. Je viens aujourd'hui les faire connaître, car ils me paraissent appartenir bien nettement aux affections d'origine microbienne et venir ainsi à l'appui de l'opinion défendue par M. le professeur Bard, dans un article du *Lyon Médical* (1) et dans une thèse soutenue devant la Faculté de Médecine de Lyon par son élève Guillermet (2), opinion successivement acceptée par MM. Roux et Lanouis, par Delbet et par M. le professeur Poncet, qui en a fait publier une belle observation dans la thèse de son élève Rudler (3).

---

(1) BARD. — Leucocythémie considérée comme cancer propre du sang, *Lyon Médical*, 1888.

(2) GUILLERMET. — Adénie ; sa nature infectieuse, Thèse de Lyon, 1890, n° 256.

(3) RUDLER. — De la lymphadénie, maladie infectieuse, Thèse de Lyon, décembre 1895.

La première observation que j'ai pu recueillir a trait à un lympho-sarcome du cou, développé à la suite d'une tuméfaction ganglionnaire qui s'était montrée elle-même au cours d'une angine grippale. En voici la relation .

OBSERVATION I

*Lympho-sarcome du cou, d'origine infectieuse grippale, avec périodes fébriles.*

(OBSERVATION PERSONNELLE)

Le Dr X. ., âgé de 49 ans, de tempérament arthritique et goulteux, mais jouissant habituellement d'une assez bonne santé, a eu, à l'âge de 20 ans, plusieurs hémoptysies assez abondantes, qui ne se sont d'ailleurs pas reproduites depuis cette époque et ont laissé les poumons dans un état absolument normal, comme on peut s'en assurer par l'auscultation. Depuis quatre ans environ, une tuméfaction molle, fluctuante, est apparue sur le dos de la main gauche et a continué à se développer lentement, sans douleur, de façon à constituer une tumeur allongée dans le sens vertical, d'un volume dépassant celui d'un œuf de poule. Cette tumeur devient plus tendue pendant les mouvements de flexion des doigts et l'on voit à ce moment se dessiner, sur ses parties latérales, des dépressions longitudinales correspondant aux tendons extenseurs, dont elles reproduisent les dimensions et la forme. Il s'agit donc bien manifestement d'un kyste synovial, indépendant de l'articulation radio-carpienne, nettement fluctuant, mais sans crépitation rhiziforme lorsqu'on exerce à sa surface des pressions alternatives.

Dans les premiers jours de décembre 1894, le malade fut pris brusquement d'un frisson assez violent, accompagné de fièvre et de céphalalgie. Bientôt, une douleur se fit sentir dans le gosier, amenant de la gêne de la déglutition. A ce moment, les amygdales étaient rouges, enflammées, ainsi que le pharynx. Il en était de même des fosses nasales. Bref, il s'agissait d'un coryza avec angine catarrhale dépendant d'un état infectieux grippal.

Le troisième jour de la maladie, les ganglions situés au niveau de l'angle de la mâchoire, à droite, augmentèrent de volume et devinrent douloureux. Cette tuméfaction s'accrut pendant trois ou quatre jours, puis resta stationnaire, ce qui coïncida avec une disparition des phénomènes fébriles. Devant cette persistance d'un engorgement ganglionnaire atteignant le volume d'une orange, dur, un peu douloureux à la pression et présentant de temps à autre des poussées pendant lesquelles il y avait accroissement de la tuméfaction et apparition de

douleurs spontanées, lancinantes, semblables à celles que l'on observe quand l'adénite doit devenir suppurative, le malade me pria de l'examiner le 7 janvier 1895. A ce moment, toute trace d'inflammation du gosier a disparu. La muqueuse du pharynx a sa coloration normale. Il en est de même des amygdales, dont le volume est normal et dont la surface ne présente aucune ulcération.

Sur la région du cou, on aperçoit, à droite, au niveau de l'angle de la mâchoire, une tuméfaction du volume du poing, descendant jusqu'au milieu du cou, dans la direction du muscle sterno-mastoïdien. A ce niveau, la coloration de la peau est normale. Il n'existe point d'œdème, et la pression du doigt exercée sur la région ne laisse aucune empreinte.

En saisissant entre les doigts les tissus, on sent très nettement que la tuméfaction est constituée par une série de ganglions, distincts les uns des autres, non fusionnés par l'inflammation du tissu cellulaire ambiant. Tous ces ganglions sont durs, de consistance uniforme, peu douloureux à la pression, susceptibles de déplacements. Aucun d'eux ne présente de points fluctuants.

Sur le reste du corps, l'exploration la plus minutieuse ne permet point de découvrir d'autres engorgements ganglionnaires. Il n'y a plus de fièvre depuis trois semaines. L'auscultation indique un état absolument normal des poumons.

Malgré l'apparition récente de l'affection et l'absence d'engorgement ganglionnaire ailleurs qu'à la région cervicale, les caractères des ganglions du cou éveillaient immédiatement l'idée de tumeur lymphadénique. L'examen du sang fut donc pratiqué, mais le chiffre des globules blancs indiquait une proportion normale.

A la rigueur, on pouvait penser à une affection tuberculeuse, en raison des hémoptysies survenues antérieurement. Cependant, il paraissait peu probable que l'on eût affaire à une lésion bacillaire et il semblait plus admissible de conclure à une lymphadénie.

Jusqu'au mois de février, bien qu'un traitement général et local eût été régulièrement suivi, aucune modification ne fut observée du côté de la tuméfaction; elle persistait avec les mêmes caractères. Au milieu du mois, un accroissement assez rapide se montra tout à coup, sans réaction inflammatoire du côté de la tumeur. Les ganglions, toujours isolés les uns des autres, prirent une consistance remarquablement dure, caractéristique, pour ainsi dire, et comme on découvrait, à ce moment, sous

l'aisselle, du même côté, quelques ganglions hypertrophiés et durs, le diagnostic de lympho-sarcome ne pouvait plus laisser de doute. Le traitement consista à prendre des granules au phosphore de zinc et de la liqueur de Fowler à doses élevées.

A partir de cette époque, bien que l'état général se maintint satisfaisant, on vit survenir, toutes les trois semaines d'abord, puis à intervalles de plus en plus rapprochés, des périodes fébriles durant trois ou quatre jours, pendant lesquelles la température s'élevait à 39° ou 39°5. Simultanément, une poussée se faisait du côté de la tumeur, qui prenait du développement, pour rétrocéder légèrement ensuite, une fois l'accès terminé, mais sans revenir tout à fait à son volume antérieur, si bien que chaque poussée de turgescence laissait après elle une augmentation définitive dans le volume total.

Peu à peu, les périodes fébriles se rapprochèrent de plus en plus et leur durée s'accrut considérablement. A la fin du mois de septembre, il n'y eut plus de journées d'apyrexie ; quotidiennement, la température s'élevait à 39°, puis, dans les dernières semaines, à 40°. Pour satisfaire le malade, une ponction exploratrice fut pratiquée sur la tumeur : on retira seulement une petite quantité de sérosité.

Les forces diminuaient de jour en jour. Vers le 20 octobre, on remarquait que la face prenait une coloration ictérique qui, bientôt, devint la teinte jaune paille des cancéreux. La prostration faisait des progrès rapides et le malade était presque continuellement assoupi ; il dormait vingt-deux heures sur vingt-quatre. Enfin, l'œdème se montra aux membres inférieurs, la cachexie atteignit un degré extrême et le malade succomba au milieu du mois de novembre 1895.

J'ai observé le deuxième cas avec le docteur Jossierand, médecin des Hôpitaux. C'est d'après les notes qu'il a bien voulu me remettre que j'ai pu rédiger cette importante observation, dans laquelle les recherches bactériologiques ont été faites avec le plus grand soin. On verra que la présence d'un micro-organisme a été constatée dans les ganglions tuméfiés et dans la lymphe.

#### OBSERVATION II

##### *Lymphadénie aleucémique, infectieuse, à type fébrile.*

(OBSERVATION RÉDIGÉE D'APRÈS LES NOTES  
DU D<sup>r</sup> JOSSIERAND)

Mme Z..., âgée de 35 ans, a eu, il y a une huitaine d'années, étant à Rome, des malaises accompagnés de

fièvre, qui ont été attribués à l'impaludisme et qui avaient disparu sans laisser de traces.

Pendant cinq ans, la santé se maintint relativement assez bonne, mais, à partir de 1892, elle avait très fréquemment, le soir, la peau chaude et, sans symptômes localisés, elle ne se sentait pas bien et « couvait », disait-elle, quelque chose.

En 1893, le Dr Josserand eut à lui donner des soins pour de l'urticaire généralisé à tout le corps, revenant chaque soir en se mettant au lit, puis, au début de 1894, pour une sciatique. En raison des phénomènes antérieurs d'impaludisme, la quinine fut administrée et amena assez rapidement la guérison des deux affections.

Le 7 mars 1895, la malade s'aperçoit qu'elle porte, dans la région sus-claviculaire droite, un ganglion, du volume d'une fève. Ce ganglion est dur et douloureux à la pression, ainsi que peut le constater le Dr Josserand. De simples badigeonnages à la teinture d'iode sont prescrits.

Le 12 avril, le ganglion persiste avec le même volume, mais, en outre, la malade se plaint d'éprouver, depuis deux semaines, chaque soir, d'horribles douleurs dans les bras, pendant quatre à cinq heures consécutives. Sous l'influence de la liqueur de Fowler et des badigeonnages à la teinture d'iode, les douleurs, au bout de deux mois, disparurent complètement, ainsi que la tuméfaction du ganglion, dont la saillie cessa d'être appréciable.

Mais, vers la fin du mois de juin, survinrent des accès nocturnes de douleurs dans l'aîne et la cuisse, du côté droit. La malade est réveillée à minuit par des crises douloureuses, épouvantables, qui lui arrachent des cris et persistent pendant trois ou quatre heures. L'antipyrine, la phénacétine diminuent légèrement leur intensité, mais restent sans action sur leur durée. Enfin, dans la dernière semaine de juillet, de nombreux ganglions inguinaux, à droite, augmentent de volume et offrent, par leur dureté et leur isolement les uns des autres, des caractères qui ne permettent pas de rattacher leur tuméfaction à un travail inflammatoire, mais font penser, au contraire, au Dr Josserand, qu'il s'agit de lymphadénomes.

Appelé à voir la malade le 12 août je constate d'abord qu'il n'existe point d'excoriations sur les régions dont les lymphatiques aboutissent aux ganglions inguinaux hypertrophiés. En outre on ne sent pas, dans la fosse iliaque droite, de tumeur ganglionnaire pouvant expliquer, par la compression des nerfs de la région, les vio-

lentes douleurs qu'éprouve la malade. La palpation des reins, faite avec le plus grand soin, montre que ces organes ont leur volume normal et la pression exercée à leur niveau ne provoque aucune douleur. Du côté des annexes de l'utérus on ne trouve rien d'anormal. Enfin il n'existe certainement aucune lésion de la colonne vertébrale. Cet examen permet donc de conclure à l'absence de toute lésion chirurgicale pelvienne, abdominale ou vertébrale, pouvant donner lieu aux phénomènes présentés par la malade. Il ne donne, par conséquent, aucune indication nouvelle au point de vue thérapeutique.

Le 18 septembre 1895, la situation ne s'étant point modifiée, le docteur Bouveret voit la malade en consultation. L'ensemble des symptômes paraît confirmer de plus en plus l'opinion déjà formulée, qu'il s'agit d'une affection de nature lymphadénique, bien qu'une numération faite par M. Jossierand, quelques jours après, puis renouvelée ensuite à deux autres reprises, eût révélé une proportion normale du chiffre des globules blancs. On pensa donc à une lymphadénie aleucémique.

Mais, bientôt, surviennent des phénomènes de fièvre avec élévation de la température à 39 ou 40 degrés, revenant par accès, s'accompagnant de sueurs profuses et coïncidant avec une exacerbation des douleurs du membre inférieur droit, douleurs qui, à ce moment, atteignent un degré d'acuité extrême et arrachent des cris incessants à la malade.

A partir de cette époque et jusqu'au jour du décès on a pu constater des périodes alternantes d'apyrexie et de fièvre, durant en moyenne 8 à 10 jours. Vers la fin l'élévation de la température s'est maintenue d'une façon constante pendant plus de quinze jours et a atteint plusieurs fois 41 degrés.

A partir du mois d'octobre, la rate, dont le volume jusqu'alors était resté normal, a commencé à se développer et cette augmentation s'est poursuivie lentement et progressivement, sans arriver cependant à des proportions bien considérables.

Dans les premiers jours de janvier se développa, au niveau de la bosse frontale gauche, une tuméfaction de nature probablement lymphadénique, car elle disparut assez rapidement.

Le 22 janvier 1896, M. le professeur Renaut est appelé en consultation. La constatation d'une hypertrophie splénique coexistant avec des adénopathies multiples et disséminées, semble caractériser une leucocythémie et



indique la nécessité d'une nouvelle numération des globules du sang. Celle-ci, pratiquée par M. Regaud, chef des travaux d'histologie, donne comme résultat 1,700,000 globules rouges crénelés et 1 globule blanc pour 10 rouges. Jusqu'au 7 mars trois autres numérations furent faites et donnèrent comme résultat une diminution de moitié dans le nombre des globules rouges, mais la proportion des globules blancs fut constatée normale.

L'élévation anormale du chiffre des globules blancs a donc été simplement temporaire et l'on voit qu'il faut abandonner l'idée d'une leucémie.

Le 7 mars, j'enlève un des ganglions de l'aîne, afin de le soumettre à une analyse bactériologique. Les cultures sur agar, faites simultanément par M. Regaud et par le docteur Roux, professeur agrégé, directeur du Laboratoire municipal d'hygiène, furent fertiles et permirent de reconnaître de nombreux *staphylocoques extrêmement fins, semblables à ceux déjà constatés dans des affections semblables* (cas de Renaut, de Roux et Lannois), *mais différents des staphylocoques actuellement connus* (1). Ces cultures, inoculées au lapin, n'ont point déterminé de fièvre, mais ont produit une consommation lente, se traduisant par un amaigrissement progressif assez rapide, entraînant la mort, chez presque tous, au bout d'un temps variable. Pour tâcher d'obtenir un sérum capable d'agir efficacement, une chèvre fut soumise à des inoculations de quantités progressivement croissantes de cultures du staphylocoque. Elle présenta assez promptement de nombreuses tumeurs ganglionnaires, sans aucune réaction générale, tumeurs qui, d'ailleurs ne tardèrent pas à disparaître. Les injections faites à la malade à l'aide du sérum recueilli sur cette chèvre par des saignées, aussi bien que d'autres injections de sérum de chèvre non inoculée, restèrent sans résultat. Ajoutons que les staphylocoques obtenus par culture, à l'aide du ganglion extirpé, injectés à des cobayes, de même que les inoculations faites à ces animaux avec le sérum provenant des lapins qui avaient été inoculés, ont donné lieu, chez tous, à des hypertrophies ganglionnaires disséminées, mais sans amener la consommation et l'amaigrissement qui s'étaient produits sur les lapins.

Le 15 mars, on enlève le pansement appliqué sur la plaie d'opération au moment où le ganglion a été enlevé. La cicatrisation est complète, mais on observe une saillie

---

(1) Note fournie par le Dr Roux.

fluctuante, du volume d'une noix, au niveau du point précis où siégeait le ganglion, une petite ouverture faite à l'aide d'une sonde cannelée, sur la ligne de réunion, laisse écouler une certaine quantité d'un liquide à peine coloré, très limpide dont on recueille immédiatement de petites portions dans des pipettes stérilisées. Les cultures de ce liquide fournissent des staphylocoques semblables à ceux déjà obtenus avec le ganglion.

L'écoulement du liquide persista avec abondance pendant près de trois semaines et ces caractères étaient tels qu'on n'hésita pas à le considérer comme de la lymphe. Pendant les huit premiers jours de cette lymphorrhée, une amélioration très marquée se manifesta dans l'état de la malade, qui mangea avec appétit, resta sans fièvre et ressentit un bien-être qu'elle n'avait pas éprouvé depuis longtemps. Cette situation, malheureusement, fut de courte durée et, de nouveau, se reproduisit le même cortège des symptômes antérieurement observés, c'est-à-dire que l'on vit réapparaître des accès fébriles revenant par périodes, ainsi que de violentes douleurs dans le membre inférieur droit. En même temps, de volumineux ganglions se montraient dans l'aisselle droite, tandis que les ganglions de l'aîne rétrocédaient complètement.

Les divers traitements mis en usage : antipyrine, quinine, liqueur de Fowler, ichthyol à l'intérieur, etc., restèrent sans effet ; la malade continua à s'affaiblir et à souffrir de plus en plus et un léger œdème péri-malléolaire commença à se montrer.

En raison de l'amélioration sensible observée pendant l'écoulement continu de la lymphe au niveau du ganglion inguinal enlevé, on espéra pouvoir obtenir le même résultat en établissant un drainage permanent des ganglions axillaires et, dans ce but, un drain de caoutchouc fut passé, au travers de cette masse ganglionnaire, le 25 avril. L'état de la malade n'en fut aucunement modifié. La durée des périodes fébriles augmenta et les périodes intercalaires d'apyrexie deviennent plus courtes. Puis l'œdème fit des progrès ; il s'étendit à tout le membre inférieur, gagna le tronc et, finalement, la malade, cachectique au dernier degré, succomba dans le courant du mois de septembre 1896.

*Lymphadénome du poumon consécutif à une infection grippale ayant donné lieu aux phénomènes de la paralysie bulbaire asthénique, ou syndrome d'Erb.*

(OBSERVATION PERSONNELLE).

Le docteur Y..., âgé de 48 ans, de constitution exceptionnellement robuste, d'un développement et d'une force musculaire remarquables, n'a jamais eu de maladie sérieuse. A peine a-t-il éprouvé, à de rares intervalles, quelques malaises passagers qui ne l'ont jamais obligé à se reposer.

Le 20 novembre 1895, quelques frissons, accompagnés de céphalalgie, de sécheresse de la gorge, de coryza, signalèrent le début d'une grippe à forme laryngo-trachéale dont les diverses phases se succédèrent assez rapidement, bien qu'il y ait eu, pendant trois jours, une fièvre assez forte, car en une semaine tous les phénomènes disparurent à l'exception d'une toux légère qui ne tarda pas d'ailleurs à disparaître à son tour.

Mais, le 5 décembre, le malade, qui se considérait comme tout à fait guéri, commença à ressentir une lassitude très grande, une difficulté à contracter ses muscles lorsqu'il avait marché pendant un certain temps. Un repos, même très court, amenait la disparition de toute fatigue et la marche était de nouveau aussi facile que d'habitude pendant environ une demi-heure, temps après lequel se manifestaient les mêmes signes d'épuisement de la contractilité musculaire avec sensation du besoin de se reposer.

Cet état très particulier continua à se développer de plus en plus. Vers la fin du mois de janvier 1896, les difficultés de la marche avaient fait des progrès et le malade ne pouvait pas marcher pendant plus d'un quart d'heure, sans être obligé de s'asseoir, puis, après une station de quelques minutes, il était de nouveau capable de se remettre en marche, se sentant fort et solide, pour se retrouver bientôt dans la nécessité de s'arrêter.

Le 12 février, M. le professeur Renaut, après un examen minutieux, reconnut qu'il n'y avait aucun signe de lésion systématisée du système nerveux central et attribua à une origine infectieuse, d'origine grippale, les phénomènes accusés par le malade du côté de son système musculaire. A ce moment il n'y avait aucune atrophie; les muscles répondaient normalement à l'excitation électrique et la force était absolument conservée, si bien qu'il était impossible d'étendre ou de fléchir la jambe sur la

cuisse lorsque le malade résistait à l'effort. A cette époque il n'existait aucune modification du côté des membres supérieurs ; toute l'énergie de la contraction musculaire y était conservée ainsi qu'en témoignait le port à bras tendu d'un poids de 30 kilog.

Jusqu'au mois de mai l'état resta à peu près stationnaire, malgré les divers traitements qui furent mis en usage, entr'autres le traitement mixte ; iodure de potassium et frictions mercurielles, prescrit à titre d'épreuves, le malade n'ayant jamais eu antérieurement d'accidents syphilitiques.

Le 26 mai, pendant un séjour en Suisse, se déclara une fièvre violente avec frissons, points de côté et toux pouvant faire craindre le début d'une pneumonie. En une semaine tous ces phénomènes disparurent et la situation se retrouva la même qu'auparavant. Peu à peu, cependant, les difficultés de la marche devinrent de plus en plus grandes et une certaine faiblesse commença à se montrer, soit du côté des membres supérieurs, soit du côté des muscles masticateurs, ces derniers traduisant rapidement une fatigue et une lassitude assez grandes pendant leur fonctionnement un peu prolongé, au moment des repas. Enfin, en même temps, les phénomènes d'atrophie musculaire se dessinaient nettement et, bientôt, l'amaigrissement des membres inférieurs devenait très apparent. En outre, de temps à autre, survenaient des périodes fébriles, de trois ou quatre jours de durée, environ, avec ascension thermique peu marquée, ne dépassant pas généralement 38°6, séparées par des intervalles d'apyrexie de deux semaines environ. Puis, également, se manifestaient sans régularité aucune dans leur apparition ou dans leur retour, des crises d'arythmie très marquées, très pénibles, débutant soit à jeun, soit après les repas, indépendantes très certainement de l'usage du tabac, car en le supprimant complètement on n'observa aucune modification, ni dans leur durée ni dans leur intensité. Pendant ces crises qui duraient tantôt quelques heures seulement, tantôt un jour ou deux, apparaissaient brusquement, sans cause appréciable, et cessaient avec la même soudaineté ; le malade était très faible, très abattu, ne mangeait pas et ne pouvait quitter le lit.

La persistance de ces phénomènes amena une aggravation assez rapide dans l'état du malade et, vers le milieu du mois d'août 1896, il pouvait seulement quitter son lit pour aller s'asseoir dans un fauteuil ou s'étendre

sur une chaise longue, mais était incapable de marcher. La maladie, en faisant des progrès, arrivait à se traduire par un ensemble de signes qui lui donnait de nombreux traits de ressemblance soit avec la poliomyéleucéphalite aiguë, soit plutôt avec une affection très rare, puisqu'on en connaît seulement une vingtaine de cas, et que l'on désigne sous le nom de *paralyse bulbaire asthénique*, ou de *syndrome d'Erb*. Cette affection, considérée, par Wilks, Erb, Charcot et les différents auteurs qui s'en sont occupé, comme étant de nature infectieuse puisque on la voit apparaître à la suite de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle, de l'influenza, etc., est caractérisée, d'une part, par l'épuisement rapide des muscles à la suite des moindres efforts, et d'un autre côté par la réapparition de toute leur force de contraction après un court repos. Ordinairement les phénomènes parétiques débutent par les muscles masticateurs, les muscles de la paupière (blépharoptose), les muscles extrinsèques de l'œil (ophtalmoplégie externe), les muscles de la nuque et du cou, pour gagner ensuite les muscles du tronc et des membres. En un mot la maladie suit une marche descendante. Parfois, cependant, elle procède par voie ascendante, les premières manifestations apparaissant du côté des membres inférieurs. Habituellement aucune atrophie n'est observée sur les muscles frappés de parésie et leur contractilité électrique reste normale ; cependant dans quelques observations le contraire a été signalé. Enfin, un symptôme très important de cette affection, c'est l'apparition de troubles respiratoires avec cyanose se reproduisant par accès, liés à la paralysie momentanée des muscles inspirateurs. Ordinairement la mort arrive brusquement pendant l'un de ces accès et l'autopsie reste négative au point de vue du système nerveux central où l'on ne peut point découvrir de lésion.

Chez notre malade, malgré les irrégularités dans la marche de l'affection, on voit que l'ensemble des symptômes reproduit, en somme assez exactement la description qui a été faite de la maladie dénommée « *syndrome d'Erb* ». Les seules particularités à signaler sont : l'atrophie musculaire, très accusée, et l'absence de crises de dyspnée avec cyanose, remplacées toutefois par des crises d'arythmie. On peut donc admettre qu'il s'agit, en réalité, d'un cas se rapportant à cette affection.

Dans le courant du mois de septembre, de nouveau, un point de côté se fit sentir à la base du poumon droit, en arrière, et, presque immédiatement, apparut une fièvre

modérée et une toux donnant lieu à des quintes assez fréquentes. Pas de crachats teintés ; à la percussion matité, souffle bronchique et diminution des vibrations thoraciques. On suppose qu'il s'agit d'un léger épanchement et le traitement est dirigé en conséquence. Dans les jours qui suivent aucune amélioration ne se produisant, une ponction exploratrice est faite avec l'appareil de Polain ; on ne trouve point de sérosité. La matité fait des progrès, l'état général périlite rapidement, la fièvre existe presque chaque jour, les crises d'arythmie se rapprochent de plus en plus. M. le professeur Tripier, appelé à ce moment, examine le malade avec le plus grand soin ; il constate qu'au niveau de la zone de la matité les bruits du cœur s'entendent mieux qu'à gauche, et il en conclut à l'existence d'une tumeur solide du poumon. De nouvelles ponctions faites le surlendemain de son examen montrent d'abord qu'il n'y a point de liquide dans la plèvre et permettent de sentir que l'extrémité de l'aiguille n'est point libre dans une cavité mais est, au contraire, enfoncée dans une masse solide, constituée, pensons-nous, par un lymphadénome.

L'expectoration, assez abondante depuis quelques jours, se produit, en général, brusquement, accompagnée de quintes de toux aboutissant au rejet d'une quantité assez considérable de matière jaunâtre purulente. Ces crachats sont soumis à l'examen du docteur Roux, professeur agrégé à la Faculté, sans qu'aucun renseignement lui soit fourni sur la nature de la maladie. Peu de jours après, il m'envoie la note suivante : « les crachats examinés ne « renferment ni staphylocoques, ni bacilles de la tubercu-  
« lose, mais bien, en très grande abondance, des diploco-  
« ques petits que j'ai toujours rencontrés dans les cas de  
« grippe. Bactériologiquement parlant, il s'agit donc d'une  
« infection grippale. A vous et à M. Tripier de conclure  
« si cette constatation s'accorde avec les données, fournies  
« par l'examen clinique. » La confirmation de l'opinion admise depuis longtemps sur l'origine infectieuse et grippale de l'affection se trouvait ainsi établie par des preuves certaines. Malheureusement, elle ne pouvait avoir de sanction thérapeutique. Les divers traitements auxquels on eut recours restèrent inefficaces. Le malade continua à s'affaiblir de plus en plus, présentant avec plus de fréquence les quintes de toux accompagnées de suffocation dont il souffrait depuis quelque temps ; la fièvre, modérée, il est vrai, existait maintenant tous les jours ; l'amaigrissement devenait extrême et l'œdème cachectique se mon-

trait au niveau des malléoles. Bientôt aucun mouvement ne fut possible dans le lit et l'on était obligé de faire manger le malade, comme un enfant, car il était incapable de mouvoir ses membres supérieurs pour porter les aliments à sa bouche. Brusquement la situation se dénoua le 2 décembre 1896 ; une quinte de toux violente amena tout à coup dans la bouche une quantité considérable de crachats purulents que le malade n'eut pas la force de rejeter au-dehors. Se sentant asphyxier, il fit des efforts d'inspiration qui entraînent cette masse purulente dans l'arbre bronchique du poumon non malade, à gauche, par conséquent. La pénétration de l'air dans ce poumon devint ainsi extrêmement difficile, tout à fait insuffisante et le malade succomba, en une demi-heure, à une asphyxie progressive dont il put, malheureusement, suivre toutes les phases jusqu'à la dernière minute, se rendant compte, malgré des piqûres de morphines faites dans le but de l'obnubiler, que la cyanose des ongles qu'il avait été le premier à constater, annonçait sa fin imminente.

La mort s'est donc produite par asphyxie avec accès de dyspnée et de suffocation, ainsi qu'on l'observe dans le *syndrome d'Erb*. La fermeture du poumon gauche à l'accès de l'air par injection dans l'arbre bronchique, au moment de l'inspiration, des masses purulentes d'expectoration, a contribué à précipiter le dénouement. L'autopsie n'a pu être faite.

*Lymphadénomes généralisés survenus après un rhumatisme articulaire aigu. — Furonculose.*

(Observation recueillie par M. GALLOIS, interne des Hôpitaux.)

P. . . . Jean, 26 ans, forgeron, entre, le 27 juillet 1898, salle St-Sacerdos, dans le service de M. le professeur Ollier, suppléé par M. Chandelux.

Son père est en bonne santé. Sa mère est morte à 38 ans, après avoir présenté des douleurs sciatiques. Un frère en bonne santé.

Rien à noter dans ses antécédents personnels ; ni maladies vénériennes, ni paludisme. A 16 ans, il eut un furoncle au niveau de l'angle de la mâchoire du côté gauche, et il porte à ce niveau une cicatrice.

L'année dernière, dans le courant du mois de février, étant en sueur, il resta exposé au froid. Le soir, il fut pris de frissons, de fièvre, et s'alita.

Un rhumatisme articulaire aigu se déclara quelques jours après, et le maintint longtemps au lit.

Pendant la convalescence, au mois de juillet, une petite tumeur se forma au devant du pavillon de l'oreille gauche; elle était dure, indolente et roulait sous le doigt; elle disparut assez vite, mais d'autres se formèrent alors au niveau de la région parotidienne, produisant parfois des lancées douloureuses s'irradiant dans l'oreille et jusqu'au sommet du crâne.

Au mois de décembre apparurent, sur la face dorsale des mains, les avants-bras, les jambes, puis sur le front et le dos de petites papules rougeâtres qui s'ulcéraient, laissaient suinter un peu de liquide roussâtre et se recouvraient de croûtes noirâtres; cette éruption ne s'est accompagnée ni de douleurs, ni de démangeaisons. La cicatrisation de ces petites ulcérations se faisait lentement et plusieurs persistent encore.

Les tumeurs du cou, qui étaient restées stationnaires jusqu'au mois de mars, ont, depuis cette époque, considérablement augmenté; les forces ont diminué; le malade a maigri et a un peu pâli.

Actuellement, le cou du malade est très volumineux surtout du côté gauche. La tuméfaction s'étend de la région parotidienne au creux sus-claviculaire. A la palpation, on constate qu'elle est formée par une série de ganglions du volume d'une amande ou d'une noix, nettement séparés les uns des autres; ils soulèvent le sterno-mastoïdien et le repoussent en arrière. Du côté droit, les ganglions sont moins volumineux. A la nuque, on trouve également quelques ganglions, dans la région sus-hyoïdienne deux gros ganglions. Ces ganglions sont durs, indolores. Dans les aisselles et au pli de l'aîne, les ganglions sont petits, et peu nombreux. La rate n'est pas volumineuse et le foie ne dépasse pas les fausses côtes.

L'examen de la bouche, du pharynx, des amygdales ne montre rien de particulier à signaler.

Pas de troubles oculaires.

Rien au poumon, ni au cœur.

Rien également aux organes génitaux.

Sur les jambes existent encore quelques ulcérations, recouvertes de croûtes noirâtres. Les cicatrices des anciennes ulcérations ont une teinte noirâtre.

Rien dans les urines.

On donne liqueur de Fowler à dose croissante.

4 août. — Le malade a eu une légère poussée fébrile; en même temps les ganglions ont augmenté de volume et la peau présente un aspect œdémateux dans la région carotidienne.



5 août. — La T° est montée à 39°3, et l'on constate un peu d'œdème au niveau du cou.

10 août. — La T° est retombée à la normale depuis deux jours, et les ganglions diminuent.

23 août. — Après douze jours d'apyrexie, nouvelle poussée fébrile, la T° oscille entre 38°5 le soir, et 37°5 le matin.

Les ganglions ont de nouveau augmenté de volume. L'état général reste toujours bon.

L'examen du sang a révélé une proportion normale de globules blancs.

Afin de s'éclaircir sur la nature microbienne de l'affection, on propose au malade de lui enlever un de ses ganglions dans le but de procéder à des cultures et à des examens microscopiques. Il refuse absolument toute vérification de ce genre, et quitte le service le 29 août, beaucoup plus affaibli que lorsqu'il est entré à l'hôpital.

Ces observations n'ont pas toutes une valeur égale, puisque la deuxième seulement nous montre les résultats d'examens bactériologiques ayant permis de constater la présence, dans la lymphé, de staphylocoques petits, d'apparence semblable à ceux déjà antérieurement signalés dans d'autres faits analogues.

Néanmoins, nous croyons pouvoir, en raison de la marche de l'affection, à peu près la même dans les quatre observations que nous venons de rapporter, pouvoir conclure à l'identité d'origine et à une nature essentiellement infectieuse. Les périodes fébriles qui se sont manifestées chez nos malades se retrouvent également dans l'observation de Roux et de Lannois (1) et dans la plupart de celles reproduites dans la thèse de Rudler. Elles ont, d'ailleurs, présenté ce caractère commun de se rapprocher de plus en plus et d'augmenter de durée, pour devenir finalement continues, à mesure que la maladie faisait des progrès.

Dans l'observation que Paul Courmont a recueillie dans le service du professeur Lépine et dont la thèse de Rudler nous fournit la relation, c'est un mois après une angine accompagnée de frissons et de fièvre que les ganglions du cou ont pris du développement et qu'a eu lieu le début de l'adénie. Notre première observation montre également que le point de départ d'un lympho-sarcome du cou a été un engorgement ganglionnaire inflammatoire,

---

(1) ROUX et LANNOIS. — Adénie infectieuse, *Revue de Médecine*, 1890.

survenu à l'occasion d'une angine infectieuse grippale. La grippe a été souvent signalée comme ayant immédiatement précédé le développement de la lymphadénie ou du lymphadénome; notre observation III en est un autre exemple. D'autres fois, il s'agissait du paludisme (Obs. II), du rhumatisme ou de la furonculose, comme dans notre quatrième observation et dans le cas de M. Gayet. On voit donc que, presque toujours, l'apparition de la lymphadénie a eu lieu à la suite d'une maladie infectieuse. Par conséquent, l'infection joue un rôle prépondérant dans le développement de cette affection et en représente vraisemblablement le facteur essentiel et unique.

D'après les caractères de la maladie et en s'appuyant sur le développement simultané de tumeurs ganglionnaires disséminées sur les diverses régions du corps, ce qui ne se voit pas dans les néoplasmes, ainsi que sur les phénomènes fébriles bien différents, quant à leur durée, leur intensité et leur intermittence, de ceux que l'on observe dans la fièvre des néoplasmes de Verneuil, et aussi sur la rétrocession et la disparition des tumeurs sans ulcération ou suppuration, Delbet arrive à conclure à l'origine infectieuse du lymphadénome généralisé (1).

Des preuves plus certaines ont été fournies par l'analyse bactériologique et par les cultures. Roux et Lannois ont constaté chez leur malade la présence, dans le sang, pendant la vie, et dans les ganglions, après la mort, du *staphylococcus pyogenes aureus*, dont les cultures injectées à des lapins ont déterminé, entr'autres lésions, des hypertrophies ganglionnaires. Les ganglions et la lymphe recueillis sur la malade de notre deuxième observation renfermaient des staphylocoques extrêmement fins, différents de ceux actuellement connus. Leurs cultures injectées à des cobayes ont donné lieu à des hypertrophies ganglionnaires disséminées, mais n'ont pas amené, comme cela s'était produit sur les lapins, la mort par consommation.

Delbet, chez une jeune malade atteinte de lymphadénomes généralisés à forme surtout splénique, a trouvé, dans les ganglions, mais non dans le sang, un bacille dont les cultures, injectées chez le chien à doses mas-

---

(1) P. DELBET. — Des hypertrophies ganglionnaires généralisées : origine infectieuse du lymphadénome malin, *Semaine Médicale*, 1893, p. 430.

sives, ont déterminé des hypertrophies ganglionnaires multiples.

Chez le malade de notre troisième observation s'est développé un lymphadénome du poumon, non accompagné, il est vrai, d'augmentation de volume des ganglions. Cette hypertrophie ganglionnaire est, au contraire, signalée dans un cas de Chaplin (1), où tout le poumon droit, mat à la percussion, était infiltré par une masse lymphomateuse ayant eu pour origine les ganglions bronchiques.

Les phénomènes fébriles, la marche et les caractères de l'affection, de même que son début, après une maladie infectieuse, plaident en faveur de l'origine microbienne de la lymphadénie. Les analyses bactériologiques, les cultures, les inoculations reproduisant les mêmes hypertrophies ganglionnaires chez les animaux, nous paraissent mettre cette origine hors de conteste et lui donner la valeur d'un fait expérimentalement démontré.

Il semble qu'il s'agisse d'une véritable *maladie de la lymphe*, dans laquelle vivent et se développent des microbes dont le sang est généralement dépourvu. Comme l'ont fait remarquer Roux et Lannois, ces micro-organismes qui, fréquemment, sont ceux de la suppuration, présentent, sans doute, des modifications dans leurs aptitudes. Sous l'influence d'une atténuation de leur virulence ou d'un changement dans leurs propriétés, ils ont perdu la faculté de faire du pus, mais se multiplient et vivent dans la lymphe en provoquant, de temps à autre, par l'abondance de leurs toxines, des périodes fébriles plus ou moins prolongées. Leur insertion dans les ganglions, où ils se développent et prolifèrent, amène l'augmentation de volume de ces derniers, qui peuvent cependant rétrocéder et revenir à leur volume normal, le jour où ces microbes ont été détruits sur place, ou bien ont été chassés du tissu réticulé qui forme le stroma ganglionnaire.

Mais la suppuration ne survient pas ; il s'agit d'un processus hyperplasique et non pyogène.

D'ailleurs, cette infection de la lymphe par des micro-organismes, qui, d'après les recherches actuelles, peuvent appartenir à des espèces différentes, semble susceptible de provoquer des lésions ganglionnaires variables, sui-

---

(1) CHAPLIN. — Lymphadénome viscéral généralisé, survenu à la suite d'une attaque d'influenza, *Semaine Médicale*, 1893, p. 254.

vant les aptitudes du sujet, amenant, dans la majorité des cas, la formation de lymphadénomes avec ou sans leucémie ; mais, dans d'autres, au contraire, faisant évoluer la lésion ganglionnaire dans le sens du lympho-sarcome, lorsqu'il a existé des antécédents néoplasiques chez les ascendants.

La question de terrain joue donc ici, comme dans toutes les infections, un rôle de premier ordre, imprimant aux lésions de réaction des tissus les caractères originels et primordiaux auxquels les prédisposent l'hérédité et les diathèses.

---

*Séance du 23 mars 1899.* — Présidence de M. FOCHIER.

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du 16 mars.

Le procès-verbal est adopté.

\* \* \*

#### DISCUSSION SUR LA LYMPHADÉMIE

(SUITE)

**M. Rochet.** — Je désire prendre la parole dans cette question du *lymphadénome*, dont la discussion a été soulevée à propos d'un malade présenté, il y a quelque temps, par M. Gayet et dont M. Chandelux est venu encore rapporter de nouveaux faits, dans la dernière séance.

Les faits signalés devant cette Société soulèvent une question d'une portée immense : l'origine infectieuse de certaines productions considérées jusqu'à ce jour comme de véritables tumeurs, au sens où on entend généralement ces dernières, c'est-à-dire au sens de formations tout à fait distinctes de produits inflammatoires.

Je crois que nous ne pouvons pas avoir la prétention de la résoudre et qu'elle n'est pas encore près d'être résolue, mais, en attendant, il faut recueillir soigneusement tous les cas pouvant éclairer à ce sujet, et c'est à ce titre que je viens vous faire part aussi de quelques faits que j'ai observés.

Le premier cas est celui d'un homme d'une trentaine d'années, qui avait vu se développer assez rapidement, dans la région du cou, une tumeur ganglionnaire ayant

tous les caractères cliniques du lymphôme. Cette tumeur avait évolué très vite vers un volume considérable (volume d'un gros poing) et tous les médecins qui avaient vu le malade avaient fait le diagnostic de lymphôme.

Au bout de quatre à cinq mois, la tumeur augmentait toujours et chaque poussée dans l'accroissement de la tumeur s'accompagnait de fièvre. Le malade commençait à devenir cachectique et on le considérait comme perdu, quand, la fièvre augmentant toujours et arrivant le soir aux environs de 40 degrés, des signes de suppuration se manifestèrent au centre de la tumeur, si bien qu'au bout d'une quinzaine de jours on avait un véritable adénophlegmon. Celui-ci fut incisé et drainé, et le malade guérit complètement, après avoir porté pendant près de huit mois un véritable lymphadénome, au sens clinique du mot.

Ce cas m'avait beaucoup frappé. Aussi, ayant eu l'occasion d'observer, dans mon service, un enfant d'une dizaine d'années atteint, lui aussi, d'un lymphadénome volumineux du cou, durant depuis plus d'un an, rebelle à tout traitement et accompagné même de quelques petites masses ganglionnaires dans les aisselles, j'eus l'idée de chercher à faire suppurer cette masse, à y produire une sorte d'abcès de fixation, suivant la méthode générale proposée par M. Fochier. Pour cela, je me servis d'injections multiples dans la tumeur, avec une solution atténuée de staphylocoques. Je déterminais ainsi, par des piqûres faites en différents points de la masse, la suppuration générale du lymphôme, et quelque temps après, le malade pouvait être considéré comme guéri de sa tumeur.

Ses parents le ramenèrent chez lui, très contents; les ganglions de l'aisselle persistaient toujours; néanmoins, depuis deux ans, la guérison s'est maintenue. Sera-t-elle définitive? Nous ne le savons, mais le résultat nous paraît des plus remarquables. J'ajouterai que, dans ce dernier cas, l'examen histologique d'un ganglion enlevé avant les piqûres avait montré des coupes de lymphadénome typique, et que, d'autre part, les inoculations avaient été absolument négatives au point de vue de la tuberculose.

Voilà donc des tumeurs ayant tous les caractères cliniques, et l'une d'elles même les caractères histologiques du lymphôme, et qui évoluent cependant, spontanément ou sous une influence provoquée, comme des inflammations, qui peuvent même guérir, une fois qu'elles ont suppuré, qu'elles ont éliminé le poison infectant, à con-

dition toutefois qu'elles soient restées assez localisées.

On pourra objecter ceci : vos malades n'avaient pas de vraies tumeurs. Mais, à l'heure actuelle, la clinique et même l'histologie ne nous permettent pas de faire le diagnostic d'un lymphôme qui ne serait qu'infectieux, d'avec un lymphôme qui serait une tumeur véritable.

Depuis longtemps déjà, les travaux de Rindfleisch et d'Auspitz ont ouvert la voie sur la lymphadénie infectieuse, la lymphadénie cutanée tout au moins. Un cas de M. Chandelux semblerait prouver qu'il y a un lymphadénome du poumon infectieux. Les nôtres, et d'autres analogues, montrent qu'il y a aussi des lymphadénomes ganglionnaires infectieux. Le sont-ils tous ? Et faut-il rayer le lymphadénome du cadre des tumeurs vraies ? ou bien faut-il admettre deux catégories bien distinctes : 1° le lymphadénome infectieux, pseudo-tumeur ; 2° le sarcome des ganglions (lympho-sarcome), qui serait la vraie tumeur ganglionnaire ? C'est ce qu'on ne peut dire, à l'heure actuelle, et ce n'est que la clinique qui pourra nous fournir des éléments d'appréciation à ce sujet ; ce sera aussi l'étiologie des tumeurs, quand elle sera mieux connue, qui pourra permettre de se prononcer définitivement à ce sujet.

**M. Condamin.** — Les tentatives de traitement du lymphadénome par des injections microbiennes sont à rapprocher des cas de lymphadénome du cou qui ont diminué sous l'influence de l'érysipèle. Ces faits sont signalés dans la thèse d'agrégation de Humbert.

**M. Guilloud.** — J'ai eu l'occasion d'observer, il y a près de dix ans, un fait de lymphadénie qui m'a convaincu de la nature infectieuse de cette affection et de la fréquence de l'origine dentaire ou amygdalienne, buccale en un mot, du lymphadénome à début cervical.

Dans ce cas, j'ai vu une masse ganglionnaire considérable apparaître, en même temps que je constatais une suppuration buccale d'origine dentaire, puis ces ganglions disparaître rapidement par le traitement local, ouverture d'un abcès, avulsion de dents malades, soins antiseptiques. Le fait fut si frappant que M. Fochier, qui avait vu le malade deux fois, vint de m'y faire allusion pour m'engager à vous le relater.

Cependant le malade était bien atteint d'une lymphadénie vraie, puisque la rate est restée grosse, que l'augmentation du nombre des globules blancs a été constatée et que le malade, qui ne revint jamais à son état de

santé antérieur, est mort, en 1891, de méningite, à la suite d'une otite, terminaison assez fréquente de la lymphadénie, comme nous l'a appris une thèse de Lyon, inspirée par M. Lannois.

L'étiologie infectieuse et souvent buccale de la lymphadénie cervicale me paraissait si nette et si naturelle, que j'ai toujours été, dès cette époque, surpris de voir, la plupart du temps, l'examen même de la cavité buccale négligé chez des malades atteints de lymphadénome du cou.

Voici l'observation résumée de mon malade :

En 1885, M. X..., homme d'une cinquantaine d'années, jouissant d'une bonne santé, adonné au sport, me montra une petite adénite sous-maxillaire droite dont il était atteint depuis peu. Cette adénite, non inflammatoire, venue sans cause connue, me parut aussitôt un fait grave et me fit entrevoir nettement l'avenir pour ce malade qui m'intéressait vivement. Cependant, elle resta longtemps stationnaire, durant des années.

Deux ans après, en novembre 1887, le malade revint d'une excursion dans les Alpes avec une angine infectieuse grave, avec tuméfaction et rougeur extrême du voile du palais et des piliers ; sur le pilier gauche on apercevait un bouton grisâtre, de nature mal déterminée. Était-ce de la diphtérie ? c'était peu probable. En tous cas, ce n'était pas de la syphilis. Il y avait de la gêne dans les mouvements de la mâchoire, de l'œdème par périadénite préauriculaire et parotidienne.

Bronchite grave pendant l'épidémie d'influenza, en janvier 1889. Le malade tousse une partie de l'hiver, change, vieillit.

En août 1890, je suis appelé à le voir à la campagne. Je le trouve avec un état général mauvais, de l'amaigrissement, de l'asthénie, de la diarrhée, de la fièvre à 39°.

En l'examinant, je constate tout d'abord des ganglions cervicaux, dans la loge sous-maxillaire et dans toute la région sterno-mastoïdienne du côté droit, formant une masse volumineuse, très visible. Je constate en même temps un abcès du même côté, d'origine dentaire, abcès assez important.

Je découvre aussi une grosse rate, qui atteint l'ombilic et les adénites inguinales et axillaires. Cependant j'ouvre l'abcès dentaire, je fais arracher une mauvaise dent et je prescris des gargarismes antiseptiques.

Il y eut une amélioration brusque, frappante. Cependant le malade resta faible, essoufflé, amaigri, avec de

petits accès de fièvre, et à deux reprises avec des poussées prurigineuses.

Le diagnostic de lymphadénie fut admis à cette époque par M. Bondet et par M. Fochier. M. X... resta à la campagne, au repos, continua son traitement local, puis pris de l'arséniat de soude. Il continua de s'améliorer ; mais l'influence la plus frappante, écrivais-je à ce moment, a été la suppression d'un foyer de suppuration buccale du même côté que les adénites cervicales.

A la fin de l'automne, les adénites cervicales avaient beaucoup diminué, l'état général s'était relevé. Cependant une bronchite fit envoyer M. X... pour trois mois dans le Midi, sans signe de tuberculose.

Au printemps de 1891, un examen du sang, fait par M. Gabriel Roux, révéla une très grande augmentation du nombre des globules blancs ; l'ensemencement du sang ne donna rien.

A la fin de l'été de 1891, après une saison à Challe, le malade allait beaucoup mieux. Il ne toussait plus, avait repris ses occupations, ses forces et son entrain.

Il n'avait plus qu'un seul ganglion sous-maxillaire à droite, ganglion déjà signalé et constaté cinq ans avant ; mais tous les autres ganglions cervicaux qui formaient au début une masse volumineuse, difficile à dissimuler, avaient disparu. La rate n'avait pas sensiblement diminué.

Au commencement de novembre 1891, M. X... contracta à la campagne une olite moyenne, qui se compliqua tout d'abord d'une perforation du tympan droit, puis à la fin du mois, brusquement, de symptômes cérébraux, fièvre, 39°-40°, agitation, céphalalgie ; puis subdélire, coma, sans paralysie ni contracture. Ces accidents ont évolué en trois jours, et amené la mort le 30 novembre 1891, donc 6 ans après l'apparition du premier ganglion et 16 mois après que le diagnostic de lymphadénie s'était affirmé.

**M. Fochier.** — Le malade de M. Goullioud est frappant comme point de départ buccal, d'une lymphadénie. Ce fait est déjà signalé dans la clinique de Trousseau. L'infection ganglionnaire avec état aigu se rencontre surtout chez l'enfant ; il se rappelle un cas d'adénites multiples avec état fébrile. C'est ce que Pfeiffer a appelé la fièvre ganglionnaire. Ce sont des cas d'infection générale se manifestant seulement du côté des lymphatiques.

Des cas de M. Chandellux celui du lymphadénome du



poumon n'est pas convaincant, la nature de la lésion ne peut être affirmée.

Le traitement, dans les cas de M. Rochet rappellent la méthode des abcès par fixation; il y aurait eu moins de danger à employer la térébenthine. Dans les infections ganglionnaires avec fièvre il serait heureux d'obtenir de la suppuration.

**M. Chandelux.** — Les cas de M. Rochet ne sont pas analogues aux siens. Si, à une certaine époque, toute hypertrophie ganglionnaire prolongée était considérée comme du lymphadénome, depuis on réserve ce mot à toute tumeur non suppurée et entraînant fatalement la mort. Ce sont des cas impossibles à modifier par une suppuration artificielle, car les ganglions peuvent s'hypertrophier dans une autre région; peut-être que les abcès par fixation débarrasseraient la lymphe des agents infectieux. Dans sa deuxième observation la lymphorrhée a coïncidé avec une amélioration.

Les agents infectieux trouvés sont variables : un bacille (Delbet), le streptocoque pyogène (Roux et Lannois). Il semble qu'il s'agit de bacilles à virulence atténuée, ne donnant pas de pus mais des toxines causant de la température. Pour le cas de lymphadénome du poumon il n'a pas de certitude, mais l'examen physique, la ponction étaient en faveur d'une tumeur. De plus un cas analogue de Chapelain (93), où la démonstration anatomique fut faite, plaide encore pour l'existence d'une infiltration lymphomateuse du poumon dans son cas. La fièvre qu'il a observée chez ses malades n'a rien de semblable à la fièvre de néoplasme de Verneuil; la fièvre est, dans ces cas, de courte durée, suivie d'une longue période d'apyrexie, puis nouvelles périodes de fièvre qui se rapprochent de plus en plus; les ganglions augmentant, la cachexie survient puis la mort. Il pense que la lymphadénie est une infection de la lymphe.

\*\*\*

#### EXSTROPHIE VÉSICALE OPÉRÉE D'APRÈS LA MÉTHODE DE MAYDL

**M. Nové-Josserand.** — J'ai l'honneur de vous présenter un enfant de 5 ans 1/2 atteint d'exstrophie vésicale, sur lequel j'ai pratiqué, le 24 février dernier, l'extirpation de la vessie, suivie de l'abouchement du trigone dans l'S iliaque, suivant la méthode de Maydl.

C'est un enfant bien développé et sans aucune autre difformité que son exstrophie, dont voici la description :

La vessie forme dans la région hypogastrique une tumeur du volume d'une mandarine, tapissée par une muqueuse rouge, non ulcérée, mais présentant par places des îlots blancs d'épidermisation. Vers le milieu de la tumeur, on voit deux petites saillies représentant l'embouchure des uretères et donnant issue à l'urine qui sort par une série d'éjaculations rythmiques.

Autour, un tissu d'aspect cicatriciel sert de transition entre la muqueuse et la peau. A son niveau, la paroi est faible et se soulève à chaque effort, comme dans une éventration ordinaire. Ecartement des pubis de 3 cent.

Epispadias complet. La gouttière épispadienne vient se continuer directement avec la partie inférieure de la muqueuse exstrophiee.

Les bourses sont étalées, formant une sorte de bourrelet à grand axe transversal. Elles contiennent deux testicules d'apparence normale et une hernie inguinale droite.

Après une préparation par des bains répétés et le régime lacté, j'ai pratiqué l'opération suivante, avec l'assistance de mon collègue et ami Villard.

Anesthésie à l'éther. Décubitus horizontal.

*1<sup>er</sup> Temps.* — Mise en place dans chaque uretère d'une petite bougie destinée à les faire reconnaître. Incision circulaire tout autour de la muqueuse vésicale, allant jusqu'au péritoine pariétal exclusivement. Dissection de la vessie assez facile, malgré une hémorrhagie en nappe assez abondante. Arrivé au niveau des uretères, on les isole et on les mobilise sur une longueur de 3 à 4 cent. Puis la vessie est réséquée en conservant seulement une portion grande d'environ 4 cent. carrés, comprenant l'embouchure des uretères. Cette portion de vessie et les uretères sont entourés de gaze stérilisée, isolées. La plaie tamponnée. Tout ce premier temps put être accompli hors du péritoine, sauf une très légère érailure à sa partie supérieure.

*2<sup>e</sup> Temps.* — La surface opératoire ayant été aseptisée de nouveau, laparotomie médiane finissant à 2 cent. au-dessus de la plaie de dissection vésicale. On va chercher l'S iliaque du colon, qui est amenée dans la plaie, sortie au dehors, isolée de la cavité péritonéale au moyen de compresses aseptiques et maintenue par les doigts d'un aide.

Incision longitudinale sur le bord libre de l'intestin. La portion de vessie portant les uretères est fixée dans

cette incision par un double plan de suture continue à la soie, l'un muco-muqueux, l'autre séro-musculaire pour l'intestin, musculaire pour la vessie. La suture terminée, on fait sauter le pont qui sépare les deux plaies (celle de la laparotomie et celle de l'extirpation de la vessie), et on réduit tout dans l'abdomen.

3<sup>e</sup> Temps. — On va à la recherche des bords internes des muscles droits. Suture de la paroi en étages, sauf à la partie inférieure où la réunion aponévrotique est rendue impossible par l'écartement du pubis, et où il faut se contenter de tamponner la plaie.

Dès la première nuit, expulsion spontanée de matières fécales et d'urines un peu sanguinolentes. Suites opératoires très simples. La miction rectale s'établit de suite très régulière. L'enfant va à la selle six à dix fois par 24 heures. Ses selles sont tantôt constituées par des urines seules, tantôt par des urines mélangées de fèces. Pendant les premiers jours, il y a eu un peu d'incontinence nocturne qui a disparu par la suite. L'enfant ne s'est jamais plaint de coliques ni de tenesme ; il n'a pas eu de diarrhée ni aucun symptôme révélant un degré quelconque d'irritation intestinale, sauf, dans les premiers jours, l'excrétion d'une quantité assez grande de mucosités qui se mélangeaient aux urines.

L'état général est demeuré excellent. L'enfant n'a présenté aucun signe permettant de soupçonner une infection même passagère du rein. Les urines, examinées par M. le docteur Colrat, ne contenaient pas d'albumine, mais une très grande quantité de *bacillus coli*, fait d'ailleurs facile à prévoir.

En somme, actuellement, quatre semaines après l'opération, l'état de cet enfant est aussi satisfaisant que possible, tant au point de vue vital qu'au point de vue fonctionnel. A propos de cette observation, je voudrais faire les remarques suivantes :

Le manuel opératoire que j'ai suivi est celui qui a été employé par Tuffier dans un cas analogue ; il se trouve décrit dans la thèse de Pressat (Paris, 1898). Il est un peu plus compliqué que celui de Maydl, dans lequel on va chercher de suite l'intestin derrière la vessie, et il doit rendre l'opération un peu plus longue, mais il a le grand avantage de rendre celle-ci très méthodique et plus sûre au point de vue de l'asepsie en permettant de faire presque toutes les manœuvres hors du péritoine. Du reste, la durée un peu effrayante, dans le cas de Tuffier (2 h. 1/4), a été réduite, dans le nôtre, à 1 h. 1/4, et peut-être, sera-

t-elle encore abrégée dans la suite. En tout cas, on peut dire, dès à présent, que cette durée n'excède pas la résistance d'un enfant ayant dépassé cinq ans.

Pour se faire une idée de la valeur de l'opération de Maydl, il faut étudier les faits connus jusqu'ici. Mathes (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* 1897), en a rapporté quatorze cas auxquels il faudrait ajouter ceux de Park-Tarver, Tuffier et le mien, soit en tout 18 observations.

On ne trouve sur ce nombre que deux morts opératoires, l'une attribuable probablement au shock (Maydl), l'autre, survenue au bout de 55 heures, est due vraisemblablement à l'infection. Cette proportion de 2 sur 18 est assez faible pour rendre acceptable l'opération de Maydl.

Au point de vue des accidents secondaires, on trouve notées dans plusieurs observations, des fistules urinaires passagères avec réaction péritonéale localisée, mais comme tous les malades ont guéri, il n'y a pas lieu d'y insister davantage.

Le danger qui, théoriquement, paraissait le plus à craindre, est l'infection ascendante du rein. On sait, en effet, que les recherches expérimentales, aussi bien que les faits cliniques, ont appris depuis longtemps combien la pyélo-néphrite est fréquente à la suite de l'abouchement des uretères dans l'intestin. Mais il faut remarquer que les circonstances sont particulièrement favorables dans l'exstrophie vésicale. Ici, en effet, il est possible, et c'est là précisément l'originalité de la méthode de Maydl, d'aboucher dans l'intestin, non plus l'uretère isolé, mais le trigone portant les uretères avec leur sphincter. On évite ainsi la sténose de l'orifice d'abouchement qui, si faible soit-elle, peut suffire à faire stagner l'urine et à créer des conditions très favorables à l'infection ascendante et, de plus, on conserve à l'uretère son sphincter, c'est-à-dire son appareil de défense contre les agents infectieux du milieu dans lequel il s'ouvre.

Voilà pourquoi la pyélo-néphrite, fréquente à la suite des abouchements uretéro-intestinaux n'a été observée que chez le malade de Mikulicz qui succomba au bout de quatre mois, soit dans un cas sur seize. Plusieurs opérés ont pu être suivis assez longtemps : six mois (Tuffier), neuf et quatorze mois (Mathes), quinze mois (Krynsky), en conservant leurs reins indemnes, et sans aucune autre complication.

Voyons maintenant le résultat fonctionnel. La continence fut parfaite dans tous les cas, sauf dans ceux de

Krinsky et de Mikulicz. Ce dernier dut même faire porter à son malade un appareil collecteur pendant quelque temps.

Dans tous les autres cas, les malades gardaient leur urine plusieurs heures, 3 à 4 heures, en moyenne, quelques-uns jusqu'à 6 ou 7 heures. Le malade d'Ewald pouvait rester toute la nuit, sans être incommodé. Les urines sont évacuées, tantôt isolément, tantôt mélangées aux matières, sans qu'on puisse établir aucune règle à ce sujet. La tolérance de la muqueuse rectale est demeurée parfaite dans tous les cas : ni tenesme, ni coliques, ni diarrhée. Mathes raconte même qu'un des malades de Eiselsberg, qui était fréquemment sujet à la diarrhée, fut guéri de ce trouble après l'opération.

Les résultats fonctionnels sont donc satisfaisants et, somme toute, le bilan de l'opération de Maydl est actuellement assez bon pour permettre d'opposer cette méthode aux autres modes de traitement de l'exstrophie vésicale. Sans doute, la reconstitution de la vessie par l'autoplastie ou par le procédé de Segond ont une gravité moindre et l'abouchement intestinal du colon conservera toujours un pronostic assez sérieux. Mais il faut bien remarquer qu'à cet accroissement de risques correspond une amélioration capitale du résultat. L'absence constante de sphincter vésical a pour conséquence une incontinence à laquelle on ne remédie pas en reconstituant tant bien que mal une cavité vésicale ; le malade est condamné à porter un appareil pendant toute sa vie. La méthode de la dérivation le rend continent et le libère de toute espèce d'appareil. Voilà pourquoi elle semble devoir prendre le pas sur toutes les autres, puisque nous savons aujourd'hui qu'elle est réalisable opératoirement sans trop de risques, et que la conservation du sphincter urétéral est une protection suffisante contre l'infection ascendante du rein.

*Séance du 13 avril 1899. — Présidence de M. OLLIER.*

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du 23 mars.

Le procès-verbal est adopté.

\*\*\*

### GREFFES DERMO-ÉPIDERMiques PAR LA MÉTHODE DE M. OLLIER.

**M. Durand.** — J'ai eu déjà, un certain nombre de fois, l'occasion de pratiquer des greffes dermo-épidermiques, et les excellents résultats que j'en ai obtenus, m'ont paru intéressants à relater.

Dans quelques cas, elles m'ont servi à recouvrir des surfaces qu'une brûlure ou un traumatisme avaient privé de leur revêtement tégumentaire. Je ne veux pas rapporter ces observations, car elles n'ont pas d'intérêt pour des chirurgiens lyonnais, qui tous ont pu observer des faits semblables et il serait banal, à Lyon, d'exposer des résultats si communs. Je ne veux en dire qu'un mot, c'est que je me suis toujours appliqué à suivre exactement dans tous ses détails, soit de technique opératoire, soit de pansement, la manière de faire de M. Ollier et que, de cette façon, je n'ai jamais eu un échec. Toutes mes greffes ont pris, il n'en est pas une qui ait manqué. J'ai vu souvent, dans des cas analogues, essayer de la peau de grenouille et d'autres greffes semblables, je n'ai pas vu réussir une de ces tentatives, de sorte que la conclusion s'impose.

Je veux, contrairement aux faits précédents que je signale seulement en passant, développer les observations de deux malades auxquelles j'ai pratiqué des greffes pour recouvrir des surfaces en vue d'obtenir un résultat physiologique particulier et non plus seulement pour reconstituer une portion de tégument.

Dans un premier cas, il s'agit d'une malade qui avait dû subir l'amputation de l'index et de son métacarpien. A la suite de cette opération, la cicatrice palmaire devint douloureuse et chéloïdique et on dut intervenir plusieurs fois pour faire l'ablation des brides et des zones douloureuses.

A la suite de ces multiples excisions pratiquées par

M. M. Pollosson et par moi-même, le pouce perdit une partie de ses mouvements d'abduction, car il était attiré en opposition par les brides et la disparition des tissus mous qui auraient dû lui permettre de s'écarter. La malade entra en octobre dernier dans le service de M. Pollosson, que j'avais alors l'honneur de suppléer et demandait qu'on donnât à son pouce un peu plus d'abduction. La tendance à la chéloïde aurait certainement rendu illusoire toute section ou ablation des brides, toute tentative d'incision commissurale simple. Je pensai qu'en libérant largement le pouce et en recouvrant d'une greffe la surface ainsi cruentée, j'obtiendrais une véritable commissure cutanée capable de rendre au pouce la mobilité perdue.

Je savais d'autre part que cette section profonde ne pouvait gravement compromettre l'adducteur du pouce, car il avait déjà disparu en partie dans sa portion inférieure, lors des opérations précédentes. Ce plan adopté par la malade fut suivi : je libérai le pouce et pris sur la cuisse une greffe dermo-épidermique que j'appliquai immédiatement sur la surface cruentée. Le résultat fut celui que j'attendais ; six semaines après, je montrai la malade à M. Ollier qui put constater que la greffe avait parfaitement pris, qu'il existait une véritable commissure cutanée et non cicatricielle, que le pouce avait une grande mobilité et que la malade se montrait très satisfaite du résultat. Cette heureuse intervention me permet de penser que les greffes peuvent être utilisées dans un certain nombre de cas de difformités congénitales ou acquises de la main.

Il me semble qu'elles trouveraient leur application dans les cas où, après des brûlures ou des traumatismes, il existe des brides gênant ou empêchant les mouvements. Si on se borne à sectionner les brides, on a de fréquentes récurrences, les ablations ne donnent souvent pas de meilleurs résultats. Les greffes sont alors capables de donner au contraire des restaurations fonctionnelles complètes et définitives.

Elles pourraient peut-être aussi trouver leur emploi, dans certains cas avancés de rétraction de l'aponévrose palmaire.

Sur certains malades, en effet, la peau participe à la rétraction de l'aponévrose qu'elle recouvre et les opérations plastiques sont insuffisantes. Je crois que la brèche créée par la section et les excisions des tissus pathologiques pourrait être définitivement comblée par des

téguments sains amenés au moyen de la greffe dermo-épidermique.

Enfin, elle trouverait encore un emploi dans la syndactylie congénitale. Il est des cas de cette sorte dans lesquels l'étoffe manque quand on a séparé les doigts. La commissure surtout est très difficile à reconstituer comme le montre le grand nombre des procédés auto-plastiques qui ont été proposés. Ne pourrait-on pas recouvrir cette commissure avec une greffe et permettre ainsi de libérer largement les deux doigts congénitalement soudés.

Ma seconde observation appartient encore au service de M. le professeur Pollosson. Elle se rapporte à une jeune fille de 19 ans qui, en 1894, eut le cuir chevelu arraché dans une usine, par une transmission à laquelle s'était accrochée sa chevelure. Dans cet accident, elle avait été absolument scalpée et la perte de substance commençait en avant aux arcades orbitaires. Après de longs pansements et de nombreuses greffes, le crâne et le front se cicatrisèrent à peu près entièrement, mais la rétraction cicatricielle de cette énorme surface amena un large ectropion des paupières supérieures. La paupière avait entièrement disparu en temps que voile protecteur de l'œil, la conjonctive palpébrale, étalée sur le front, formait un énorme croissant rouge dont la convexité s'élevait bien au-dessus de l'arcade orbitaire, la peau de la paupière était devenue un tégument frontal.

La paupière s'était donc dédoublée, muqueuse d'un côté, peau de l'autre et largement étalée sur le front. L'aspect de la malade était hideux et les cornées étaient depuis longtemps déjà atteintes de troubles trophiques avancés. Le 28 avril 1898, je tentai la restauration de la paupière droite. Un trait de bistouri fut mené, concave en bas, sur les limites où se rejoignaient la peau palpébrale devenue frontale et les cicatrices. J'avais ainsi circonscrit un lambeau cutané en croissant qui fut séparé avec soin des plans profonds. Je soulevai de même la conjonctive et avec elle une lame fibreuse résistante qui n'était autre que le tarse déplacé.

Je poursuivis la libération de mon lambeau jusqu'à l'orbite. Quand il fut devenu flottant, je pinçai la ligne d'implantation ciliaire et je l'amenai au contact du bord ciliaire inférieur et je l'y fixai par des points de suture ramenant ainsi la conjonctive palpébrale supérieure à sa place normale après avoir imprégné l'œil de pom-made jaune. Je remis également en place la peau mobi-



lisée, reconstituant avec elle le ligament palpébral. Il ne restait plus qu'à recouvrir de peau le large croissant cruenté que laissait la mobilisation de la paupière. L'autoplastie était impossible puisque la surface à recouvrir n'était entourée que de cicatrices et qu'un lambeau temporo-jugal suffisant aurait créé une telle perte de substance que la suture aurait été impossible. Je songeai donc à faire profiter cette malade de la méthode de M. Ollier. Je taillai sur le bras des greffes suffisantes et je comblai par elles la brèche cutanée.

Trois semaines après, je répétai la même opération sur l'œil gauche. Tout se passa très bien ; les greffes prirent et la paupière reprit sa forme normale. Mais le résultat ne se maintint pas parfaitement, car la rétraction continua de se produire et, en octobre, les globes oculaires cessaient de nouveau de pouvoir être recouverts entièrement. J'avais d'avance prévenu la malade de la possibilité de cet accident et de la nécessité probable d'une nouvelle opération. Elle s'y soumit volontiers et, en octobre 1898, j'intervins en suivant la même ligne de conduite, séparant, pour l'abaisser, la peau de la partie inférieure de mes greffes. Je pus, cette fois, maintenir un peu plus longtemps la suture des paupières et, opérant sur des organes moins abimés et moins déplacés, j'obtins un résultat bien supérieur. La malade a maintenant une paupière supérieure largement suffisante. Elle recouvre entièrement le globe, l'orbiculaire a conservé et repris presque l'intégrité de ses fonctions, l'occlusion volontaire est possible, le relèvement n'est pas gêné, en un mot, j'ai pu reconstituer une paupière anatomique et physiologique.

Il en résulte que l'état esthétique de la malade est transformé et que les fonctions oculaires ont repris leur cours, les ulcérations cornéennes sont cicatrisées.

Cette observation ne permet certes pas de dire que la greffe doit remplacer l'autoplastie dans la restauration des paupières, j'en veux seulement tirer cette conclusion que c'est là une méthode très précieuse, toujours capable de fournir de l'étoffe au chirurgien, quand les lésions ne lui en ont pas laissé assez pour recouvrir les pertes de substance qu'il est parfois obligé de créer.

**M. Nové-Josserand.**—La communication de M. Durand soulève la question importante de l'emploi des greffes autoplastiques dans les cicatrices. Il vient apporter des documents pour servir à l'étude de cette question :

1° Un cas d'ectropion cicatriciel par brûlure chez un

enfant. La paupière était rétractée en haut, l'œil découvert. Il incise le tissu cicatriciel, libère la paupière, l'abaisse, avive les bords palpébraux, suture et fait une greffe. Au bout de trois semaines, le résultat était presque parfait ; mais à la longue le résultat fut moins satisfaisant, il s'était produit un léger degré de rétraction. Dans le maximum de fermeture, il persiste 2 à 3 millimètres entre les paupières. S'il avait fait une greffe secondaire, le résultat eût été meilleur.

2° Il a pratiqué des greffes autoplastiques pour syndactyle congénitale avec bons résultats.

3° Il les a employées pour cicatrices vicieuses dans 4 cas :

α *Cicatrice vicieuse de l'aisselle.* Large dissection et libération des tissus cicatriciels pour permettre au sujet de mettre sa main sur sa tête ; il combla la plus grande partie de la plaie par un lambeau du dos basculé en avant, puis le reste par des greffes auto-plastiques ; il fit 10 à 12 applications rendues difficiles par les mouvements incessants de la région. Il put arriver cependant à combler la plaie, et, un an après, le malade pouvait grimper à une échelle et monter aux arbres.

β *Brûlure ayant amputé la main, cicatrice vicieuse du coude maintenant celui-ci en flexion.* Il employa le même procédé que précédemment, mais fit des greffes autoplastiques secondaires. Bon résultat, extension et flexion complète de l'avant-bras.

γ *Cicatrice vicieuse de l'index après brûlure, flexion complète.* Même procédé, greffe secondaire. Guérison.

δ *Enfant de la crèche atteint de cicatrices vicieuses des mains pour brûlures, pouce immobilisé en opposition.* Même procédé.

Dans le mode d'emploi des greffes, il faut signaler deux points :

1° Greffe immédiate.

2° Panser la plaie et greffe secondaire 8 à 10 jours après.

Il a employé les deux méthodes, il trouve la deuxième meilleure. Il ne faut pas racler les bourgeons, comme le recommande Tiersch, mais faire la greffe sur les bourgeons (Ollier). Le raclage ne donne pas d'avantages et cause des hémorragies qui nécessitent 1/2 heure à 3/4 d'heure d'hémostase.

Il a encore employé les greffes autoplastiques dans un cas d'arrachement de la peau de la verge dans un engre-

nage ; le résultat a été satisfaisant tant esthétiquement que fonctionnellement.

**M. Ollier** demande combien de temps M. Durand a maintenu l'occlusion des paupières de la malade. Si la malade est docile c'est un et même deux ans qu'il faut laisser la suture des paupières. Cette longue occlusion est un des points les plus importants. Dans les cas de cicatrices vicieuses et rétractives, l'excision de la cicatrice n'est pas toujours possible. Il se rappelle un malade porteur d'une vaste brûlure de la face et du cou, fixant sa tête sur son épaule. Dans ce cas il était difficile d'enlever la cicatrice entière : il la sectionna transversalement en plusieurs points, obtint de larges sillons dans lesquels il implanta des greffes dermo-épidermiques qui permirent au malade de redresser la tête.

**M. Durand.** — Les paupières de la malade ne sont restées closes que trois semaines à un mois, d'abord à cause de l'indocilité du sujet et parce que, malgré tout, il avait des craintes sur l'état des yeux. Dans son cas, il ne croit pas qu'il y eut avantage à attendre pour faire une greffe secondaire.



### RESTAURATION DES PAUPIÈRES ECTROPIONNÉES

**M. Gayet.** — La complication de l'appareil palpébral est telle, que dans les cas où cet appareil vient à être détraqué, il faut une analyse très complète et très difficile pour éclaircir la part qui revient à chaque partie composante dans le désordre général.

Il y a deux ans, j'ai publié une observation de brûlure grave de la face qui avait formé un système cicatriciel très compliqué dans lequel figurait un ectropion double tellement horrible à voir, que la jeune malade qui les portait, se déclarait prête à tout subir pour s'en débarrasser.

Dans l'impossibilité de trouver, dans le voisinage des yeux, les lambeaux nécessaires pour remplacer les parties manquantes, j'avais emprunté les lambeaux au bras de la patiente et obtenu un résultat sinon complet, du moins assez satisfaisant. Aujourd'hui, je veux donner à la Société de Chirurgie l'observation d'un autre cas ayant avec le précédent quelques analogies et beaucoup de différence.

Il s'agit d'une fille de 23 ans dont les tempes, les joues, le menton et le cou du côté gauche, étaient rongés par un lupus non ulcéreux, arrivé après un long traitement à une guérison à peu près complète.

Le principal méfait de ce lupus consistait en un ectropion très accentué des trois quarts extérieurs de la paupière inférieure gauche. La muqueuse de la face interne exposée constamment à l'air s'était fort boursoufflée, veloutée et secrétait des mucosités venant se concréter sur les cils renversés. La peau de la joue, très épaisse, privée de sa musculature, semblait suspendue au système de l'ectropion et l'attirer encore en bas. Toutefois il était très difficile de dire, si le raccourcissement rétractile du tégument palpébral jouait le principal rôle, ou s'il fallait l'attribuer au poids de la joue.

La première interprétation étant presque toujours justifiée dans les ectropions cicatriciels, il était naturel de songer à restaurer la paupière, en lui restituant la hauteur qui lui manquait, par l'insertion d'un lambeau cutané dans une plaie pratiquée à travers toute son épaisseur; les succès de cette méthode ne se comptent plus. Mais où prendre le lambeau nécessaire. La tempe et la joue, terrain naturel de ces empreintes étaient labourées de cicatrices et n'offraient aucune sécurité, le front et le nez auraient imposé des détours très compliqués, et surtout ajouté des stigmates particulièrement en vedette, à ceux qui existaient déjà du fait du lupus.

J'ai donc cru devoir recourir à un procédé qui m'a très bien réussi dans le cas que j'ai signalé plus haut et à emprunter au bras de la malade le lambeau réparateur. Me souvenant du bénéfice que j'avais tiré d'une préparation longue et méthodique, pour amener la patiente à supporter sans trop de peine la terrible contrainte qu'entraîne la position imposée au bras et à la tête, je pris pour ma malade les mêmes précautions.

Je lui fis une minerve plâtrée très solide et très soigneusement capitonnée et, sans m'inquiéter du bras droit dont le bandage dégorgeait très largement l'épaule. Pendant plus d'une semaine X... vécut et dormit avec cet appareil et ce n'est qu'au moment où elle se déclare habituée, que je songeais à le compléter.

Pour cela je lui mis le membre supérieur droit sur la tête en position telle que la peau de la face interne du bras se trouva au contact de la joue au voisinage de la paupière. Dans cette position je coulais du plâtre, qui se fusionna avec la surface de la minerve et noya en même

temps l'avant bras et un peu la paume de la main. Comme le font les mouleurs, j'avais eu soin de ménager des ficelles avec lesquelles je découpais un couvercle avant la dessication du plâtre, j'obtins ainsi un moule en forme de gouttière d'où le membre pouvait sortir et où il revenait à volonté se replacer dans une position mathématiquement la même. Cela fait et mon moule séché, j'habituai peu à peu la patiente à la position nécessaire et en quinze jours à peu près, je l'amenais à dormir la nuit entière, son bras sur sa tête.

Le moment de l'opération était venu, je la pratiquai avec toutes les précautions nécessaires ; bientôt la plaie faite à la paupière par une incision profonde et capable de laisser le bord ciliaire se relever complètement, fut comblée par un lambeau découpé sur le tégument interne du bras et découpé, de façon à couvrir exactement cette plaie dans sa forme et son étendue.

Lorsque, huit jours après, je me mis en mesure de couper le pédicule de mon lambeau brachial, la malade, qui était cependant assez timorée et qui se rendait bien compte de son opération, me déclara qu'elle subissait si facilement la contrainte de sa position, qu'elle me suppliait de ne pas détacher son lambeau, si celui-ci avait la moindre chance d'être compromis. Pour la satisfaire, j'attendis encore, et ce n'est qu'après onze jours que je lui rendis la liberté de ses attitudes.

Le résultat comme greffe du tégument fut parfait. Ce dernier n'éprouva aucune perte et pourtant la paupière n'en tira pas tout le bénéfice que je m'en étais promis. Je compris tout de suite que l'élément pesanteur jouait un rôle important et que l'orbiculaire affaibli était incapable de soutenir le poids de la joue, épaissie et privée elle-même de sa musculature de soutien. La chose étant rendue évidente par l'effet satisfaisant du refoulement artificiel de la joue.

Alors surgit dans mon esprit l'idée que la cure ne pourrait être obtenue qu'à la condition de soulever la partie externe de la paupière renversée et de l'accrocher à un point fixe et résistant, le bord de l'orbite par exemple : voici comment je réalisai cette idée :

Je fis partir de l'angle externe des paupières une incision rectiligne de deux centimètres que j'inclinai en bas. J'obtins ainsi un lambeau à angle très obtus, que je disséquai, assez pour lui rendre libre un mouvement en haut et en dehors de un centimètre ou deux.

Cela fait, je disséquai à son tour la lèvre supérieure

de la plaie et je la fis écarter jusqu'à mettre à nu la partie moyenne du bord orbitaire externe. Je dégageai celui-ci de son périoste et dès que la place fut suffisante, je fis avec un forêt de 2 millimètres un trou qui traversait toute la paroi, laissant en avant un bourrelet osseux, très suffisamment solide.

Je traversai le trou par un fil d'argent d'un certain volume, qui fut conduit aussi à travers le sommet obtus du lambeau cutané, à cheval aussi sur une quantité assez notable de tissu, j'étais dirigé dans le choix du fil comme dans celui de sa traversée, par l'idée qu'il devrait rester en place assez longtemps, trouver sur l'os un point d'appui résistant et ne pas couper trop vite les parties molles. Mon but atteint, je tordis mon fil en comptant les spires de façon à pouvoir le détordre pour l'enlever plus tard.

L'effet de la pose de ce fil fut tel que je vis bien que le but de mon opération serait atteint, si les choses marchaient assez bien pour que l'union se fît entre l'os et le lambeau.

Qu'on remarque bien que je demandais si peu de chose à la réunion des téguments et à leur raccourcissement que je ne songeai pas à souder la surface cutanée du lambeau inférieur qui s'enfonçait sous le supérieur pour atteindre son point d'attache à la paroi. En principe, il ne faut jamais toucher aux téguments pour les ulcérer ou les réséquer dans des cicatrices dont le mal important est le défaut d'ampleur des tissus.

Avec le temps, j'eus la satisfaction de voir s'effectuer la soudure que j'avais cherchée et surtout de la voir se maintenir solidement, même après l'enlèvement du fil.

Depuis, la position relevée de la paupière s'est maintenue, rendant à la physionomie son expression presque naturelle. Depuis j'ai pu, en avivant les bords de l'angle externe, et en y appliquant quelques points de suture, rendre encore ce résultat meilleur comme on peut en juger par les photographies que je fais passer sous les yeux de mes collègues et qui leur permettent d'apprécier de visu les phases du mal et celles du traitement.

Cet heureux résultat m'amène à dire en réponse aux communications qui viennent de nous être faites par M. Durand et Nové-Josserand, qu'en matière d'opération visant les rétractions cicatricielles, l'emploi des greffes par la méthode de M. Ollier constitue un procédé assurément avantageux et qui doit être employé lorsqu'on

ne peut faire autrement, mais que toutes les fois que la chose est possible il faut lui préférer l'apport dans les cicatrices de lambeau cutané, fût-ce même en allant la chercher ailleurs que dans le voisinage de la cicatrice.

**M. Vallas** présente une jeune fille atteinte d'un double ectropion très marqué dû à une lésion spécifique de la face cicatrisée. Il a fait bilatéralement l'incision en V des deux paupières inférieures, bon résultat immédiat, mais trois mois après l'état était à peu près le même; il fit alors l'excision de la cicatrice et prit le lambeau sur un bras. L'ectropion a persisté, quoique léger. Croyant à l'affaiblissement du muscle, il l'a fait électriser, masser sans corriger l'ectropion.

**M. Gayet** aurait fait dans ce cas un lambeau temporal. Dans un cas de brûlure des quatre paupières il prit deux lambeaux temporaux et deux jugaux; il eut un bon résultat et les cicatrices sont à peine visibles aux points où il prit les lambeaux.

**M. Gangolphe.** — M. L. Tripier a fait faire autrefois une thèse à Chantre à propos de la restauration des paupières et s'est préoccupé de la question du muscle.

**M. Ollier** est très partisan des greffes auto-plastiques, mais il ne veut pas les opposer aux méthodes de restauration par lambeaux qui constituent les méthodes de choix toutes les fois qu'elles sont possibles.

---

*Séance du 20 avril 1899. — Présidence de M. OLLIER.*

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du 17 avril.

Le procès-verbal est adopté.

\*\*\*

#### SUR LE TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE AIGUE, PAR LA LAPAROTOMIE

**M. Vallas.** — L'indication d'intervenir par la laparotomie dans les péritonites aiguës est admise par tous les chirurgiens; aussi n'est-ce pas elle que je veux discuter devant vous. Mais il reste encore beaucoup de points obscurs concernant l'étiologie de l'affection, son évolution, la valeur et les résultats du traitement chirurgical, et aussi sur le manuel opératoire à employer.

C'est pourquoi j'ai pensé qu'il serait profitable d'introduire cette question devant la Société de Chirurgie de Lyon, en publiant les résultats que j'ai obtenus dans ma pratique personnelle, avec les réflexions que m'a suggérées l'étude des faits que j'ai observés. Ma statistique est modeste, puisqu'elle ne compte que 8 cas, mais j'espère engager mes collègues à produire chacun la sienne, et j'estime qu'on approche plus près de la vérité par l'étude de ces statistiques partielles propres chacune au même chirurgien, que par celle des grandes statistiques massives où les observations, provenant de sources diverses, ne sont pas appréciées avec une commune mesure.

Voici d'abord, résumées, avec leurs détails essentiels, les observations que j'ai retrouvées dans mes notes.

1<sup>o</sup> Péritonites d'origine appendiculaire.

Obs. I. — Homme de 50 ans, entré dans mon service avec des symptômes d'obstruction intestinale à marche lente. Il présente une douleur avec empâtement dans la fosse iliaque *droite* et aussi une hernie crurale *gauche*. La hernie n'étant ni étranglée, ni engouée, le malade est mis en observation.

Trois jours après, la situation s'est aggravée : fièvre, vomissements persistants ; le ventre s'est météorisé et on constate un peu de tension et d'œdème au niveau de la hernie. L'intervention s'impose.

Incision sur la hernie crurale, à gauche. L'intestin n'est pas étranglé, mais la corde méésentérique est infiltrée, grisâtre ; une sonde cannelée est introduite dans l'anneau crural et un filet de pus glisse dans sa rainure. L'intervention est aussitôt transformée en laparotomie latérale, et un coup de bistouri fend l'arcade et la paroi abdominale sur une hauteur de 8 à 10 centimètres. Un flot de pus jaillit aussitôt. L'état du malade étant inquiétant, il n'est pas fait d'autres manœuvres. La plaie est drainée avec des mèches de gaze iodoformée et le malade reporté dans son lit. Il guérit rapidement et, quelques mois après, revint me trouver à cause de l'éventration qu'il avait conservée. Je l'opérai et, à sa sortie de l'hôpital, il reprit son métier de manœuvre.

Obs. II. — Jeune garçon de 10 ans, atteint subitement d'appendicite suraiguë à forme gangreneuse. Laparotomie iliaque ; je trouve du pus, l'appendice sphacélé et perforé. Drainage.

Mort quelques heures après l'opération.

Obs. III. — Jeune homme de 30 ans entre, le 28 décembre 1896, salle St-Louis, avec une péritonite aiguë.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. On arrive sur des anses grêles violacées, recouvertes de fausses membranes fibrino-purulentes et nageant dans un liquide sanieux. Lavage de la cavité péritonéale à l'eau tiède stérilisée. Drainage.



29 décembre. — Les vomissements cessent. Le malade a une selle.

2 janvier 1897. — Les vomissements et le hoquet reparaisent. Il s'écoule par la plaie un liquide roussâtre à odeur stercorale.

14 janvier. — Mort.

L'autopsie révèle la cause de la péritonite, qui était restée inconnue. Il s'agit d'une appendicite du type dit de Gerster (appendice relevé verticalement et logé au milieu des anses grèles).

OBS. IV. — Jeune garçon de 10 ans, atteint d'appendicite aiguë. Je l'opère à la campagne, au milieu de la nuit. Laparotomie iliaque ; aussitôt le péritoine incisé, il s'écoule, sous pression, une énorme quantité de pus. Drainage en haut et en bas, sans autres manœuvres.

Le malade guérit.

#### 2<sup>e</sup> Péritonites par perforation.

OBS. V. — A... Jean, 35 ans, entre dans mon service le 7 juin 1898, venant d'une salle de médecine. Il présente des symptômes de péritonite et une tuméfaction nettement fluctuante dans la fosse iliaque gauche.

Laparotomie à ce niveau. Il s'écoule sous pression un liquide jaunâtre, légèrement louche, par saccades isochrones aux mouvements respiratoires. Croyant à un foyer enkysté, je ne fais rien autre et établis un drainage. Mort le lendemain.

*Autopsie.* — Péritonite purulente généralisée. L'examen de l'estomac révèle un ulcère en pleine activité, de 5 centimètres de long sur 2 de large. Vaste perforation dont le fond est fermé en partie par le pancréas et qui communique avec la cavité péritonéale.

OBS. VI. — M... Jean-Baptiste, 40 ans, m'est envoyé par le docteur Mollard, médecin des hôpitaux, avec le diagnostic : Péritonite par perforation. Laparotomie sus et sous-ombilicale. Péritonite suppurée généralisée. J'arrive sur la perforation qui siège sur la petite courbure contre la face inférieure du foie. Par suite de l'impossibilité d'amener l'estomac dehors et de suturer la perforation, je me contente de laver et de placer un tamponnement à la Mickulicz. Mort le lendemain.

Dans les six observations que je viens de rapporter, j'ai fait le diagnostic de péritonite aiguë généralisée. J'ai fait la laparotomie, trouvé du pus, drainé. Quatre malades sont morts, deux seulement ont guéri.

Voici, maintenant, deux cas fort intéressants, dont le premier a été opéré d'urgence, dans mon service, par mon collègue, le docteur Villard.

### III. Péritonite de cause inconnue.

OBS. VII. — V.... Eugène, 38 ans, entre le 20 octobre 1898, avec des symptômes de péritonite ou d'occlusion intestinale.

M. Villard, appelé, pratiqua la laparotomie iliaque. Par l'incision s'écoule un liquide hématique. Le cœcum et l'appendice sont sains; les anses grêles distendues. M. Villard fixe le cœcum dans la plaie pariétale, pour permettre de l'ouvrir, en cas de persistance des accidents d'occlusion.

Dès le lendemain, les symptômes s'amendent, les vomissements cessent, le ventre diminue de volume. Les selles reparaissent, et, quelques jours après, la guérison était complète.

J'ai, depuis, opéré le malade pour une large fistule stercorale avec éventration au niveau de la plaie iliaque. Il est sorti, il y a quelques jours, en parfait état de santé.

OBS. VIII — M... Jean, 31 ans, entre dans mon service, le 20 mars 1899. Alcoolisme et saturnisme. Depuis un mois, le malade a des troubles gastriques: perte d'appétit, vomissements glaireux et alimentaires presque quotidiens. Le 18 mars, à 9 heures du matin, il est pris brusquement de coliques violentes et entre à l'hôpital de St-Vallier où on institue d'abord, en raison de ses antécédents, le traitement de la colique de plomb. L'état s'aggrave, il est envoyé à Lyon.

Le 21 mars, au matin, je le vois avec des signes de péritonite aiguë généralisée non douteux: vomissements, constipation absolue, météorisme progressif, facies grippé, pouls petit, rapide, fièvre.

Laparotomie médiane. Il s'écoule une grande quantité de liquide jaune verdâtre, filant, non purulent. Les anses grêles affluent à l'orifice et doivent être repoussées pour permettre l'issue du liquide. Drainage à la gaze iodoformée, sans autre manœuvre, sans lavage du péritoine.

Je complète le drainage par une contre-ouverture dans le cul-de-sac recto-vésical établie par l'anus à travers la paroi rectale. Il s'écoule une petite quantité de liquide semblable à celui qui s'est écoulé par l'incision médiane.

Le lendemain, le malade est mieux. Les vomissements, les coliques ont disparu; la température est à 37°. Le surlendemain, débacle diarrhéique abondante.

Dès lors, la convalescence a marché rapidement, et je vous le présente, aujourd'hui, complètement guéri, à la veille de quitter le service.

En résumé, voilà 8 observations où j'ai pratiqué la laparotomie, ayant en vue une péritonite aiguë. En chiffres bruts, j'ai obtenu 4 guérisons et 4 morts, soit une mortalité de 50 %.

Je veux maintenant chercher à tirer de l'examen de ces faits les renseignements qu'ils comportent. Il m'a semblé notamment que certains signes pouvaient faire préjuger d'avance l'évaluation bonne ou mauvaise de la lésion.

Au premier rang de ces symptômes figure la *nature du liquide* trouvé dans le péritoine. Il est remarquable, en effet, que, dans les deux cas où ce liquide était séreux (Obs. VII et VIII), les malades ont guéri. Dans le premier, la coloration était rose, hématiche, dans le second jauneverd biliaire; mais, toujours est-il qu'il ne s'agissait pas d'un épanchement purulent. On pourrait objecter que ce caractère séreux appartient au début de l'affection et que le liquide aurait fini par tourner à la purulence. Je ne crois pas cette objection valable, au moins pour le malade de l'obs. VIII. Il a été opéré quatre jours après le début des accidents: on voit ordinairement le pus apparaître avant ce délai. Il doit donc y avoir des péritonites aiguës qui peuvent évoluer sans purulence et ces péritonites, dont j'ignore la cause, sont susceptibles de guérir en très forte proportion par la laparotomie.

La péritonite suppurée est, au contraire, bien plus meurtrière, et le traitement chirurgical a sur elle moins de prise. Sur six cas, j'ai eu quatre morts, et même je dois faire, à ce propos, une remarque importante. Les deux péritonites appendiculaires qui ont guéri avaient été classées par moi sous la rubrique de péritonites généralisées; or, je suis persuadé aujourd'hui, toutes réflexions faites, que je me suis trouvé en présence de vastes enkystements. Malgré l'allure grave de l'affection, malgré les signes fournis par le faciès, le pouls et la température, malgré les vomissements et la constipation, malgré l'abondance du pus évacué, je garde cette conviction et suis persuadé que beaucoup de cas heureux signalés à l'actif de la laparotomie, doivent être rangés dans cette catégorie. Il y aurait donc intérêt à connaître un signe qui permit de distinguer les grands abcès enkystés intra-péritonéaux de la véritable péritonite suppurée. J'ai cru pendant longtemps l'avoir trouvé dans la notion de la *tension du liquide au moment de l'ouverture*; en cas d'abcès, le pus sort sous pression, en forme de flot jaillissant; il s'échappe, au contraire, en bavant, avec des interruptions produites par l'interposition d'anses intestinales, en cas de péritonite généralisée. Malheureusement ce signe m'a trompé dans le cas du malade de l'obs. V. J'avais annoncé, l'ayant nettement constaté, que l'issue serait probablement favorable. Le malade est mort, et j'ai trouvé à l'autopsie une péritonite généralisée. Il se fait, sans doute, en pareil cas, des cloisonnements partiels, qui modifient les conditions de la pression du liquide; les fosses iliaques, avec leurs méso-

colons, sont des régions éminemment favorables à la production de ce phénomène. Malgré cette réserve, je tiens cependant la forte pression du liquide comme un symptôme relativement favorable.

Après l'intervention, le rétablissement rapide des selles et de l'évacuation des gaz par l'anus est d'un heureux augure. Il n'a jamais manqué dans les cas qui se sont terminés par la guérison. Dans l'obs. III, il a coïncidé avec une amélioration notable de l'état général : le malade a succombé à une poussée ultérieure de son affection. C'est, qu'en effet, les sujets atteints de péritonite aiguë, sont exposés à une double intoxication : celle provenant de la résorption des produits plus ou moins septiques de la séreuse, et, aussi, en raison de la paralysie du muscle intestinal, une véritable stercorémie. Ce danger est tellement évident, qu'on a proposé l'entérotomie et la création d'un anus contre nature, comme traitement de la péritonite et, pour ma part, je serais très disposé à utiliser ce moyen.

Je n'ai pas encore une opinion bien arrêtée sur la manière dont on doit faire la laparotomie. Je crois cependant que l'ouverture pure et simple de la cavité péritonéale, avec drainage à la gaze aseptique, est la chose importante. Elle suffit certainement contre les épanchements séreux. La contre-ouverture rectale pourra être utilisée. Si l'on trouve du pus, faut-il faire le lavage du péritoine ? C'est une erreur que de croire qu'on pourra faire sortir, par un simple lavage, tous les produits septiques et, en poussant dans toutes les directions, une sonde qui porte au loin le liquide d'irrigation, j'estime que le chirurgien peut devenir plus dangereux qu'utile. Dans certains cas, j'ai lavé ; dans d'autres, je me suis abstenu de toute manœuvre : les malades n'ont pas mieux guéri dans le premier cas que dans le second. J'accepte donc le lavage du péritoine, mais à la condition qu'il soit fait prudemment.

En cas de perforation, je ne crois pas non plus qu'on doive s'acharner à placer, à tout prix, des points de suture sur l'orifice. La perforation (au moins pour l'ulcère gastrique) est toujours précédée d'un travail d'inflammation, qui aboutit à la production d'adhérences avec les organes voisins. La déchirure ne se fait que sur un point de la zone fibreuse. Le premier effet des manœuvres, sur cette région, est d'agrandir la perforation et de favoriser l'irruption, dans le ventre, de nouvelles quantités de liquide stomacal. En outre, il est difficile, sinon

impossible, d'amener au dehors cette région fixée par des adhérences et, enfin, il ne faut pas compter beaucoup sur des sutures placées en tissus indurés et infectés. Pour toutes ces raisons, il me semble plus sage de mettre sur le point par où se fait la filtration, un bon tamponnement à la gaze iodoformée, suivant la méthode de Mickulicz et de prescrire la diète absolue aux malades. L'obturation se fera seule, et si la péritonite peut être enrayée, la malade guérira aussi bien qu'avec des sutures.

Telles sont les considérations qui m'ont paru découler de l'examen très impartial des faits que je vous ai exposés.

\*\*\*

### LYMPHANGIOME DE L'AISELLE

**MM. Villard et Vignard.** — Nous présentons à la Société de Chirurgie un petit malade entré, il y a huit jours, dans le service de M. Villard, remplaçant M. Auguste Pollosson à la Charité.

C'est un garçon âgé de 7 semaines et porteur, dans l'aisselle du côté gauche, d'une tumeur dont les dimensions et le volume n'ont pas varié depuis le moment de la naissance. Cette tumeur présente le volume d'une orange; elle est située dans l'aisselle gauche, entre le grand pectoral en avant, au-dessus duquel elle remonte, et le grand dorsal en arrière. Elle est molle, pseudo-fluctuante, facilement dépressible lorsque l'enfant est au repos. On ne note pas de changement de coloration de la peau qui est pourtant libre, non adhérente et ne présente pas de capitonnage lorsqu'on la pince entre les doigts. Au-dessous, on sent quelques petites granulations roulant sous les doigts.

La tumeur est mate, très peu réductible, son auscultation ne révèle rien de particulier; elle paraît se tendre dans les mouvements d'expiration, les cris et les efforts. Lorsque l'enfant est calme on peut, en la déprimant, explorer, mais très imparfaitement, le gril costal sous-jacent, celui-ci ne semble pas présenter d'interruption; toutefois, pour plus de sûreté, nous avons prié M. le docteur Destot de vouloir bien nous donner une radiographie du thorax de l'enfant; l'épreuve que nous mettons sous les yeux de la Société montre que le squelette costal est intact; la radiographie nous donne en même temps des renseignements sur la nature de la tumeur; en effet, celle-ci apparaît sous la forme d'une tache noire,

ce qui nous indique que son contenu n'est pas gazeux, car, dans ce cas, elle se montrerait sous la forme d'un espace clair.

L'état général de l'enfant est très bon et, comme nous l'avons dit, la tumeur est restée stationnaire depuis la naissance.

Dans cette observation, deux points sont intéressants : le diagnostic et la thérapeutique.

En présence d'une tumeur lobulée, pseudo-fluctuante, avec une véritable expansion et de nature congénitale ; à quoi peut-on songer ?

α) A une hernie du poumon ? La tumeur n'est pas sonore, l'expansion est peu marquée, la réductibilité partielle ;

β) A un lipome ou un myxome ? Mais la tumeur est trop molle et on ne sent pas les ilots durs perçus dans ces tumeurs.

γ) A un angiome sous-cutané ? Mais la couleur de la peau est normale, il n'y a pas d'érectilité comme dans une tumeur sanguine.

δ) A un lymphangiome kystique ou à un kyste séreux congénital ? La tumeur est, en effet, congénitale ; elle siège dans l'aisselle, lieu de prédilection de ces tumeurs ; l'expansion y est possible ; de plus, les modifications concomitantes des mouvements respiratoires peuvent y exister, comme en témoigne l'existence d'un lymphangiome sus-claviculaire rapporté dans le livre de Lannelongue. Il se peut que la tumeur ait un prolongement intra-thoracique.

Dans ce cas, quelle doit être la conduite chirurgicale ? M. Villard rejette les ponctions évacuatrices ou les injections modificatrices. Il va retarder l'intervention qui n'a rien d'urgent et, plus tard, il pratiquera l'extirpation soit totale, soit partielle.

**M. Fochier.** — L'absence de troubles de coloration de la peau n'exclue pas l'idée d'angiome. Les arguments fournis par M. Villard ne sont pas convaincants. La réductibilité partielle de la tumeur fait songer aussi à un angiome ; de plus, le système veineux est très développé à la surface de la tumeur et s'il n'a pas senti de grosses veines y aboutissant, il a trouvé une grosse artère qui s'y rendait. Dans les angiomes caverneux, on voit ces mouvements de turgescence et d'affaissement si la tumeur est périthoracique, même sans prolongements intra-thoraciques.

**M. Durand** a vu deux cas de lymphangiome au voisinage de l'aisselle. Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans, porteur, à droite, d'une tumeur volumineuse, au-dessous du maxillaire inférieur, occupant tout le cou et dépassant la région sous-claviculaire. La peau était normale à sa surface, la tumeur était fluctuante, irréductible, il y avait une légère impulsion pendant les mouvements respiratoires. Le malade refusa toute intervention.

Dans le deuxième cas, c'était un enfant de 7 à 8 ans. La tumeur siégeait entre la clavicule et la région axillaire ; la peau, à la surface, était violacée ; elle n'était pas réductible et expansible seulement dans les grandes inspirations. La fluctuation y était manifeste. Il fit le diagnostic de kyste séreux. L'intervention fut facile. La coloration était due au liquide hématique contenu dans la poche. Macroscopiquement, elle ne contenait pas de poches secondaires, elle offrait des tractus la traversant, rappelant un cœur avec ses cordages tendineux. Microscopiquement, elle était tapissée d'un endothélium. La coloration de la peau ne permet pas de rejeter l'idée de kyste. Dans le cas de M. Villard, l'expansion a lieu en un seul temps, dans l'angiome, au contraire la turgescence de la tumeur est lente.

**M. Fochier.** — La réductibilité attribuée à un angiome est une hypothèse plus simple que celle de M. Villard, invoquant un prolongement intra-thoracique. L'expansion en un temps pendant le cri peut se voir aussi dans une tumeur angiomateuse au voisinage immédiat de la cavité thoracique.

**M. Villard** a songé à l'hypothèse d'angiome, mais pour la rejeter. Dans la tumeur, on ne sent pas de cordons comme dans l'angiome, il n'y a ni frémissement, ni souffle. La réductibilité est exclusivement respiratoire. Il pense donc à un lymphangiome avec prolongement intra-thoracique. Mais souvent on peut voir amener à cette tumeur un angiome caverneux.

\* \* \*

#### **FRACTURE DE LA ROTULE. — SUTURE DES AILERONS. — EXCELLENT RÉSULTAT FONCTIONNEL**

**M. Vallas** présente un malade atteint de fracture de la rotule à qui il fit seulement la suture des ailerons. A l'heure actuelle, près d'un an après l'accident, il n'y a

pas d'écartement appréciable entre les deux fragments, alors qu'il était primitivement de 3 centimètres, et la restitution fonctionnelle est parfaite.

\*\*\*

#### AMBLYOPIE DUE A LA PERSISTANCE DU CANAL DE CLOQUET

**M. Battut**, médecin-major présente un malade, âgé de 21 ans, atteint d'amblyopie de l'œil droit par persistance du canal de Cloquet. Il n'y en a, dans la science, que trois ou quatre cas de Donders.

\*\*\*

#### CORPS ÉTRANGER DU COUDE

**M. Battut**, médecin-major, présente un corps étranger extrait de l'articulation du coude.

---

*Séance du 27 avril 1899.* — Présidence de M. OLLIER

---

**M. Vallas** lit le procès-verbal de la séance du 20 avril 1899.

\*\*\*

#### A L'OCCASION DU PROCÈS VERBAL

**M. Ollier.** — La tumeur présentée par MM. Villard et Vignard n'a pas le caractère de réductibilité qu'on lui a attribué. il s'agit seulement de modifications dans la tension de son contenu et ses alternatives d'augmentation et de diminution sont en rapport avec les contractions des muscles voisins. La radiographie montre, d'ailleurs l'absence de prolongement intra-thoracique. Il se rappelle avoir observé, chez un enfant, une tumeur de l'aisselle qui avait les mêmes caractères de fausse réductibilité que le cas présenté par M. Villard. Il s'agissait d'un lipome avec, dans l'intérieur, des kystes séreux.

**M. Fochier** avait, à un examen rapide, cru la tumeur réductible. Si ce caractère n'existe pas, il est évident que le diagnostic change du tout au tout.



**M. Villard.** — La réductibilité paraissait nette au moment des cris; mais, en mettant les bras dans l'extension, ce caractère disparaît. Il croit à une tumeur exclusivement extra-thoracique.

**M. Gangolphe** se rappelle deux tumeurs: l'une de la région inguinale prise pour une hernie et une de la région obturatrice toutes deux réductibles. L'examen histologique de la première fut pratiqué; il s'agissait d'une tumeur mixte: tissu fibreux, graisseux, musculéux, cartilagineux et épithélial. La deuxième ne fut pas examinée, mais n'était point exclusivement lipomateuse.

\* \* \*

### DEUX KYSTES OVARIQUES AVEC TORSION DU PÉDICULE

**M. Gangolphe** présente deux kystes ovariens avec torsion du pédicule, qui, présentent quelques particularités intéressantes.

Dans ce cas il s'agit d'une malade qui fut prise de symptômes brusques simulant l'appendicite. Elle avait eu un accouchement normal 18 mois avant. Elle fut prise de douleurs dans la fosse iliaque droite et de signes de péritonite aiguë. Il diagnostiqua appendicite. Il intervint le lendemain. Au cours de l'opération, voyant une tumeur violacée mobile, arrondie, ressemblant à la rate, il conclut à un kyste ovarien tordu sur son pédicule.

A noter l'existence d'un épanchement séro-sanguin abondant intra-péritonéal.

Il n'avait pas avec lui le nécessaire pour faire une opération complexe; aussi fixa-t-il le kyste à la paroi abdominale et l'ouvrit pour faire tomber la tension et arrêter le sphacèle. La température et les phénomènes de péritonite disparurent. Il resta une petite fistulette donnant du pus. Quatre à cinq mois après la malade offrit les mêmes symptômes. Il y avait une nouvelle torsion dans un nouveau kyste. Il intervint à nouveau.

Il fit une ouverture abdominale médiocre, reconnut l'existence d'un kyste gros comme une tête de fœtus, mit un tampon dans l'incision médiane, cerna la fistulette par une incision lozangique, désinfecta au thermocautère le trajet et libéra tous les tissus, en procédant, comme il l'a indiqué pour la cure radicale de l'anus contre nature, par l'incision inter-péritonéale d'emblée. Le kyste et l'ancien trajet furent enlevés.

Dans le deuxième cas il s'agit d'une femme de 40 ans, qui avait vu augmenter son ventre depuis deux ans ; elle mena à bonne fin une grossesse. Neuf mois après elle entre dans le service avec des douleurs qui n'étaient ni intenses ni aiguës, comme dans une torsion du pédicule. L'opération permit le diagnostic de torsion du pédicule, car on avait fait seulement celui de kyste ovarique adhérent à la paroi antérieure. Dans ce cas, la torsion du pédicule ne donna pas de réaction péritonéale aiguë. Il y avait eu torsion progressive. Celle-ci avait eu pour conséquence des adhérences totales du kyste ; le contenu était hématique. Il fut possible de le décortiquer en totalité et d'obtenir la guérison rapide. Ces deux cas ont donné deux succès.

\* \* \*

### TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE

(DISCUSSION)

**M. Nové-Josserand.** — M. Vallas nous a conviés à apporter les documents que nous possédons relativement à la pathologie et au traitement des péritonites aiguës. Je ne veux pas discuter ses conclusions auxquelles je me rallie complètement, mais je pense ne pas trop m'écarter de la discussion ouverte, en vous rapportant des faits qui tendent à établir :

D'abord que certaines péritonites localisées et, en particulier, les appendicites à forme pelvienne, peuvent revêtir l'aspect symptomatique de véritables péritonites généralisées.

Et, en second lieu, que, chez les enfants, des péritonites généralisées ou localisées simulant à s'y méprendre celles produites par l'appendicite, peuvent être causées par des perforations intestinales typhiques ou tuberculeuses.

Sur le premier point, je puis rapporter les deux faits suivants :

Garçon de 19 ans, bien portant. Le 1<sup>er</sup> juin 1897 apparition d'une douleur dans la fosse iliaque droite. Vomissements qui persistèrent les jours suivants.

Au bout de deux jours, le ventre commença à se ballonner, les souffrances devinrent plus vives, l'état général s'altéra ; ces symptômes augmentèrent d'intensité jusqu'au quatrième jour. Or, à ce moment, le tableau était bien celui d'une péritonite généralisée : ballonnement léger mais cependant notable du ventre, aucun empâtement

sensible dans la fosse iliaque droite, vomissements incessants, faciès tiré, urines rares au point qu'un médecin des Hôpitaux des plus distingués, appelé en consultation, admit une péritonite généralisée d'origine appendiculaire et conseilla une intervention immédiate.

Cependant l'examen du malade à son entrée à l'hôpital fit faire quelques réserves. En effet il n'y avait pas de paralysie complète du diaphragme et le pouls ne dépassait pas 110. D'autre part le toucher rectal faisait sentir très profondément un empâtement douloureux.

Tous ces phénomènes inquiétants se dissipèrent dans la nuit et, cinq jours après, une collection s'évacuait spontanément par le rectum.

Le second fait concerne un enfant de 14 ans qui fut amené à la Charité, le 27 octobre, dans un état des plus alarmants. Il avait été pris cinq jours auparavant de douleurs abdominales accompagnées de vomissements répétés toutes les deux ou trois heures. Faciès péritonéal, yeux excavés, traits tirés. Abdomen tendu et un peu météorisé, présentant dans la fosse iliaque une rénitence difficile à délimiter. Respiration diaphragmatique faible et douloureuse.

Le lendemain matin, la situation s'était encore aggravée; les vomissements s'étaient renouvelés pendant la nuit, le ballonnement du ventre avait augmenté, le diaphragme ne jouait plus, état général très mauvais, extrémités froides, Pouls 150.

Opéré sans anesthésie. On ouvre une collection iliaque paraissant bien délimitée. Injection de sérum, etc. Les vomissements cessent et l'état général s'améliore, mais la fièvre persiste et, vers le dixième jour, on assiste à la constitution d'une collection prérectale qui finit par s'ouvrir spontanément dans le rectum. Guérison.

Voici donc deux cas où les symptômes généraux et locaux étaient bien ceux d'une péritonite généralisée et où cependant, il s'agissait évidemment, de collections enkystées.

Je ne veux pas insister sur les conclusions que l'on pourrait tirer de ces faits, au point de vue de l'indication opératoire, ce serait soulever, d'une manière incidente, une question trop grande. Je me borne à signaler ce fait, au point de vue du diagnostic et du pronostic, et à remarquer que, dans ces deux cas, il s'agissait d'appendicite à forme pelvienne avec formation d'un abcès prérectal. Il est, sans doute, des appendicites pelviennes qui évoluent avec moins de fracas, mais peut-être bien la particularité

du siège a-t-elle un certain rapport avec la gravité des symptômes généraux, simulant la péritonite généralisée.

Sur le second point de ma communication, je rapporterai quatre observations, où le diagnostic de péritonite généralisée ou localisée avait été porté, et où il s'agissait d'ulcérations intestinales de natures diverses. Je ferai remarquer que tous ces cas se rapportent à des enfants de moins de 15 ans.

1° Un enfant de 14 ans fut apporté à la Charité dans un état très grave. Température 40,6, pouls petit et incomptable, faciès grippé, extrémités froides, vomissements répétés. Le ventre, un peu ballonné, ne donnait, à la palpation, aucun renseignement positif. Respiration diaphragmatique conservée.

L'interrogatoire des parents apprenait qu'il était malade depuis trois jours seulement, se plaignant de douleurs abdominales, avec vomissements peu fréquents. Arrêt des matières et des gaz. Il succomba au bout de huit heures, sans intervention.

A l'autopsie, nous trouvâmes sur l'iléon et le cœcum des ulcérations nombreuses qui, d'après l'examen histologique, étaient manifestement produites par une fièvre typhoïde à la fin du 3<sup>e</sup> septenaire.

Ce fait est intéressant, d'abord comme exemple de fièvre typhoïde complètement méconnue pendant la vie, et ensuite parce que la perforation de l'intestin au cours de la fièvre typhoïde est considérée comme assez rare, chez l'enfant, si l'on en croit les chiffres rapportés par M. Comby, dans le Traité des maladies de l'enfance.

2° Enfant de 10 ans, entre à la Charité le 19 novembre avec tous les signes d'une appendicite vulgaire, dont le début remontait à 3 jours. Il existait manifestement, dans le flanc droit une collection qui fut ouverte aussitôt. Après une amélioration passagère les accidents reparurent, et on dut ouvrir, le 28 novembre, une seconde collection, très volumineuse, qui remplissait le flanc gauche et la région hypogastrique.

Nouvelle amélioration. Le 18 décembre apparaissent des signes d'obstruction intestinale. Vomissements répétés, arrêt absolu des matières et des gaz. Le 23, une fistule intestinale s'établit dans la plaie du flanc droit. Le 25, les accidents persistant, on fait une laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve une éruption miliaire de péritonite tuberculeuse, tandis que l'intestin était agglutiné presque en entier, laissant libre seulement une anse de 30 cent. environ à partir de l'angle duodéno-

jéjunal. On pratiqua une entérostomie sur cette anse ; mais l'enfant se cachectisa de plus en plus et fut emmenée mourante au bout de quelques jours.

3<sup>o</sup> Enfant de 10 ans. Entrée, le 7 janvier, avec tous les signes d'une appendicite vulgaire dont le début remontait à deux jours, et qui présentait déjà une collection typique du flanc droit qui fut ouverte aussitôt. Les vomissements cessèrent, mais la fièvre continua à osciller autour de 39<sup>o</sup>, avec un état général peu satisfaisant. Le 16 janvier, on crut sentir une collection occupant la fosse rénale droite : une incision exploratrice resta sans résultat. On vit alors se constituer une collection prérectale qui s'évacua spontanément le 19, mais sans qu'il en résultât une amélioration sensible. Le 21, les vomissements reparurent. Le 24, il s'établit une fistule stercorale dans la plaie de la fosse iliaque droite, dérivant la presque totalité des matières. L'enfant s'affaiblit de plus en plus, et finit par succomber, le 7 février, avec des signes faisant penser à de la méningite : cris, raideur du bras gauche.

A l'autopsie on trouva toutes les anses intestinales unies entre elles et à la paroi par des adhérences étroites, mais très peu résistantes, faciles à déchirer avec le bout du doigt. L'intestin, friable, montrait une série de perforations réparties sur toute son étendue, mais prédominantes cependant au niveau de la région cœcale ; une d'elles existait sur la partie moyenne de l'appendice.

Ces perforations, dont les dimensions variaient de celles d'un pois à celles d'une olive, étaient allongées perpendiculairement à l'axe de l'intestin ; elles présentaient un bord net, comme ourlé, et étaient entourées d'une colle-rette grisâtre gélatiniforme.

Les viscères, le cerveau, les ganglions mésentériques ne présentaient aucune lésion manifestement tuberculeuse.

L'examen histologique de l'intestin n'a révélé non plus aucun élément tuberculeux bien net. Cependant, certains détails ont permis de conclure à la nature tuberculeuse probable de cette lésion.

4<sup>o</sup> Enfant de 10 ans. Au mois de mars 1898 il fut pris de douleurs abdominales avec fièvre et entra à l'hôpital de Beaurepaire où il fut soigné pendant deux mois. La fièvre persistant, il fut envoyé à la Charité au mois de mai. Le Dr Siraud, qui me suppléait, constata une volumineuse collection du flanc droit qui remontait jusqu'à la

région rénale et fut considérée comme étant d'origine appendiculaire.

Son ouverture détermina une amélioration considérable ; cependant la suppuration persistait abondante avec un peu de fièvre. L'enfant dut alors retourner à l'hôpital de Beaurepaire d'où il revint au bout de trois mois, présentant une fistule pyo-stercorale avec des symptômes de septicémie chronique.

L'ouverture large de la cavité suppurante montra alors que la fistule stercorale ne siégeait pas sur le cœcum ou l'appendice, mais beaucoup plus haut, en un point qu'il fut difficile d'atteindre et qu'on admit siéger au niveau de l'angle du colon ascendant. A la longue, la fistule stercorale se tarit, et l'enfant peut être actuellement considéré comme guéri sans avoir présenté aucune particularité du côté du reste de son tube digestif.

La guérison de ce petit malade n'a pas permis d'acquérir la preuve anatomique que la perforation intestinale ait été due, dans ce cas, au même processus que dans les précédents ; il n'est cependant pas sans intérêt de l'en rapprocher, ce qui justifie, d'ailleurs, l'évolution anormale de l'affection dans laquelle l'abcès n'a été reconnu qu'au bout de deux mois, et le siège très élevé de la perforation intestinale.

En tous cas les deux autres faits, qui sont très probants, démontrent que, chez les enfants, des perforations intestinales dues vraisemblablement à la tuberculose, peuvent revêtir une allure clinique ressemblant beaucoup à celle de l'appendicite.

Il serait, sans doute, fort important, surtout au point de vue du pronostic, de pouvoir distinguer de bonne heure ces cas des appendicites ordinaires, mais cela semble fort difficile. Dans les trois cas que nous rapportons, on a eu l'impression d'ouvrir une collection d'origine appendiculaire, et les seules anomalies notées, la faible élévation de la température qui, dans le premier cas (Obs. II), n'a pas dépassé 38°2 et la lenteur avec laquelle l'abcès s'est formé dans le dernier sont restées des faits isolés. Pendant longtemps, la persistance de la fièvre a été attribuée à la formation de nouvelles collections et c'est seulement en présence de la cachexie ultime que la nature tuberculeuse a été soupçonnée.

**M. Goullioud.** — Il faut, entre la péritonite enkystée et la péritonite généralisée, faire place à une forme qu'il a décrite sous le nom de péritonite diffuse. Elle est caractérisée par la production d'abcès multiples, quelquefois

très volumineux, mais laissant cependant des espaces de séreuse absolument sains. Si on ouvre à temps ces abcès, cette péritonite guérit.

Il relate le cas d'une péritonite généralisée appendiculaire où il pratiqua une première incision dans la région sous-ombilicale: il sortit un flot de pus. Il s'agissait de péritonite diffuse non généralisée. Le malade offrit deux nouvelles collections: l'une entre la face convexe du foie et le diaphragme, l'autre dans la région sus-ombilicale. Il les incisa. Le malade guérit en 6 mois. Le sujet ayant présenté, au cours de la convalescence, de la pleurésie et de l'albuminurie, on eut des doutes sur la nature de l'affection.

Les Secrétaires : Dr ALBERTIN.

Dr CONDAMIN.

Le Gérant : Dr VALLAS.

# LIBRAIRIE Louis SAVY

5, rue du Plat (35, place Bellecour) LYON

---

**DUPLAY** et **RECLUS** — Traité de chirurgie.

**LE DENTU** et **DELBET**. — Traité de chirurgie clinique et opératoire.

**TILLAUX**. — Traité de chirurgie clinique.

**POLLOSSON**. — Précis de médecine opératoire.

**ROCHET**. — Traité de la dysurie sénile.

**FORGUES** et **RECLUS**. — Traité de thérapeutique chirurgicale.

**TERRIER** et **HARTMANN**. — Chirurgie de l'estomac.

**CHALOT**. — Traité de chirurgie opératoire.

---

ASSORTIMENT COMPLET D'OUVRAGES DE MÉDECINE

---

ANCIENNE MAISON A. WALTENER

---

## IMPRIMERIE P. LEGENDRE & C<sup>ie</sup>

14, Rue Bellecordière, LYON

Imprimeurs de « La Province Médicale »  
et du « Bulletin de la Société de Chirurgie »

---

THÈSES, TRAVAUX SCIENTIFIQUES

*Mémoires, Brochures, etc., etc.*

---

SPÉCIALITÉ D'AFFICHES

DE TOUS FORMATS

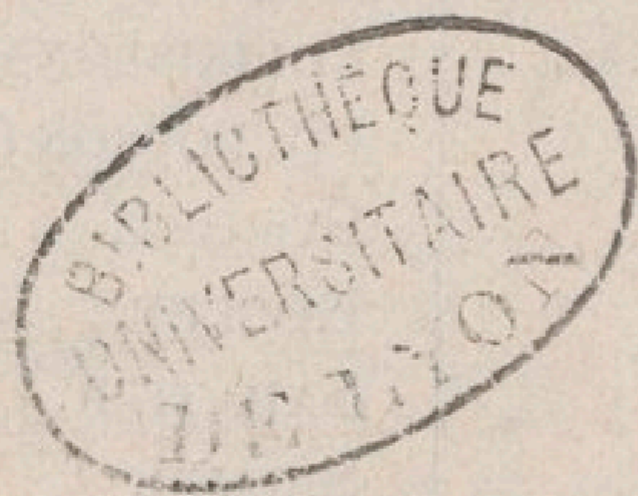
---



BULLETIN  
DE LA  
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
DE LYON

*Juin 1899 - Juillet 1899*

Tome II — N° 4  
MAI, JUIN, JUILLET  
1899

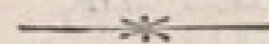


LYON  
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie  
Ancienne Maison WALTENER & Cie  
14, Rue Bellecordière, 14

—  
1900

# SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1899



## BUREAU

<i>Président</i> .....	OLLIER.
<i>Vice-Président</i> .....	FOCHIER.
<i>Secrétaire général</i> .....	VALLAS.
<i>Trésorier-archiviste</i> .....	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i> .....	{ ALBERTIN. CONDAMIN.

## MEMBRES

ALBERTIN.	JABOULAY.
AUBERT.	LAROYENNE.
AUGAGNEUR.	MARTIN.
BÉRARD.	NOVÉ-JOSSERAND.
BERNE.	OLLIER.
CHANDELUX.	POLLOSSON (Maurice).
CONDAMIN.	POLLOSSON (Auguste).
CORDIER.	ROCHET.
DURAND.	ROLLET.
FOCHIER.	SABATIER.
GANGOLPHE.	SIRAUD.
GAYET.	VALLAS.
GOUILLOUD.	VILLARD.
HORAND.	VINCENT.

BULLETIN  
DE LA  
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
DE LYON

---

*Séance du 4 mai 1899.* — Présidence de M. OLLIER.

---

**M. Vallas** lit le procès-verbal de la séance du 27 avril 1899.

Le procès-verbal est adopté.

\*\*\*

**CARPALGIE DES ADOLESCENTS**

**M. Ollier.** — Il y a analogie entre le carpe et le tarse au point de vue des affections de l'adolescence. Il a vu une malade atteinte de tarsalgie des adolescents, qui se mit ensuite à souffrir du carpe, tantôt à droite, tantôt à gauche, surtout quand elle écrivait ou jouait du piano. Il l'immobilisa, fit quelques pointes de feu, et la malade guérit en conservant de temps en temps quelques douleurs dans l'articulation. Une autre malade, qui avait déjà des douleurs du carpe à 14 ans, souffrait à 18 ans, quand elle jouait du piano, au point qu'elle dut suspendre ses leçons; les douleurs cessaient au repos.

Ces faits attirèrent son attention sur la ressemblance de cette affection avec la tarsalgie de Gosselin. Au carpe, les symptômes sont semblables. Comment interpréter les lésions en cause? Il ne s'agit pas de localisation gonococcienne. Le rôle de la blennorrhagie dans la genèse de la tarsalgie a été exagéré et, chez les jeunes filles qu'il a vues, il était difficile de l'invoquer. Il ne s'agit pas non plus de tuberculose. Les lésions sont mal connues, les

autopsies faisant défaut. Dans le cas de tarsalgie examiné par Gosselin il y avait de l'arthrite sèche. Il ignore quelles sont les lésions du carpe, car il n'y a pas d'autopsie.

On peut supposer qu'il s'agit de l'irritation traumatique d'un tissu en voie de croissance, irritation qui amène d'abord des douleurs très vives et peut se terminer par ankylose. C'est, en un mot, de l'arthrite de croissance explicable. La douleur peut s'expliquer par l'absence d'épiphyse au niveau des os qui sont atteints; car l'épiphyse empêche la pression de porter sur la couche qui s'accroît.

Cliniquement la carpalgie s'observe surtout chez les jeunes filles (Observations de Madelung, Duplay, Gangolphe, Roget (thèse). Les lésions signalées par ces auteurs débutent par la carpalgie. Quant aux déviations consécutives on ne les trouve que chez les jeunes filles qui travaillent de leurs mains. M. Ollier a vu la luxation du cubitus en arrière. Les conséquences possibles de cette affection sont les déformations: la luxation du cubitus en arrière, la torsion du radius, le déplacement angulaire de la main. Comme thérapeutique, il n'a jamais fait d'intervention chirurgicale; il a employé les bandages silicatés, les appareils plâtrés; la révulsion avec l'iode.

A côté de ces cas avec phénomènes douloureux il a observé des cas où la déformation du poignet est le symptôme dominant. Une femme de 57 ans avait une torsion du radius, qu'il avait rangée sous le nom d'ostéomalacie locale; malgré sa déformation elle pouvait travailler. Deux cas où le rhumatisme avait amené la soudure du poignet et où les malades avaient présenté des déformations analogues à celles présentées par les malades de M. Gangolphe.

Le siège de la douleur dans la carpalgie est ordinairement vaguement désigné par le malade. La douleur à la pression est le plus souvent au niveau de la deuxième rangée du carpe; d'autres fois dans le métacarpe, dans les articulations métacarpiennes dans un cas au niveau du pisiforme. La douleur devient plus vive sous l'influence de la fatigue.

En résumé la carpalgie est une affection formant une catégorie à part dans les ostéites.

La douleur est expliquée par le siège de l'affection, la région juxta-épiphysaire étant, vu l'absence de l'épiphyse, en contact presque immédiat avec le cartilage articulaire. Quant à la thérapeutique, malgré la dévia-

tion du membre, elle doit se limiter à l'immobilisation et au redressement du membre.

**M. Gangolphe** a observé deux cas analogues. Il s'agissait de deux jeunes gens de 14 à 15 ans : le premier, il y a 5 ans, souffrant dans les deux poignets surtout le gauche, il le badigeonna à la teinture d'iode et l'immobilisa. Le point le plus sensible siégeait au niveau de la tête du grand os. Le sujet grandissait beaucoup. La douleur disparut et il n'eut pas de déformation. Le deuxième était un garçon de 14 à 15 ans, ayant eu deux pleurésies antérieures et se trouvant dans un mauvais état général. Il souffrait dans les deux poignets, mais avec prédominance de la douleur dans l'un d'eux. Malgré l'absence de signes nets, il conclut à une localisation bacillaire. Il immobilisa dans un bandage plâtré. Les douleurs disparurent au bout de 2 mois d'immobilisation ; depuis, le malade n'a présenté aucun phénomène de bacillose et son état général s'est amélioré. Dans ces deux cas, il n'y eut pas de déformation du cubitus.

**M. Ollier.** — Le dernier cas de M. Gangolphe montre que les douleurs sont très vives. De même, il a observé une jeune fille de 17 ans, donnant des leçons de piano et dont les douleurs étaient atroces, le repos les fit disparaître. Les douleurs peuvent varier de siège.

\*\*\*

#### OSTÉO-SARCOME DU CRANE

**M. Gangolphe** présente un garçon de 20 ans, entré dans son service le 15 mars, avec une tumeur du crâne de consistance osseuse. Elle se serait développée après un coup sur la tête ; elle présente un point de ramollissement, mais ni battement ni ampliation dans l'effort ou la toux. La radiographie a montré que la tumeur était moins développée du côté de la boîte crânienne qu'en dehors. Le malade a des phénomènes de compression cérébrale : diminution de la mémoire, altération du champ visuel et altération de la pupille. L'affection a débuté il y a 7 à 8 ans. Le périmètre du néoplasme est mal indiqué, diffus. Il a vu autrefois un cas analogue à la Croix-Rousse, il avait songé à faire l'ablation de la voûte crânienne. M. Vallas, qui lui succéda, ne fit qu'une opération partielle. Il se demande si, dans ce cas, il faut intervenir.

**M. Vallas** opéra le malade dont a parlé M. Gangolphe à cause de l'intensité des douleurs et phénomènes de compression. Il eut à combattre une hémorrhagie terrible.

**M. Ollier.** — L'hémorrhagie abondante est, en effet, ce qu'il y a le plus à redouter en pareil cas.

**M. Nové-Josserand** a vu une tumeur analogue, dont l'examen histologique montra que c'était un fungus de la dure-mère, le malade mourut d'hémorrhagie sur la table d'opération.

---

*Séance du 18 mai.* — Président M. OLLIER.

---

**M. Vallas**, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du 4 mai 1899. Le procès-verbal est adopté.

\*\*\*

**M. Ollier** annonce qu'il a reçu de la part de MM. Marcus, Battut et Ruotte, répétiteurs à l'École de Santé militaire, une demande d'inscription, comme membres correspondants de la société.

Une commission composée de MM. Horand, Rochet, Durand, est nommée pour faire un rapport sur ces candidatures.

\*\*\*

## TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PÉRITONITES

par M. le docteur ROCHET.

(DISCUSSION)

Notre collègue, M. Vallas, nous a conviés, en exposant lui-même les résultats de sa pratique chirurgicale dans les péritonites aiguës, à apporter ici les observations personnelles que nous pourrions avoir dans de semblables interventions, de façon à éclaircir certains points, si obscurs encore, de l'histoire de ces péritonites. M. Nové-Josserand a répondu à cet appel dans la dernière séance et nous a cité plusieurs faits très intéressants ; à mon tour, je viens aujourd'hui vous faire part de ce que j'ai

vu et de ce que j'ai fait dans les diverses péritonites que j'ai eu à traiter.

Je suis d'abord intervenu sept fois dans des péritonites tuberculeuses, avec différentes formes et à des stades divers de leur évolution. Je me bornerai à dire ici, ne voulant pas m'appesantir particulièrement sur cette variété spéciale de péritonite, que les résultats de mes interventions semblent confirmer les données classiquement admises, à savoir que la laparotomie convient plus particulièrement aux *formes enkystées* (ascitiques ou suppurées) de la péritonite tuberculeuse; que ses effets sont déjà bien plus aléatoires quand on se trouve en face de *péritonites à forme adhésive* et où les adhérences sont presque généralisées; et qu'enfin l'intervention chirurgicale, dans les cas où la péritonite *est miliaire aiguë*, avec fièvre, avec généralisations diffuses sur tout l'intestin et le péritoine pariétal, semble plutôt nuisible qu'utile et paraît aggraver la maladie ou plutôt hâter l'évolution fatale. *Dans la forme ulcéreuse chronique suppurée*, nous avons eu un beau succès chez un enfant de 10 ans dont un abcès s'était ouvert déjà spontanément au niveau de l'ombilic.

J'ai eu à traiter ensuite trois cas de péritonite *d'origine appendiculaire*. Dans un seul de ces cas, qui avait trait à un jeune sujet amené presque mourant dans mon service avec tous les signes d'une péritonite suppurée généralisée, j'obtins la guérison par une laparotomie médiane qui permit d'évacuer le péritoine distendu par un demi litre de pus au moins, et après drainage de cette cavité. Dans un autre, je crus avoir drainé complètement le péritoine et ouvert tous les points suppurés principaux, quand l'autopsie vint me montrer au-dessus du foie et derrière la rate deux grands foyers qui avaient passé complètement inaperçus pendant l'intervention. A ce propos, je ferai remarquer que je suis tout à fait de l'avis de mes collègues, Vallas et Nové-Josserand, en ce qui concerne la difficulté et parfois l'impossibilité de drainer un péritoine suppuré sur toute son étendue. Je crois bien que *la péritonite qui reste généralisée* ne peut guère guérir par l'intervention chirurgicale et que les formes suppurées qui ont guéri de cette façon sont plutôt des *grandes péritonites enkystées*, comme les a appelées M. Jalaguier.

Mais il ne faut pas aller plus loin, et dire comme on l'a dit : aucune péritonite généralisée suppurée ne guérit. La péritonite, même suppurée diffusément, peut, à un

moment donné, se limiter à un ou deux grands foyers principaux, en se résolvant dans les autres, et alors elle se termine d'elle-même par enkystement, ce qui la met dans des conditions très favorables à sa guérison chirurgicale, même spontanée dans certains cas. En d'autres termes, la péritonite généralisée suppurée ne guérit pas si elle reste à cet état de généralisation, elle doit se limiter et s'enkyster pour guérir; mais une péritonite enkystée peut fort bien succéder à une péritonite primitivement généralisée, dont l'enkystement a déjà marqué précisément la première étape vers la guérison.

Je suis intervenu enfin dans cinq cas de *péritonite associée plus ou moins avec des phénomènes d'occlusion intestinale*.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un étranglement interne peu serré, ayant pour point de départ une bride intra-péritonéale. Les phénomènes dataient déjà d'une huitaine de jours quand le malade fut apporté à l'hôpital, avec tous les signes d'une péritonite généralisée. La laparotomie nous montra le péritoine rempli déjà d'un exsudat séro-purulent abondant, et permit de trouver la bride et de la sectionner. Malgré cela les phénomènes d'occlusion intestinale continuèrent, et le malade succomba trois jours après. La nécropsie montra que l'obstacle sectionné était bien unique et que la mort avait été déterminée par une paralysie intestinale persistante, malgré la levée de l'étranglement.

Le deuxième cas avait trait à un malade atteint de péritonite suppurée généralisée, consécutive à l'inflammation d'une vieille et volumineuse hernie inguinale; l'inflammation du sac dans lequel la hernie avait été laissée engouée pendant près de trois semaines, avait fini par gagner la grande cavité péritonéale, et les phénomènes d'occlusion incomplète du début avaient fini par devenir ceux d'une occlusion presque complète par suite de la paralysie intestinale générale causée par la grande péritonite. L'intervention fit rentrer l'intestin de la hernie et s'accompagna d'une laparotomie au-dessus de la hernie pour évacuer et laver le péritoine. Les choses semblèrent aller mieux pendant quelques jours, puis le malade succomba cinq jours après l'opération avec la continuation des signes de l'occlusion intestinale.

Le troisième cas, c'est celui d'un homme pris d'accidents de péritonite diffuse et d'occlusion intestinale progressive, sans cause bien précise; tout ce qu'on put



relever chez lui, comme étiologie, c'est qu'il avait habité pendant longtemps les pays chauds et avait conservé de l'entérite chronique. La laparotomie qui montra le péritoine recouvert d'exsudats nombreux et rempli de liquide louche, ne fit découvrir aucun obstacle. Voulant me mettre alors à l'abri de l'occlusion prolongée après l'opération par la paralysie intestinale, je pratiquai, après évacuation et lavage du péritoine, une entérotomie sur la fin de l'intestin grêle.

Le malade guérit assez rapidement de ses lésions, et plus tard même, on lui fit la cure de son anus contre nature, cure qui ne fut suivie d'aucun symptôme nouveau d'obstruction, ce qui montra bien que l'ancienne obstruction était la conséquence et non la cause de la péritonite.

Dans le 4<sup>e</sup> cas enfin, nous avons eu affaire à un sujet amené à l'hôpital avec une péritonite diffuse, un très mauvais état général, des vomissements incessants, du refroidissement, etc. Le malade était soigné en ville pour une occlusion intestinale chronique, mais en interrogeant son entourage avec soin, on apprenait qu'une dizaine de jours auparavant, en courant après un tramway électrique, il était tombé à plat ventre sur un pavé, et avait même eu alors une syncope qui avait duré quelques instants; c'est depuis lors qu'il était devenu malade. La laparotomie, pratiquée de suite après l'entrée du malade, montra les anses intestinales tapissées par de nombreuses membranes rouges, enflammées, avec du liquide séro-purulent, complètement purulent même par places, accumulé entre elles. Je cherchai, me méfiant d'une perforation intestinale par contusion, l'anse qui avait pu être blessée. A un certain moment, en faisant défiler ces anses à travers la plaie, j'en vis une ecchymotique, dont la surface convexe était érodée sur un point large comme une lentille, mais sans que l'érosion allât jusqu'à la perforation complète. L'état du sujet étant très bas, je ne pus continuer longtemps mes manœuvres de recherches, et je fixai l'anse suspecte à la partie supérieure de l'incision abdominale pour y établir un anus contre nature, au lieu de suturer le point érodé. Je voulais précisément parer de la sorte aux phénomènes d'occlusion que présentait le malade. Pendant deux jours tout alla bien, et même nous pûmes reprendre espoir; le pouls s'était considérablement relevé, les vomissements avaient disparu. Malheureusement, cinq jours après l'opération, le malade succombait dans un

collapsus progressif, mais soulagé et n'ayant plus les douleurs vives du début de ses accidents. L'autopsie nous montra que derrière l'anse que nous avons suturée à la plaie, il y en avait une autre, celle-là atteinte d'une perforation véritable, petite comme la première, mais complète, et qui avait empêché la guérison. Derrière cette deuxième anse, on voyait la face antérieure des deux dernières vertèbres lombaires meurtrie, ecchymosée sur une assez grande étendue; il s'était donc agi d'un véritable pincement de l'intestin entre le pavé sur lequel le malade était tombé, et le plan résistant de la colonne vertébrale.

Que conclure de ces quatre derniers faits? Rien de bien positif sans doute, puisque leur nombre est restreint en somme; mais il s'est dégagé d'eux, pour moi, une impression, c'est celle que je veux vous communiquer, et elle ne fait que confirmer celle que d'autres chirurgiens ont eu dans ces derniers temps sur la véritable raison du danger de la péritonite généralisée.

Le péritoine n'a pas de propriétés pathologiques mystérieuses, qui expliquent son inflammation redoutable entre toutes parmi les inflammations séreuses; ce n'est pas une séreuse d'ordre anatomique plus élevée que les autres, que la plèvre, que la synoviale d'une grande jointure, par exemple; ce n'est pas parce qu'elle possède « une innervation exquise », comme on disait autrefois, qu'elle est spécialement sensible aux contacts ou inflammations, et ce n'est pas l'irritation d'un système nerveux particulièrement délicat et prompt aux graves répercussions sur les centres bulbaires, qui amène une sorte « d'épuisement vital » rapidement mortel. Ce qui fait la gravité de la péritonite généralisée, c'est la paralysie intestinale que l'inflammation de la séreuse tient sous sa dépendance, et les malades meurent bien plutôt de cette suppression de la fonction intestinale que du pus formé dans leur péritoine. Cela est si vrai que, dans certaines péritonites même suppurées, comme on en voit dans la tuberculose par exemple, où l'intestin continue à remplir tant bien que mal son office, les accidents n'offrent pas ce caractère de gravité immédiate qu'on voit dans les péritonites aiguës qui paralysent et météorisent tout l'intestin. Dans ces ventres distendus au maximum par cet intestin inerte la gêne est considérable à la circulation propre des grands viscères abdominaux, le rein en particulier. Il y a, en outre, une gêne mécanique souvent considérable à la fonction respiratoire. Enfin et

surtout, les gaz et les poisons intestinaux accumulés de plus en plus dans l'intestin deviennent le point de départ de la *stercorémie*.

Dans les péritonites qui surviennent plus ou moins tôt après une occlusion intestinale, et qui sont évidemment la complication de cette dernière représentant alors l'accident primitif, il ne saurait y avoir de doute ; c'est la suppression de l'obstacle qu'on doit chercher avant tout, et si on ne le trouve pas ou si on ne peut pas le lever, l'entérotomie s'impose ; ce n'est pas à ces faits que nous faisons allusion. Mais il y a des cas où, dans le même ordre de faits, la conduite à tenir n'est déjà plus aussi claire. Ce sont les cas comme le premier et le deuxième de notre dernière série par exemple, où l'obstacle étant levé, on peut se demander s'il ne faut pas encore par surplus, pratiquer l'entérotomie, pour ne pas être exposé à la prolongation de l'occlusion intestinale par continuation de la paralysie intestinale, et pour attendre que la guérison de la péritonite ait permis à la tunique musculaire de l'intestin de reprendre sa contractilité (1). Peut-être aurait-on sauvé ainsi quelques malades, et cette pratique pourrait-elle être indiquée dans les cas d'occlusion un peu ancienne déjà, où la paralysie intestinale a eu le temps de s'installer définitivement.

Il y a enfin des cas où la paralysie intestinale n'a jamais été que la conséquence de la péritonite, ou la suppression de la fonction de l'intestin est bien sous la dépendance causale exclusive de cette dernière. ou bien encore ces cas assez fréquents de la pratique où on amène au médecin des malades sur lesquels il est bien difficile de formuler un diagnostic : ont-ils de l'occlusion véritable, ont-ils simplement de la péritonite avec paralysie intestinale ? On ne saurait le dire. Dans ces différents cas, *le traitement de la péritonite comporte probablement l'entérotomie en même temps que le lavage ou le drainage du péritoine*. Notre troisième malade paraît bien avoir été guéri de la sorte, et notre quatrième a été indiscutable-

---

(1) L'inflammation prolongée d'une muqueuse, d'une séreuse paralyse la tunique musculaire sous-jacente ; c'est là un fait bien connu. Pour expliquer le défaut de fonctionnement de l'intestin dans la péritonite, il y a bien d'autres raisons probablement ; une des plus puissantes doit-être la gêne apportée aux glissements et aux déplacements des anses intestinales, les unes sur les autres par les exsudats et les adhérences inflammatoires du péritoine.

ment très amélioré par l'établissement d'un anus artificiel. On pourra du reste, dans ces cas, faire une petite bouche de façon à l'occlure plus facilement plus tard, et l'établissement de cette bouche ne complique pas la gravité de l'intervention.

\*\*\*

### LAME DE COUTEAU IMPLANTÉE DANS LES ORBITES

**M. Rollet.** — J'ai l'honneur de vous présenter un malade porteur d'une lame de couteau de poche implantée dans les deux orbites, à travers la paroi supérieure des fosses nasales, sans qu'aucun signe extérieur permette d'affirmer sa présence.

Voici l'histoire de ce malade :

Bonne santé habituelle. Pas de syphilis. Un peu d'éthylisme. Il raconte qu'avant l'accident qui l'amène dans le service, la vue de l'œil droit était excellente, mais celle de l'œil gauche assez mauvaise.

Le 15 avril, cet homme, âgé de 38 ans, reçoit, au niveau du rebord orbitaire gauche, à la partie inféro-interne, un coup de couteau. Le traumatisme a été si violent que la lame de l'instrument que je vous présente s'est brisée près du talon. Il y a eu à la suite une hémorrhagie abondante par la plaie, mais à peine de l'épistaxis.

Pendant trois jours après le traumatisme, cécité absolue des deux yeux. A gauche, du côté du coup, à ce moment occlusion des paupières par infiltration sanguine ; à droite, exophtalmie directe, anesthésie dans le domaine du nerf ophtalmique, mais pas d'ecchymose.

Au bout de quelques jours, la sensibilité reparait, le malade voit un peu de son œil gauche. L'œil droit est privé de vision et reste propulsé en avant.

Ce malade m'est adressé avec le diagnostic d'amaurose réflexe. A son interrogatoire, il dit que le traitement institué a amélioré sa vue de l'œil gauche (traitement mixte) et il assure que la lame brisée n'est pas restée dans la plaie.

A l'examen, du côté gauche, cicatrice orbitaire inféro-interne, correspondant au coup de couteau. Rien d'anormal à la palpation de l'œil ou des sillons orbito-palpébraux. Le malade distingue seulement les doigts dans le champ visuel externe. A l'examen ophtalmoscopique chorio-réténite pigmentaire ancienne.

Du côté droit, rien d'anormal à la palpation des sillons orbito-palpébraux, sauf un peu de douleur à la pression,

profonde à l'angle supéro-interne. Exophtalmie directe, sans battement, réductible. Ptosis. Paralyse complète de tous les muscles, immobilité du globe. Pupille dilatée, réflexes abolis. A l'ophtalmoscope, pupille d'une blancheur nacrée, vaisseaux petits.

Bon état général, un peu de céphalée, surtout nocturne. Quel diagnostic devait-on porter ?

Syphilis ? En raison de céphalées nocturnes, de l'atrophie optique, de la chorio-rétinite pigmentaire, de l'action qui nous a paru douteuse du traitement mixte. Mais le malade assurait n'avoir jamais eu de chancre, il insistait sur la brusque apparition des lésions du côté droit après le traumatisme, l'exophtalmie et la paralysie totale des muscles de l'œil ne pouvaient relever d'une cause centrale mais orbitaire.

Il fallait donc songer à une lésion traumatique de l'orbite droite, plaie pénétrante ou hématome rétro-bulbaire. Quoique le malade ait assuré que la lame du couteau avait été retirée, il y avait lieu de la rechercher par la radiographie.

Seule la radiographie, vous pouvez le constater par l'examen de ce malade, nous permettait d'affirmer la présence de la lame du couteau dans les orbites.

M. Destot fit tout d'abord une première radiographie, le malade ayant posé de profil. Cette radiographie nous amenait à des conclusions erronées qui eussent indiqué une mauvaise intervention chirurgicale. Il semblait, sur cette épreuve, que la lame, longue de près de 6 centimètres, avait une direction antéro-postérieure ou très peu oblique dans l'orbite droite, s'enfonçant vers le sommet de la cavité, pénétrant quelque peu dans la boîte crânienne où une ombre semblait indiquer un épanchement gazeux ou sanguin sous-dure-mérien.

L'orbite a 40 à 45 millimètres de profondeur, on peut l'explorer à près de 10 millimètres de son rebord, or, on ne sent rien à la palpation, et la lame a 0,06 centimètres de longueur. En outre, le coup a été porté transversalement ou obliquement de gauche à droite; cette lame arrivée dans l'orbite droite ne pouvait se placer suivant le diamètre antéro-postérieur de cette cavité, alors que le diamètre transversal mesure environ 35 millimètres.

Il y avait donc lieu de faire une radiographie de face; cette dernière a assuré le diagnostic très important pour l'intervention. La lame n'était pas seulement dans l'orbite droite.

Sur cette radiographie on voit nettement l'implantation

de l'instrument. On voit son talon brisé dans l'orbite gauche, la lame traverse les fosses nasales au niveau du cornet supérieur et sa pointe vient buter contre le plafond de l'orbite droit. Sa direction est oblique de bas en haut, de gauche à droite, et d'avant en arrière.

On peut donc avancer que l'acuité visuelle, très déficiente de l'œil gauche, remonte à une date ancienne et ne tient pas au traumatisme, qu'à droite il y a eu piqûres ou sections vasculaires et nerveuses amenant l'exophtalmie, l'immobilité du globe et la sclérose optique.

Devons nous intervenir ?

Le malade demande une opération et ne tient nullement à conserver cette lame de couteau : il a des céphalées. Il y a des désordres irréparables, l'opération ne les amènera pas, mais tôt ou tard ce corps étranger peut amener des signes d'intolérance, surtout en raison, de son siège nasal, qui peuvent se traduire par une suppuration orbito-méningienne. Je me déclare donc prêt à céder aux sollicitations du malade.

Quelle intervention pratiquer ? Je crois que, dans ce cas, une pince est préférable à un puissant aimant. Il y a lieu de débrider l'ancienne cicatrice, de faire au besoin une ostéotomie nasale verticale qui sera latérale ou bilatérale, ce qui, je l'espère, nous permettra de retirer le corps étranger sans hémorrhagie grave.

**M. Gayet.** — Il faudrait étudier l'action de l'aimant, il faudrait savoir si l'aimant permettrait de déterminer la présence du couteau dans l'orbite. Dans un cas de corps étranger de l'œil chez un maçon, où il pouvait s'agir de pierre ou de morceau de marteau, l'application de l'aimant détermina une atroce douleur due au déplacement du corps étranger métallique. On put ainsi le retirer sans qu'il suivit exactement le trajet d'entrée.

**M. Ollier** préférerait l'intervention à l'action de l'aimant, car avec ce dernier on pourrait causer plus de désordres. De plus, la lame paraît fixée et il semble difficile d'agir sur elle avec l'aimant.

**M. Gayet** partage l'avis de M. Ollier. Si l'aimant est dangereux pour l'extraction du corps, il serait intéressant de l'utiliser pour le diagnostic,

### PITYRIASIS RUBRA CHRONIQUE

**M. Jourdanet**, chef de clinique à la Faculté, communique l'observation suivante.

Un malade, âgé de 42 ans, cultivateur, habitant Valréas (Vaucluse), n'a jamais voyagé hors de France.

Aucun antécédent cutané héréditaire. Bonne santé habituelle. Marié, père de deux enfants bien portants.

Cet homme est porteur de tumeurs congénitales paraissant indépendantes des poussées cutanées actuelles. Elles sont situées sur le dos de la main, au niveau du sein et du dos du côté gauche. Elles se présentent sous forme de bosselures de couleur sombre, il y a de l'empâtement, de la fausse fluctuation, on a, à la palpation, la sensation de paquets de ficelles. Le système veineux et lymphatique semblent y prendre une égale part. Celle de la main devient turgide dans l'attitude pendante du bras. Elles se sont développées d'une façon lente sans réagir au moment des poussées cutanées.

La dermatose a débuté, il y a trois ans, par des *démangeaisons* généralisées, par des *rougeurs* d'abord localisées aux genoux, aux coudes, puis bientôt généralisées à toute la surface cutanée. La maladie se manifeste par poussées inflammatoires durant quelques jours avec température élevée (40°, 40°,1).

Pas de suintement, pas d'eczématisation vraie. Sur la peau desquamation fine, furfuracée, adhérente.

Consécutivement à une série de poussées, il y a deux mois, s'établit un œdème bientôt total. Le malade entre à ce moment à la clinique du docteur Gailleton où l'on constate les signes suivants :

Un prurit généralisé qui trouble le sommeil du malade, une rougeur diffuse analogue à celle de l'eczéma rubrum sur tout le tégument, un état rugueux de la peau qui a perdu sa souplesse. La desquamation ci-dessus décrite persiste pendant 5 à 6 jours à la suite de chaque poussée, œdème généralisé, altération des poils surtout sur le corps. La déglabration de la face commence.

Il en résulte une gêne fonctionnelle considérable. Le malade est absolument impotent. Rien du côté des muqueuses. La sensibilité est intacte à tous points de vue.

Le malade fut pris, quelques jours après son entrée, de phénomènes de congestion pulmonaire avec matité, râles, crachats sanglants qui se résolurent en 8 à 10 jours.

La température pendant les poussées s'élève à 40°, 41°. Normale à l'état ordinaire.

Pas de modifications du sang. Pas de leucémie. L'ensemencement du sang sur sérum pratiqué par le Dr Paul Courmont a été stérile même dans le vide.

Diarrhée abondante pendant quelques jours, réprimée par les moyens ordinaires. Les ganglions sont modérément hypertrophiés. Pas de lésion cardiaque. Pas d'albumine dans les urines.

Peut-être s'agit-il d'érythèmes prémycosiques, précédant à longue échéance l'évolution normale d'un mycosis fongoïde (forme eczémateuse de Bazin). Mais, étant donné l'indépendance absolue des tumeurs congénitales et des poussées eczémateuses, il semble plus logique de se rattacher au diagnostic de *pityriasis rubra* à forme chronique décrite jadis à l'étranger par Hebra, affection très rare en France, observée surtout en Autriche.

**M. Rochet.** — Ce cas ne permet pas de faire un diagnostic ferme; cependant, après examen du malade il est arrivé aux conclusions suivantes: les tumeurs que présente le malade sont de date ancienne, elles ressemblent à des tumeurs congénitales, ce sont probablement des angiomes ou des lymphangiomes. Les autres phénomènes que présentent le malade datent seulement de trois ans; le début s'est fait par de la rougeur locale puis généralisée, actuellement elle est uniformément répandue sur tout le corps, la peau est épaissie, le malade a de l'œdème chronique. Il y a quelques semaines, le malade a eu de l'anasarque sans albuminurie, sans avoir non plus d'affection cardiaque, il a seulement un souffle fébrile du cœur, sa température est depuis un mois entre 39 et 40 degrés. On ne peut le ranger que dans l'érythrodermie précédant la lymphadénie cutanée ou plutôt dans le *pityriasis rubra*. Il ne s'agit pas de la forme passagère seule bien connue en France, mais de la forme chronique, grave, aboutissant toujours à la cachexie et à une terminaison fatale. Ce n'est pas un eczéma rubrum, car il n'y a pas eu de suintements et il n'y a pas eu jamais de rémission. Il pense donc qu'il s'agit d'un *pityriasis rubra*.

**M. Ollier.** — Il faut séparer les tumeurs qui sont angiomeuses et bien antérieures au syndrome cutané qu'offre ce malade. Il est de l'avis de M. Rochet, sur ce point.



**MALFORMATION CONGÉNITALE DU MEMBRE INFÉRIEUR  
DROIT. — INTERVENTION. — RÉSULTATS.**

**M. Nové-Josserand** présente un enfant porteur d'une malformation du membre inférieur droit pour laquelle il avait été déjà antérieurement présenté à la Société.

Il s'agit d'une absence congénitale des deux tiers inférieurs du tibia avec pied bot. L'extrémité inférieure du tibia, enfermée dans une masse d'aspect lipomateux, faisait saillie sur la face antérieure de la jambe. Le péroné, dirigé très obliquement en dedans, rendait la station debout et la marche impossibles.

L'opération a consisté: 1° à aviver l'extrémité inférieure du tibia, sur le prolongement duquel on vient placer le péroné sectionné à ce niveau, et amené dans sa nouvelle position de façon à remplacer la partie manquant du tibia.

2° Dans un deuxième temps, on enleva l'astragale très déformé, on creusa une logette dans la face supérieure du calcanéum et, après avoir redressé le pied par un massage vigoureux combiné à la section de la peau de la face interne du cou de pied, on fixa dans cette logette l'extrémité inférieure du péroné avivé, de manière à obtenir une arthodèse péronéo-calcanéenne.

La convalescence fut troublée par la production d'une escharre due à la pression trop forte du plâtre, qui fut le point de départ d'un abcès lymphangitique du mollet. Ce détail peut avoir quelque importance pour l'appréciation du résultat.

Actuellement la guérison est complète. La consolidation est satisfaisante ainsi que le redressement du pied et, malgré un raccourcissement important, le petit malade a maintenant un membre utile qui lui permet de marcher avec une chaussure à semelle surélevée.

La radiographie montre que le péroné, soudé sous le tibia a subi une augmentation de volume importante. Ses contours sont bosselés, mal délimités et il y a certainement là une production abondante d'os périostique nouveau.

Le fait de l'hypertrophie des os placés ainsi dans des conditions statiques nouvelles a été déjà noté dans une observation due à M. Poirier. On pourrait se demander si, dans notre cas, elle n'est pas due, pour une part, à la suppuration profonde du mollet qui a été signalée.

\*\*\*

**M. Siraud.** — On a décrit, dans le cas d'absence congénitale partielle ou totale du tibia, des lésions graves du côté de l'articulation du genou : c'est l'amincissement de l'extrémité inférieure du fémur, l'atrophie des condyles fémoraux, le peu d'adaptation des surfaces articulaires fémoro-tibiales (quand le tibia existe partiellement) l'extrême mobilité de la jointure. Le péroné subit souvent un mouvement d'ascension et vient s'articuler avec le fémur.

Bref, j'avais émis des doutes sur la possibilité de conserver fonctionnellement l'articulation du genou chez cet enfant. Or je suis, en ce moment, frappé du développement des surfaces articulaires ; les condyles fémoraux me semblent augmentés de volume, bien conformés, l'adaptation du tibia au fémur est parfaite ; le péroné est subluxé en dehors et en arrière, mais est indépendant de la jointure. Les mouvements de flexion et d'extension sont parfaits. J'ajoute que les mouvements de latéralité faite ne sont nullement exagérés. Le résultat thérapeutique est donc excellent, il justifie pleinement l'intervention sanglante à laquelle quelques-uns de nos collègues étaient opposés à la séance dans laquelle j'ai présenté l'enfant.

**M. Ollier.** — C'est le deuxième cas où le péroné a été substitué à la partie absente du tibia. Dans ces cas il est difficile d'établir une règle générale comme M. Siraud. Quand on résèque le tibia, le péroné acquiert un volume convenable ; le fait a été signalé par Sédillot et par lui-même. *Toutes les fois qu'on enlève un os, l'os restant dans le même segment de membre augmente de volume.* Il a vu souvent, dans ses anciennes expériences sur les régénérations osseuses, que l'ablation d'une partie du tibia est suivie de l'augmentation de volume du péroné. Si la suppuration a pu jouer un rôle, dans ce cas, sur cette hypertrophie, l'adaptation fonctionnelle suffit à l'expliquer.

\*\*

#### LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE TRAITÉE PAR LA MÉTHODE DE LORENZ.

**M. Nové-Josserand** présente une enfant âgée de 8 ans et demi, atteinte de luxation congénitale du côté droit, sur laquelle il a pratiqué, il y a onze mois, la réposition non sanglante, d'après la méthode de Lorenz.

Le seul incident opératoire a été une fracture sous-périostée du fémur à sa partie moyenne, résultant des manœuvres de force qui ont dû être très violentes en raison de l'âge de l'enfant. Cette fracture, guérie sans laisser de trace, n'a d'ailleurs pas compromis le traitement.

Le dernier appareil plâtré a été enlevé il y a un mois ; depuis, la malade marche librement. Le résultat est le suivant :

Le raccourcissement a été réduit de 3 cent. et demi à 2 cent. et demi; il est compensé par l'inclinaison du bassin du côté malade. La position du membre est normale. Les mouvements, et en particulier l'abduction, atteignent presque l'amplitude du côté sain.

La marche est facile, sans douleur et sans fatigue, avec une claudication très faible. Le mouvement d'inclinaison du bassin pendant la marche, caractéristique de la luxation, a complètement disparu.

La radiographie montre que la réduction n'a pas été obtenue. La tête fémorale a été abaissée au niveau du cotyle et s'est maintenue à ce niveau, en se dirigeant fortement en avant, de sorte que le fémur repose sur le bassin par le bord intérieur de la tête et du col.

Bien que le résultat anatomique soit demeuré incomplet, le résultat fonctionnel est très satisfaisant, si l'on songe surtout qu'il s'agit d'une enfant déjà âgée (7 1/2 au moment de l'opération) et qui se trouvait dans des conditions très défectueuses, ayant été antérieurement immobilisée dans un appareil plâtré sans raison valable.

**M. Ollier.** — Je propose d'ajourner la discussion à la date que choisira M. Nové-Josserand pour nous donner le résultat de sa pratique générale dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche.

---

*Séance du 25 mai 1899. —Présidence de M. OLLIER*

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du 18 mai 1899.

Le procès-verbal est adopté.

\*\*\*

#### A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

**M. Rollet** présente la lame de couteau qu'il a extirpée le 19 mai des orbites d'un malade présenté à la Société dans la séance du 18 mai. Elle a été enlevée sans difficultés à l'aide d'une incision menée au niveau de la cicatrice d'entrée. Au moment où elle est tirée au dehors avec une pince, arrêt brusque de la respiration mais quelques tractions de la langue font cesser tout état alarmant. Pas d'épistaxis notable.

La plaie s'est réunie sans suppuration, pas de phénomènes généraux. Aujourd'hui, 25 mai, à droite l'exophtalmie a presque disparu, le ptosis s'est amendé. Aucune amélioration de la vision, mais en définitive chez ce malade, on n'a plus à craindre une infection par cette lame de 6 centimètres.

\*\*\*

#### RESTAURATION DU CANAL DE L'URÈTRE DANS L'HYPOSPADIAS

**M. Rochet.** — Nous avons l'honneur de présenter à la Société, un petit malade autrefois porteur d'un hypospadias périnéo-scrotal et chez lequel nous avons appliqué, pour la réfection du canal pénien, le procédé conseillé par notre collègue Nové-Josserand. La greffe avait très bien réussi, mais les parents emmenèrent l'enfant beaucoup trop tôt, et ne firent aucun cathétérisme pour entretenir le néo-canal.

Aussi, quand on nous le ramena, près d'un an plus tard, nous ne trouvâmes plus trace de ce nouveau canal.

Nous résolûmes alors de tenter à nouveau la restauration de l'urètre, mais par un procédé différent, et dont nous allons maintenant vous donner la description à l'aide des figures reproduites sur ce tableau.

Dans un 1<sup>er</sup> temps on disséqua sur le scrotum, immédiatement au dessous de l'orifice hypospadien, un lambeau rectangulaire de dimensions verticales égales à la

longueur du pénis et d'une largeur suffisante pour pouvoir être facilement enroulé autour d'une sonde, n° 12 ou 13 de la filière Charrière. Le scrotum était nettement bifide et la fente dessinée sur sa face antérieure s'enfonçait jusque sur l'orifice hypospadien; malgré cela, et en raison de la laxité de cette peau scrotale, et grâce à la prolongation des incisions limitant le lambeau jusqu'en dessous du scrotum, sur le périnée lui-même, il fut très facile de tailler ce lambeau avec des dimensions suffisantes.

Le lambeau avait son extrémité libre en bas, sa base adhérente au-dessous de l'orifice urétral périnéo-scrotal, et il fut disséqué par dessous de façon à pouvoir être relevé le long de la face inférieure du pénis.

Dans un 2<sup>e</sup> temps une sonde n° 12 fut introduite par l'urèthre périnéal jusque dans la vessie. Elle était destinée, 1<sup>o</sup>, d'une part, à rester à demeure et à assurer l'issue de l'urine pendant les premiers jours après l'opération; 2<sup>o</sup>, d'autre part, à servir de moule au lambeau scrotal relevé et au futur urèthre. Puis le lambeau scrotal fut rabattu sur elle de façon à l'envelopper complètement, et à s'enrouler autour d'elle, face cruentée en dehors, face cutanée contre la sonde elle-même. Des sutures à points séparés nombreux et à fils de soie fine, servirent à adosser les deux bords latéraux du lambeau enroulé sur la sonde.

Ceci fait, on pratiqua, dans un 3<sup>e</sup> temps, deux boutonnières: l'une au-dessous de l'orifice hypospadien, l'autre immédiatement au-dessous du gland, sur la peau de la face inférieure du pénis relevé du côté de la paroi abdominale et, dans leur intervalle, on décolla la face profonde de la peau avec un ténotome boutonné sur toute l'étendue de la verge et sur une largeur égale à celle des boutonnières, c'est-à-dire de 1 centimètre environ. Ensuite, on fit passer sous ce décollement cutané, de bas en haut, la sonde revêtue de son lambeau scrotal et représentant avec lui le moule du futur canal.

A ce moment, les surfaces avivées du décollement sous-pénien et du lambeau scrotal se trouvaient donc en contact intime l'une avec l'autre et parfaitement coaptées sur toute leur étendue, représentant deux cylindres exactement emboîtés l'un dans l'autre, circonstances éminemment favorables à la reprise du lambeau destiné à reconstituer l'urèthre. Deux points de suture en haut et en bas et unissant les lèvres des boutonnières cutanées aux parties correspondantes étaient suffisants pour

maintenir les choses bien en place. De même on prenait soin de fixer à la sonde, par un petit point de suture, l'extrémité supérieure du lambeau scrotal enroulé autour d'elle, de façon à l'empêcher de glisser en bas, ou de se rétracter sur la sonde. Un fil fut enfin placé en bas de chaque côté pour attirer la boutonnière inférieure jusque sur la limite inférieure du lambeau enroulé.

Les bords opposés de la perte de substance scrotale furent rapprochés par une série de sutures transversales sans difficulté, grâce à la laxité de la peau de la région. Un petit drain fut enfin placé verticalement sous cette suture à partir du point où se retroussait le lambeau scrotal, de façon à éviter l'infiltration d'urine. Le pénis fut maintenu légèrement relevé par le pansement pour l'empêcher de se courber en bas sur la sonde et éviter la coudure de celle-ci.

Les suites de l'opération furent très simples. La sonde à demeure fonctionna très régulièrement et fut enlevée six jours après l'intervention. Dès ce moment, le petit malade urina par la verge la presque totalité de son urine. Du côté droit seulement, une partie de l'urine sortit pendant quelque temps par une fistule qui se rétrécit progressivement et arriva à se boucher complètement au bout d'un mois environ.

Il se produisit aussi un peu de suppuration (due probablement à la fuite de l'urine de ce côté) sous la suture scrotale, et on fut obligé de faire sauter la partie supérieure de cette suture. Les tissus se réunirent à ce niveau par seconde intention. Mais on pansa le malade tous les jours pendant une semaine, pour surveiller l'infiltration urinaire ou purulente possible du côté du scrotum et du périnée. Les choses se passèrent cependant très simplement après la désunion partielle du scrotum et, vingt-cinq jours après l'opération, la guérison pouvait être considérée comme complète.

Depuis lors, le malade continue à bien aller. Il urine très facilement et très largement, avec un jet vigoureux. On entretient le nouveau canal par des cathétérismes répétés, pratiqués tous les trois ou quatre jours, limités à son intérieur seulement et sans aller jusqu'à la vessie; la sonde n° 14 y pénètre et circule aisément. Le résultat se confirme de plus en plus: voici près de cinq mois que l'opération a eu lieu et rien ne vient indiquer une atrésie du nouveau canal. On a commencé à espacer beaucoup les cathétérismes sans que la fonction du nouvel urètre paraisse en souffrir.

Cette observation nous a paru intéressante à faire connaître et nous allons insister un moment sur le résultat obtenu.

Et, d'abord, nous tenons à déclarer qu'elle n'infirmes nullement la valeur du procédé de M. Nové-Josserand.

Le principe du décollement sous-cutané sous lequel on insère l'étoffe du nouvel urèthre est excellent et appartient bien à M. Nové-Josserand. On a, de la sorte, d'autres garanties de prise qu'avec tout autre procédé et on peut se passer presque de sutures, tellement la coaptation des surfaces cruentées est naturelle, tellement l'adhésion rapide est favorisée par un adossement qui se fait sur cette grande surface de deux tubes emboîtés l'un dans l'autre intimement.

Les sutures qui unissent les bords opposés du lambeau scrotal sur la sonde sont peut-être simplement provisoires, elles servent peut-être seulement à maintenir pendant quelques jours la forme tubulaire de ce lambeau, et pourront lâcher plus tard sans avoir réuni vraiment les bords qu'elles affrontaient; peu importe, cependant, car alors la soudure des deux tubes emboîtés sera faite et les bords du lambeau se réuniront toujours ensuite.

La greffe dermo-épidermique s'est résorbée dans notre cas, c'est vrai, mais il ne faut pas oublier que le petit opéré est parti beaucoup trop vite, et a été soustrait beaucoup trop tôt à notre observation et à nos soins, conditions très défavorables à la prise de la greffe; car M. Nové-Josserand a insisté lui-même sur la nécessité qu'il y avait de continuer sur ses opérés le cathétérisme pendant deux mois au moins; or, notre sujet n'avait vraisemblablement plus rien fait de ce traitement à sa sortie de l'hôpital, et celle-ci avait eu lieu trois semaines après l'intervention. En outre, on s'explique bien que *sans résorption*, sans disparition totale proprement dite de la greffe, on puisse avoir néanmoins l'oblitération du canal néo-formé, si on ne surveille pas soigneusement son entretien pendant assez longtemps. Cette oblitération se produit alors par *adhésion des parois opposées de la greffe, desquamée à un certain moment de sa couche épidermique*, avivée jusqu'au derme lui-même par l'irritation venue de cathétérismes répétés, ou au passage même de l'urine. Si, à ce moment-là, pour une cause ou pour une autre, on vient à interrompre le sondage pendant quelques jours, la soudure se fait, bien que la greffe elle-même n'ait pas disparu.

La greffe dermo-épidermique est bien capable de reconstituer une bonne paroi uréthrale, une fois qu'elle est définitivement prise et surtout qu'elle a cessé de subir les transformations intimes qui se passent en elle, dans les premiers temps qui suivent son implantation à distance, et quand elle s'est habituée aux contacts irritants qui peuvent la modifier au début de sa nouvelle fonction.

Ceci dit, nous croyons bien cependant *qu'une paroi uréthrale, faite de peau complète, est supérieure comme solidité et comme résistance, à celle qui succède à une greffe dermo-épidermique simple*, et nous pensons bien que l'urèthre, formé de notre lambeau scrotal, résistera bien mieux aux manœuvres qu'on est obligé de lui imposer pendant le temps qui suivra sont transplant, pour entretenir son calibre et assurer sa fonction de conduit pour l'urine.

En outre, et c'est là le sérieux avantage que nous trouvons au procédé décrit plus haut, *c'est qu'il supprime la 3<sup>e</sup> séance de traitement de l'hypospadias, par la méthode classique de M. Duplay*, c'est-à-dire la réunion, l'abouchement du canal pénien néo-formé avec l'orifice hypospadien lui-même.

Cette séance est toujours délicate, l'opération de l'abouchement réussit rarement du premier coup; il faut souvent plusieurs opérations successives pour arriver à fermer complètement le canal, au périnée, au scrotum, au pénis lui-même, suivant les différents degrés de l'hypospadias, et on se retrouve en présence des difficultés bien connues de réussite, pour la cure radicale de toute fistule uréthrale directe.

Avec le lambeau scrotal, relevé à partir de l'orifice même de l'hypospadias, l'abouchement en question se trouve réalisé dès que le lambeau lui-même a pris.

**M. Nové-Josserand.** — A propos de la très remarquable communication de M. Rochet, je voudrais faire les observations suivantes :

Je crois bien, comme il l'a dit, que la disparition de la greffe après sa première opération est attribuable au défaut de soins consécutifs. Je pense qu'il est nécessaire de faire un cathétérisme régulier pendant au moins deux mois, afin de conserver au canal son calibre pendant toute la période d'organisation de la greffe.

Je pense devoir, à ce propos, dire où en est la question du traitement de l'hypospadias par le procédé que j'ai décrit. Au mois de janvier dernier, M. Tuffier en a pré-



senté un cas à la Société de Chirurgie de Paris; les détails me manquent, la thèse qu'il a inspirée sur ce sujet ne m'étant pas encore parvenue.

Voici le résultat de mes propres recherches. J'ai revu mon premier malade opéré il y a deux ans environ six mois après le moment où je vous l'ai présenté à la sortie du service. Le résultat s'était maintenu. Chez deux enfants atteints d'hypospadias, siégeant l'un à la base du gland, l'autre à environ un demi-cent. au-dessous, j'ai reconstitué le canal balanique au moyen de greffes, avec un résultat satisfaisant. Les opérations datent de deux mois et deux mois et demi, la fermeture de la fistule n'est pas encore effectuée. Enfin un dernier malade a été opéré il y a quelques jours d'un hypospadias péno-scrotal; le résultat ne peut encore être donné.

Ces faits confirment donc mes premières conclusions; je fais remarquer, en passant, que j'ai appliqué au canal balanique ce que j'avais proposé jusque là pour le seul canal pénien.

Le procédé que M. Rochet vient de décrire est un amalgame entre son ancien procédé, dit du lambeau scrotal, avec le mien dont il conserve le principe d'opérer par la voie sous-cutanée. Il en diffère parce que au lieu d'une greffe autoplastique, il reconstitue le canal au moyen d'un lambeau scrotal.

Cette modification est très importante, surtout parce qu'elle supprime le troisième temps, la fermeture de la fistule pénienne. Il est certain aussi que l'étoffe du nouveau canal doit être plus solide que la greffe autoplastique. Je suis donc tout disposé à adopter ce procédé dont l'avantage me paraît certain. Peut-être y aura-t-il quelques réserves à faire sur ses indications et sera-t-il difficile de l'appliquer dans le cas de fistules très antérieures où il faudrait prendre le lambeau non plus sur le scrotum, mais sur la verge, et dans les cas de fistules très postérieures, où le scrotum, séparé en deux, se prêterait mal à la prise d'un lambeau. Les faits trancheront cette question. Mais, dans les cas où il est facilement applicable, il ne me paraît pas douteux que le procédé dont vient de parler M. Rochet ne doive être préféré.

\*\*\*

## DE L'INTERVENTION DANS LA PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE.

(DISCUSSION)

**M. Gangolphe.** — Tout le monde est à peu près d'accord, actuellement, sur l'indication d'opérer dans les cas de péritonite généralisée, mais nous pensons que l'intervention doit varier suivant la nature, l'origine de cette péritonite.

En un mot, je crois qu'il faut serrer d'aussi près que possible l'étude du diagnostic, afin d'en tirer des indications. Je donnerai ici un résumé succinct des faits principaux de péritonite généralisée dans lesquels j'ai pratiqué une intervention ; trop peu nombreux pour être concluants ils m'ont cependant paru mériter d'être rapprochés de ceux rapportés par mes collègues.

Je dirai, tout d'abord, que j'ai eu un nombre de cas assez considérable pouvant être considérés cliniquement comme des péritonites généralisées, et qui n'étaient que des péritonites étendues, à réaction générale intense ; la plupart de ces faits remontent à une date déjà éloignée et ont trait à des femmes.

Les lésions infectieuses des annexes, l'hématocèle, peuvent s'accompagner des symptômes les plus alarmants et, néanmoins, rétrocéder, prêtant à une opération partielle, en général, neuf fois sur dix l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Pendant mon séjour à l'hôpital de la Croix-Rousse, j'ai vu certainement plus d'une quinzaine de cas appartenant à ce type. Les vomissements, les ballonnements, l'arrêt des gaz, la diminution, parfois la suppression de l'urine, le pouls, le faciès paraissent indiquer un pronostic extrêmement grave. Peut-être dois-je dire que la douleur très vive au toucher vaginal et rectal et dans les mouvements imprimés à l'utérus, ainsi des anamnétiques permettraient d'établir l'origine génitale des accidents.

Les péritonites généralisées, ou cliniquement considérées comme telles, d'origine génitale, me paraissent moins graves, sans doute parce qu'il s'agit d'un processus tendant à la localisation intra-pelviennne.

Je n'ai fait qu'une seule laparotomie, en 1890, à la Croix-Rousse, pour une péritonite-généralisée due à une rupture de pyo-scléreuse ; celle-ci s'était faite assez brusquement, revêtant les allures d'une véritable perforation, et malgré que la poche purulente fût, en certains points en-

tourée d'adhérences. Le malade, opéré *in extremis*, mourut; j'avais fait une laparotomie sus-ombilicale et incisé le cul-de-sac postérieur.

De même les accidents de torsion des kystes peuvent être fort graves et guérir soit spontanément, soit surtout sous l'influence de l'intervention, extirpation du kyste, ou même fixation à la paroi avec incision, comme j'en ai cité des cas récemment.

Par contre, les péritonites d'origine appendiculaire revêtent une gravité en général considérable. Là cependant il importe de faire quelques restrictions en faveur de l'appendicite à *forme pelvienne*, et cette forme se rapproche singulièrement des péritonites génitales. Ce n'est pas le moment de parler de la distinction si difficile à faire parfois de la salpingite et de l'appendicite, ou, plus exactement des lésions péritonéales consécutives à ces deux maladies. Je m'associe aux idées exprimées par M. Nové-Josserand.

Malheureusement ce sont là des cas exceptionnels; lorsque la péritonite est d'origine appendiculaire et paraît généralisée il faut inciser sans doute, mais le pronostic est extrêmement grave; sur dix cas environ je n'ai eu qu'un succès et, là encore, il s'agissait d'une jeune femme chez laquelle je dus, huit jours plus tard, inciser le cul-de-sac postérieur pour ouvrir une collection. L'ouverture dans la fosse iliaque m'avait permis de constater la rougeur intense de l'intestin, une exsudation séro-fibrineuse locale abondante plutôt que purulente.

Dans trois autres cas j'ai certainement prolongé la vie de trois à cinq jours; mais les sujets ont succombé bien que j'aie fait une nouvelle laparotomie médiane.

Je pense qu'il faut s'abstenir de *lavages* et d'*éviscération*.

Je prononce ce mot, puisque l'éviscération a pu être faite à la suite d'essais de diagnostic, le chirurgien croyant à une *obstruction intestinale*, alors qu'il s'agissait d'une péritonite par perforation.

C'est depuis longtemps une règle que j'ai adoptée d'inciser dans le *flanc droit* dans les *cas douteux*.

L'incision iliaque droite permet :

- 1° De juger de l'état de l'appendice;
- 2° Reconnaître l'état de distension ou de vacuité du gros intestin;
- 3° D'apprécier l'existence et les caractères d'un épanchement interne péritonéal;
- 4° Et enfin de choisir une opération appropriée au cas. S'agit-il d'appendicite, cela est évident; existe-t-il une

obstruction intestinale, vous pouvez faire une cœcostomie, une entérotomie, ou pratiquer immédiatement une laparotomie médiane plus commode pour les recherches et vaincre l'obstacle.

Voyez-vous sortir un liquide séro-hématique, songez que ce liquide est fréquemment dû à un étranglement, à une bride, incisez sur la ligne médiane.

Je dirai à ce sujet qu'une seule fois j'ai fait, sans aucun avantage, une entérotomie de Nélaton dans un cas de péritonite appendiculaire, où j'hésitai sur la nature de l'obstruction; il est bien probable que de très nombreuses entérotomies ont été jadis pratiquées dans ce but. Je n'oserai pas me prononcer sur l'efficacité de cette ouverture intestinale; elle n'aggrave pas la situation, étant donné qu'elle ne convient qu'aux cas graves; peut-être semble-t-elle susceptible de l'améliorer.

Enfin j'ai incisé quatre fois pour des péritonites dues à des contusions de l'abdomen, coups de pied de cheval, chutes sur le ventre: j'ai eu quatre morts; aucun de ces blessés ne m'avait été amené avant le 3<sup>e</sup> ou le 4<sup>e</sup> jour. Chez tous il y avait des matières fécales dans le péritoine.

J'ai une seule fois opéré, *in extremis*, pour péritonite due à un étranglement par diverticule de Meckel.

L'intestin était sectionné. Le sujet mourut quelques instants après la laparotomie.

J'avais vu la veille, en ville, ce malade. J'avais diagnostiqué un étranglement interne et proposé l'opération: elle m'avait été refusée.

En somme, les péritonites d'origine appendiculaire sont infiniment plus graves que les péritonites d'origine génitale. Les formes pelviennes se rapprochent de ces dernières.

L'incision iliaque droite peut servir d'incision exploratrice et même curative; elle n'exclut pas l'incision médiane.

Il ne faut pas trop laver et, à plus forte raison, éviscérer sans nécessité.

**M. Chandelix** rapporte deux observations de péritonite.

Dans la première, la malade offrait des signes fébriles pris pour une fièvre typhoïde; au bout de quinze jours son ventre se ballonna et présenta deux saillies bilatérales. On pensa à une salpingite double dans une dothiéntérie. Il vit la malade, diagnostiqua un kyste purulent des deux trompes. Il se décida à l'intervention. Au

moment de l'opérer, la malade avait mangé ; il fit une ponction avec l'aiguille 2 de Dieulafoy, retira 200 grammes de pus ; la malade eut, le soir, tous les signes d'une péritonite suraiguë. Il l'opéra le lendemain, enleva les deux kystes purulents. Il s'était échappé 100 grammes de pus dans le péritoine par l'orifice de ponction. Il pratiqua le lavage de l'intestin par l'éviscération successive. Cette malade guérit.

Dans le deuxième cas, c'était une péritonite d'origine appendiculaire. Quarante-six heures après le début, il y avait peu de ballonnement du ventre, l'état était amélioré, la température de 38°4, mais il y avait une discordance entre le pouls et la température ; le pouls était à 134.

Aussi pensant à une péritonite généralisée, il l'opéra. L'incision iliaque fut pratiquée, il s'écoula du pus et des matières fécales, il put enlever l'appendice perforé, il fit un lavage prudent dans la cavité ; l'enfant se remit. Mais il eut quelque temps après une tuméfaction dans la fosse iliaque gauche ; il fit une nouvelle intervention qui arriva dans une cavité contenant beaucoup de pus. Le malade guérit en un mois. Il ne s'agissait pas d'un cas de péritonite généralisée à tout l'abdomen. Quand la péritonite est généralisée, le pus est séreux et grumeleux ; quand la péritonite est locale, il est phlegmoneux,

Dans le 1<sup>er</sup> cas, l'intervention est suivie de mort. Quand la péritonite est généralisée on a de la matité dans les flancs et une courbe à concavité supérieure, la matité des flancs se déplace dans les changements de decubitus. Dans ces cas malgré l'inutilité opératoire, il faut intervenir : c'est la seule chance de succès.

**M. Condamin.** — Il y a un grand intérêt à savoir si une péritonite est généralisée ou localisée. Il y a, en effet, des cas de pelvi-péritonite qui donnent les signes de péritonite généralisée. Il y a un signe important qui peut mettre sur la voie du diagnostic, c'est la paralysie du diaphragme. Ce signe est caractéristique de péritonite généralisée et de pronostic fatal. Quand, après une intervention sur l'abdomen, éclatent des signes de péritonite, si on n'a pas le signe du diaphragme, on peut être tranquille. Dans un grand nombre de cas d'allure grave, où ce signe manquait, il a vu des guérisons. Quand il existe, toute intervention est inutile et, dans ces conditions, ni M. Laroyenne, ni lui, n'ont jamais obtenu de guérison. Il faut donc tenir grand compte de ce signe. Quand il existe, le sujet est voué fatalement à la mort, qu'on intervienne ou non. M. Laroyenne est même partisan de la non inter-

vention. Ce n'est pas un signe d'agonie car on voit des malades vivre deux ou trois jour avec.

**M. Nové-Josserand** ayant été interne de MM. Laroynne et Fochier, a cru, pendant longtemps, à l'absolu de cet axiome : une péritonite généralisée sans paralysie du diaphragme est d'un bon pronostic; au contraire, avec ce signe, le pronostic est fatal. Si le fait est vrai pour les cas gynécologiques et chez l'adulte, il a vu des exceptions chez l'enfant. Dans un cas où ce signe était manifeste, l'enfant a guéri; il l'a vu manquer dans deux cas de péritonite généralisée, dont un suivi de mort. Ce signe n'a donc pas, chez l'enfant, de valeur absolue.

**M. Gangolphe**, dès le début de sa médecine, apprit à connaître ce signe de la paralysie du diaphragme, dont la valeur est même connue dans le monde extra-médical. Sa gravité est exprimée dans le vulgaire sous cette forme pittoresque : « bêtes et gens tirant du flanc n'en ont pas pour longtemps ». Il vit, il y a trois semaines, une péritonite généralisée, dont le pouls était relativement bon, mais qui avait une paralysie du diaphragme. A cause de ce symptôme, considérant la malade comme perdue, il n'intervint pas. Actuellement, la malade semble faire une localisation du côté du petit bassin.

Pour lui, ce signe a une haute valeur, au moins égale à la discordance entre la température et le pouls.

---

*Séance du 1<sup>er</sup> juin.* — Présidence de M. OLLIER

---

**M. Albertin** lit le procès verbal de la séance du 24 mai.

\* \* \*

#### A PROPOS DU PROCÈS VERBAL

**M. Fochier.** — On a attribué, dans le pronostic de la péritonite, trop d'importance aux signes locaux. Les qualités du liquide louche ne permettent pas d'affirmer la généralisation; toutes les fois qu'on opère une affection inflammatoire du petit bassin on a du liquide louche. La paralysie intestinale n'est pas non plus un signe assuré de gravité; on la trouve dans des péritonites pelviennes,

où l'intervention n'est même pas justifiée. Il n'y a pas de signe local de l'affection qui permette de déclarer qu'elle est locale ou générale. Cette affirmation qu'on fait pour l'appendicite, pourquoi ne l'a-t-on jamais faite pour la salpingite ?

On n'a pas parlé des péritonites survenant après les laparotomies; dans certains cas on a de la septicémie péritonéale qui emporte le malade en 60 heures malgré le drainage avec une mèche de gaze; il a vu récemment un cas analogue après une laparotomie pour kystes ovariens. Il ne parlera pas des péritonites puerpérales, car il n'en voit plus; il relate quelques faits pris dans la littérature étrangère où la laparotomie révéla un liquide louche et où les malades guérissent après évacuation du liquide.

A son avis les signes de gravité résident dans les symptômes généraux; il a vu guérir de péritonite une malade qui avait de la paralysie du diaphragme. Il faut surtout tenir compte de l'état du pouls et de la circulation sanguine; on oublie trop, dans les observations, que la question de pronostic dans les péritonites s'établit par l'examen de la face et du cœur. La température et les signes locaux ne sont qu'accessoires. Il s'étonne que, dans la discussion sur l'appendicite, on n'ait pas tenu compte de la septicémie péritonéale expérimentale et des signes généraux.

\*\*\*

#### SUR UN CAS D'OSTÉOMYÉLITE INFECTIEUSE DIAPHYSAIRE

**M. Gangolphe**. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade, entré dans mon service, et opéré dans le courant de février dernier (25 février 1899). Il s'agit, là, d'une forme rare d'ostéomyélite infectieuse ainsi que vous pourrez en juger.

Voici, tout d'abord, les renseignements recueillis par mon secrétaire, M. Binnet.

##### OBSERVATION :

T..., Fidèle, 29 ans, ramoneur.

Né à Intra, province de Turin, demeurant rue Paul-Bert, 45.

Antécédents héréditaires et personnels absolument négatifs.

L'affection actuelle a débuté il y a 11 ans. A cette époque, le malade se trouvait à Fribourg.

Sans cause connue, sans traumatisme aucun, le bras devint brusquement douloureux, à tel point que, le soir même, le

malade entrainé à l'hôpital, avec une fièvre intense, point sur lequel il est très affirmatif. Au bout de trois ou quatre jours, apparut la tuméfaction et, quinze jours après, on lui fit une longue incision des parties molles, d'où issue de pus et de sang. On draina. Au bout d'un mois  $1/2$  à deux mois, il sortit de l'hôpital avec une fistule qui persista jusqu'à son entrée à l'hôpital de Turin en 1892, quatre ans plus tard.

Pendant ces quatre ans, la suppuration fut interminable.

Son séjour à l'hôpital de Turin fut de neuf mois.

À sa sortie de l'hôpital Cotelungo (Turin) la plaie était entièrement fermée ; seule persistait une grande faiblesse du membre.

Pendant deux ans, le malade reste chez lui à cultiver la terre ; il vient à Lyon comme ramoneur en 1894.

Pendant cinq ans il travaille ainsi sans souffrance aucune.

Vers le 15 décembre 1898, il fut pris d'une fièvre intense. En même temps, douleur dans le bras puis tuméfaction deux jours après et, enfin, au quatrième jour, fistule sur la face externe et au milieu de l'avant-bras donnant beaucoup de pus.

Remission de quinze jours suivie d'une nouvelle poussée inflammatoire donnant lieu à la formation de deux nouvelles fistules siégeant à la face antérieure du bras.

Entre à Sainte-Marthe (Hôtel-Dieu) le 4 février 1899.

À l'entrée, on constate la présence de cinq fistules. Les mouvements de l'articulation de l'épaule sont assez libres, mais l'humérus, s'étant spontanément fracturé à une époque impossible à préciser, les mouvements d'abduction sont très limités.

L'état de l'os nous est donné par la radiographie dont les détails sont relatés plus loin.

Opéré le 25 février 1899.

Actuellement on note, comme cela a été dit, une flexibilité de l'humérus au niveau de son tiers moyen plutôt qu'une vraie fracture, c'est-à-dire qu'il est possible de fléchir ou d'étendre les  $2/3$  inférieurs de la diaphyse sur son  $1/3$  supérieur et cela de manière à faire un angle très marqué quoique toujours obtus.

Cette recherche ne donne lieu à aucune crépitation. D'autre part, le malade peut encore se servir un peu du bras, grâce à la contraction musculaire qui augmente momentanément la solidité du levier huméral.

L'exploration au stylet par les fistules indique l'existence d'une surface très dénudée, certainement nécrosée. Pas de ganglions axillaires ni sus-claviculaires.

La radiographie nous montre, comme on peut le voir, que l'humérus est interrompu dans sa continuité sur une hauteur de 5 centimètres.

Il y a là une cavité formée pour ainsi dire de deux cônes accolés par leur base et occupée par un séquestre volumineux et libre dans sa cavité. Autour de celle-ci existe une gaine périostique épaissie contenant quelques points d'ossification.

J'élimine l'hypothèse de kyste amygdalien de l'os à cause de



la rareté et de l'allure aiguë de ce cas-là. Il ne s'agit pas non plus de lésions tuberculeuses; celles-ci ne sont pas diaphysaires en général, n'ont pas une marche aiguë, donnent lieu à des fongosités, à de l'engorgement ganglionnaire symptomatique.

J'ai pensé plutôt à une forme spéciale d'ostéomyélite infectieuse, et j'ai écrit à M. le Dr Rodolo, chirurgien de l'hôpital de Turin, lequel m'a répondu en me disant qu'il avait diagnostiqué une ostéomyélite de croissance sur laquelle s'était greffé le bacille de la tuberculose. Il avait enlevé des séquestres et gratté à la curette les tissus suspects.

L'opération faite le 25 février 1899 m'a permis d'enlever un séquestre volumineux que vous voyez ici. Le malade guérit complètement, et la consolidation s'effectua très bien et le membre est actuellement aussi utile que celui du côté sain.

Cette observation est intéressante à différents points de vue :

- 1° D'abord, par l'âge auquel elle est survenue ;
- 2° Par la forme spéciale des nécroses dont elle s'est accompagnée ;
- 3° Par sa nature bactériologique : 1° C'est vers l'âge de 20 ans que cette ostéomyélite infectieuse est survenue avec tout le cortège qui lui est habituel : gonflement rapide, douleur, fièvre, etc., bien que l'on puisse observer pareille chose à l'âge adulte et même plus tard, cela a été exceptionnel.

J'ajoute qu'aucune infection intercurrente ne peut être invoquée comme ayant été la cause de cette localisation infectieuse osseuse.

2° Mais c'est surtout le siège et la forme de la nécrose qui sont remarquables.

Ce n'est pas la région juxta-épiphysaire supérieure, fertile, de l'humérus qui est en cause, mais bien la diaphyse.

La radiographie donne sur ce point des renseignements formels et il n'est pas possible d'objecter que le processus étant dans la région juxta-épiphysaire se serait développé et aurait atteint son maximum au point où nous l'observons.

L'aspect normal, régulier de l'os est hors de doute.

D'autre part, l'intervention nous a démontré l'existence d'une loge ovoïde de 4 à 5 cent. de longueur, située en pleine diaphyse ou, pour mieux dire, placée sur le trajet même de celle-ci et la comprenant même de toute son épaisseur.

Le séquestre volumineux, éburné, dense, est formé par

cette partie même de la diaphyse transformée et se trouvait mobile dans la cavité précitée.

Les parois de cette dernière étaient continuées en haut et en bas par des parois osseuses dures, ossification de la moelle ; sur son pourtour, par un périoste très épais, très imparfaitement ossifié par place, d'où la fracture spontanée ou pseudarthrose constatée en clinique.

Le séquestre enlevé offre, comme on le voit, une surface extérieure grossièrement arrondie, mais sillonnée de dépressions, couverts d'aspérités *gothiques*, rappelant l'aspect déchiqueté des séquestres-types de l'ostéomyélite infectieuse.

Mais, je n'avais jamais vu un séquestre comprendre ainsi un vrai segment diaphysaire, avec transformation aussi considérable de l'os.

Le séquestre scié offre, au milieu, des vestiges de canal médullaire. Il y a donc eu ossification de la moelle et éburnation probable de l'os ainsi frappé de mort.

C'est là un caractère absolument différent de ceux notés dans la nécrose due au staphylocoque ou, pour mieux dire, à l'ostéomyélite infectieuse habituelle.

On aurait pu se demander si les interventions successives pratiquées en Suisse et à Turin avaient été la cause de cette singularité du processus.

J'ai repoussé cette hypothèse pour chercher dans l'analyse bactériologique une explication plus plausible.

Celle-ci a démontré, en effet, que les streptocoques étaient seuls en cause.

Je n'ai trouvé de fait comparable, au point de vue anatomo-pathologique, que dans ceux étudiés sous le nom de nécrose sans pus, ou ostéomyélite insidieuse, faits que j'avais déjà signalés en 1885-1886, au cours de mes recherches sur l'ostéomyélite syphilitique.

En somme, je crois que l'on peut étiqueter cette observation sous le nom d'ostéomyélite aiguë diaphysaire d'origine streptococcienne, et la considérer comme un bon document devant servir plus tard à la différenciation des ostéomyélites, suivant les agents infectieux qui sont en cause.

**M. Nové-Josserand** a eu l'occasion d'observer, à l'hôpital de la Croix-Rousse, un cas très analogue d'ostéite aiguë diaphysaire. C'était un homme d'environ 20 à 25 ans, entré dans un service de médecine pour une affection fébrile, qualifiée fièvre typhoïde. Le diagnostic certain n'en fut pas fait. Après trois semaines, la tem

pérature baissa. A ce moment, le malade se mit à sortir dans le couloir et se fit en descendant un escalier une fracture spontanée de la diaphyse fémorale. La tuméfaction qui se produisit au niveau du trait, frappait par son volume et, de plus, la température s'éleva à 40° avec tout le cortège habituel. Il temporisa un à deux jours et incisa au niveau de la fracture : il trouva un foyer purulent avec au fond une fracture spontanée, il n'y avait pas de séquestre. Il s'agissait d'un cas d'ostéite aiguë diaphysaire ayant donné une fracture spontanée. Le malade guérit en conservant son membre. Il fit, au sujet de ce cas, des recherches bibliographiques et ne trouva des faits analogues que dans la thèse de Demoulins, sur l'ostéomyélite chronique d'emblée. Mais les cas de cet auteur ont été suivis de mort ; il s'est demandé souvent s'il n'amputerait pas ; il a pu obtenir la guérison sans recourir à la suppression du membre.

**M. Ollier.** — On a abusé du terme ostéomyélite, mais il ne comprend pas qu'on parle d'ostéomyélite infectieuse, car pour lui toutes les ostéomyélites sont infectieuses. Pour revenir au cas de M. Gangolphe, c'est un type de *périostite snppurée*, c'est la périostite périphérique qui a isolé le séquestre et permis à l'os de se reproduire.

Il ne conteste pas le rôle de l'ostéomyélite ; mais la plupart des ostéomyélites sont caractérisées par des productions périostiques. De même que, dans l'ostéomyélite, la propagation se fait de la moelle au périoste, de même l'inflammation du périoste tend à gagner la moelle. Ici le processus a été atténué du côté de la moelle et, au lieu de suppurer, elle a donné de l'os. Dans ces cas, le mot ostéite ne spécifie rien, le mot ostéomyélite n'est pas exact. Mais il ne veut pas insister plus longuement sur ces questions théoriques, qu'il abordera plus tard devant la Société, et il va revenir au fait pratique présenté par M. Gangolphe. Les affections de ce genre, à cet âge sont assez rares. Le siège diaphysaire n'est pas très rare, il en a vu plusieurs cas, même la moelle n'avait pas suppuré ; il se rappelle un cas où il enleva un fragment du péroné et où l'os se reforma. Dans l'origine physiologique des lésions le périoste et la couche ostéogène jouent un rôle important, il se fait là un travail favorable aux infections.

Le pronostic varie suivant qu'on a une panostéite ou seulement une périostite.

Quand la couche ostéogène n'est pas détruite, l'os peut se reproduire comme dans le cas de M. Gangolphe. Il ne

croit pas qu'il y ait une différence de gravité suivant les microbes, comme l'ont établi Lannelongue et Achard. Quant à savoir s'il y a tuberculose surajoutée, le cas est difficile à trancher.

**M. Gangolphe.** — Bien qu'en reconnaissant, dans ce cas, le rôle prépondérant du périoste, il croit que le rôle de la moelle n'est pas à dédaigner, car la destruction du périoste ne pouvait entraîner une pareille séquestration, et si la moelle avait résisté, elle aurait pu édifier de l'os. Il y a eu panostéite. Le rôle de la moelle ne peut être regardé comme secondaire. Cependant, en raison du rôle, ici, du périoste, il accepte la dénomination d'ostéopériostite.

Depuis 1885, il s'est occupé de l'ostéomyélite diaphysaire ; il se rappelle une observation anglaise, où il est question de fémur fracturé et de nécrose sans pus. Il s'était demandé si, dans ce cas, il s'agissait de syphilis, mais dans la syphilis diaphysaire, il n'y a ni pus, ni séquestre. De ce fait et d'analogues, signalés par Trélat, il est arrivé à cette idée de lésion infectieuse des diaphyses des os, pouvant donner une nécrose partielle ou totale sans pus, et des cas où il y a nécrose et pus. Quant à la thèse de Démoulins, les cas manquent de détails anatomopathologiques et bactériologiques, et il conclut à la tuberculose. Le cas de M. Nové-Josserand diffère du sien.

**M. Ollier.** — Dans le cas de M. Gangolphe, l'inflammation sous-périostée a gagné la moelle et a donné l'épaississement, c'est dans ces cas qu'il y a séquestre. La nécrose n'a pas lieu par intoxication aiguë, mais par oblitération vasculaire, par le rétrécissement graduel des vaisseaux, par l'ossification nouvelle.

A propos du cas que cite M. Gangolphe, de nécrose sans pus, il a enlevé tout un séquestre datant de trois ou quatre ans, avec une suppuration insignifiante depuis trois ou quatre semaines ; il y a des exemples de séquestre enkysté depuis nombre d'années ; il a pratiqué l'ablation d'un au milieu des muscles de la cuisse provenant du pubis ; il avait enlevé à ce malade le tibia en 1870 pour une ostéite, et, quelque temps après, il y avait eu un nouveau point au pubis.

De même, chez un sujet qu'on lui amenait pour une tumeur du genou, il trouva un séquestre enkysté dans les tissus sans trace de pus.

Ces faits montrent la possibilité de séquestre longtemps incarcéré dans les tissus sans amener de suppuration.

\*\*\*

### UN CAS DE DÉSARTICULATION INTER-SCAPULO THORACIQUE

**M. Gangolphe** présente un malade âgé de 42 ans, sans antécédents ni traumatisme antérieur, atteint d'une tumeur occupant l'épaule et une partie de la région thoracique gauche. La peau et les muscles n'étant pas adhérents il fit au malade une amputation inter-scapulo-thoracique. La seule modification qu'il a apportée à l'intervention c'est de couper les muscles entre deux pinces pour éviter l'hémorragie. Le malade n'a pas eu de shock, la plaie est à peu près actuellement réunie. Il a pu se lever le 4<sup>e</sup> jour. Macroscopiquement le point de départ de la tumeur paraît être la partie supéro-interne de l'humérus.

\*\*\*

*Rapport sur les candidatures de MM. Marcus, Ruotte et Batut.*

**M. Durand** signale les titres et les travaux qui justifient leur demande comme membres correspondants. Ils sont acceptés comme candidats. L'élection aura lieu à la prochaine séance.

---

Séance du 8 juin 1899. — Présidence de M. OLLIER.

---

**M. Albertin** lit le procès verbal de la séance du 1<sup>er</sup> juin.

Le procès verbal est adopté.

\*\*\*

### RÉSECTION BILATÉRALE DE LA BRANCHE PÉRINÉALE DU NERF HONTEUX INTERNE DANS LA CYSTITÉ DOULOUREUSE

**M. Albertin.** — Je vous présente un malade à qui j'ai pratiqué la résection bilatérale de la branche périméale du nerf honteux interne pour une cystite douloureuse rebelle et qui en a retiré le plus grand bénéfice. Voici, d'ailleurs, son observation. M. P... est âgé de 41 ans, il n'offre rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

taires. Comme antécédents personnels il signale une blennorrhagie à 25 ans et une autre à 38 ans. A la suite de cette dernière il a eu des phénomènes de cystite et, depuis 18 mois, il éprouve non seulement des douleurs vives, mais du ténesme vésico-rectal qui s'est encore accentué depuis 4 à 5 mois. Le malade entre, le 1<sup>er</sup> juin 1899, à l'Hôtel-Dieu et demande à être soulagé, la vie n'étant pas possible, nous dit-il, dans de pareilles conditions. Il urine 40 à 50 fois par 24 heures et chaque miction s'accompagne de douleurs vives et de ténesme rectal.

Le cathétérisme est extrêmement douloureux, rendu presque impossible par le spasme urétral. Le toucher rectal montre une prostate légèrement tuméfiée avec un bas fond vésical sensible à la pression. Les urines sont troubles, contiennent du pus. La température oscille entre 38° et 39°. Je prescris des lavages vésicaux, des instillations de nitrate d'argent, des suppositoires morphino-belladonés, des lavements chauds, de la glace sur l'hypochondre, etc., etc.. Tous ces traitements variés appliqués pendant une période de trois semaines ne donnent aucun résultat.

J'avais lu le travail de mon ami Rochet sur la résection de la branche périnéale du nerf honteux interne, appliquée au traitement du spasme vésical ou vésico-périnéal. Je songeai à l'appliquer au traitement de la douleur dans la cystite et, en présence de l'insuccès du traitement antérieur, je décidai l'intervention.

Le 23 juin 1899, je pratiquai la résection bilatérale de deux centimètres environ de la branche périnéale du nerf honteux interne chez mon malade. L'opération fut faite suivant le manuel opératoire indiqué par Rochet, et que je ne ferai que rappeler. incisions symétriques partant de l'ischion, pour aller obliquement en dedans, au voisinage de la région périnéale; recherche du bord du muscle fessier, de la face interne de l'ischion et de l'émergence du nerf honteux interne. On note la branche périnéale et on en résèque un à deux centimètres au-dessous de son origine.

Cette opération n'est pas très facile à exécuter. Ce n'est pas qu'il y ait des difficultés opératoires, mais elle exige une connaissance approfondie de la région et la pratique d'une dissection minutieuse. On est gêné par la graisse qui masque le champ opératoire et par l'hémorrhagie en nappe dont on a raison par tamponnement. Il faut placer le malade dans la position exagérée de la taille, de façon à avoir la région périnéale bien

éclairée en profondeur. Les résultats furent les suivants : dans l'après-midi, le malade urina une seule fois et deux fois seulement pendant la nuit, alors que, les nuits précédentes il avait 30 à 35 mictions.

La douleur à la miction disparut ainsi que le ténesme rectal. Le malade n'urine plus que 5 à 6 fois par 24 heures, c'est-à-dire d'une façon normale ; il se déclare guéri. Devant la disparition de la douleur et de la sensibilité uréthro-vésicale, il n'y avait plus de raisons pour ne pas chercher à modifier directement l'état de la vessie ; le cathétérisme, en effet, fut pratiqué sans que le malade accusât de la douleur. Je prescrivis des lavages vésicaux désinfectants, caustiques légèrement, que le malade supporta sans souffrir.

Ce résultat s'est maintenu jusqu'à ce jour, et il vous suffira d'interroger le malade pour être éclairé à ce sujet. Le résultat est indéniable et, dans ce cas de cystite purulente avec douleur, ténesme vésico-rectal, envies incessantes d'uriner, il a suffi de faire la résection bilatérale de la branche périnéale du nerf honteux interne, pour voir disparaître instantanément tous les phénomènes d'ordre nerveux.

La théorie de ces faits est difficile à exposer et comme le dit fort bien Rochet, nous sommes loin de connaître l'inervation et la physiologie de l'appareil vésico-périnéal ; c'est une étude à reprendre en entier.

Quoiqu'il en soit, nous avons cru devoir vous signaler ce résultat, qui peut être le point de départ d'une donnée thérapeutique. Il y a loin de cette opération relativement simple et bénigne aux interventions conseillées en pareil cas, tailles haute ou basse.

Je suis convaincu que ce malade entre les mains d'une certaine école eût été promptement cystostomisé. En lui pratiquant simplement la résection nerveuse indiquée, j'ai eu la satisfaction de le guérir sans en faire un pisse-partout.

**M. Chandelux** pense que, dans ce cas, la taille périnéale et peut-être simplement la dilatation anale aurait donné un résultat utile.

**M. Rochet** fait observer que la taille périnéale peut rendre service, car elle incise les nerfs et les muscles de la région ; mais, une fois la plaie refermée, on peut avoir une récurrence. Il y a lieu de distinguer la section du tronc du nerf honteux interne de celle de sa branche périnéale. Dans le premier cas, on peut avoir anesthésie du

gland et suspension des érections ; dans le second, on évite ces inconvénients. Les anatomistes renseignent assez mal le chirurgien sur l'innervation des muscles du périnée, et M. Rochet a dû faire une étude spéciale de cette question pour arriver à l'intervention utile.

**M. Ollier** pratiquait autrefois, dans ces cas, la taille périnéale avec dilatation large du col vésical et avait des résultats utiles. Il ne voit pas ce que la taille hypogastrique peut avoir de bon en pareille circonstance. On a trop oublié les anciennes méthodes. Il arrivait autrefois que, dans les cystites très douloureuses, on pratiquait la taille périnéale, espérant trouver un calcul. On n'en trouvait point, et les malades n'étaient pas moins guéris. M. Ollier, voit dans la préférence accordée actuellement à la taille hypogastrique, une question de mode plus que d'utilité réelle.

**M. Albertin** rappelle que tous les chirurgiens ne se sont pas ralliés à la taille hypogastrique. M. Augagneur pratique toujours la taille périnéale dans la cystite douloureuse, tuberculeuse ou non. M. Albertin estime que la section nerveuse est moins grave qu'une taille.

**M. Jaboulay** fait observer que la méthode de section du nerf honteux interne appartient à Simpson.

\*  
\* \*

### OSTÉO-SARCOME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR RÉSECTION — PROTHÈSE

**M. Martin** présente une malade opérée, par M. Pollosson, d'un ostéo-sarcome du maxillaire inférieur. Il lui pratiqua une prothèse immédiate. La malade partit chez elle ; quand elle revint, la peau s'était rétractée sur l'appareil et ce dernier avait été rejeté au dehors. L'appareil fut enlevé, on permit à la plaie de se cicatriser. Le menton était très déformé ; aussi pour le redresser lui mit-on, pendant trois ou quatre mois, un appareil à traction. Puis on le remplaça par un appareil lourd pour combattre la rétraction cicatricielle.

Cet appareil, dont on peut charger le bord inférieur progressivement par des adjonctions de métal, agit par



son poids pour assouplir et distendre la cicatrice et la modeler en quelque sorte. Il y a là une action continue et lente qui aboutit à d'excellents résultats, ainsi qu'on peut le constater sur cette malade.

\*\*\*

### D'UN DISPOSITIF PERMETTANT DE FAIRE DES MENSURATIONS PRÉCISES SUR LES ÉPREUVES RADIOGRAPHIQUES

**M. Fochier.** — Sur les radiographies ordinaires il n'est pas possible de prendre des mensurations donnant les dimensions exactes des objets radiographiés. En effet, sur les épreuves on obtient l'image d'ombres portées, projetées par les rayons sur la plaque photographique ; ces ombres subissent des déformations dans plusieurs sens ; ces déformations sont d'autant plus considérables que les objets sont placés plus loin de la plaque photographique ; elles dépendent aussi de la position du tube par rapport à l'objet.

M. Fabre, chef du laboratoire de la clinique d'accouchements, a trouvé un moyen très simple qui permet les mensurations exactes des différents objets dont les ombres sont enregistrées par la radiographie. Ces recherches ont été rendues possibles grâce à M. le docteur Destot, dont la science en radiographie et la bonne volonté nous ont été d'un grand secours.

La méthode consiste essentiellement à placer autour de la région à radiographier, des règles métalliques dentées de centimètre en centimètre, ou des règles en bois, dans lesquelles sont fixés des clous distants d'un centimètre, ou bien des réseaux composés de fils métalliques distants d'un centimètre ; ces règles ou ces réseaux subiront les mêmes déformations que la région examinée, mais les intervalles entre les fils, les dents ou les clous correspondront toujours à des centimètres, quelle que soit la dimension de ces intervalles sur l'épreuve.

Le dispositif variera suivant la région considérée ; pour le thorax, par exemple, on place à la partie antérieure une grille composée de fils métalliques disposées suivant deux directions perpendiculaires, les fils étant distants d'un centimètre. A la partie postérieure on dispose une planchette sur laquelle sont enfoncés, de centimètre en

centimètre des clous qui, sur l'épreuve, donnent des points faciles à distinguer des entrecroisements donnés par les ombres des fils du réseau antérieur; ces deux réseaux doivent coïncider dans l'espace, les entrecroisements et les clous doivent se trouver sur la même verticale (1).

A la partie supérieure de l'épreuve on numérote, à partir de la ligne médiane, les traces fournies par les clous de la planchette inférieure; à la partie inférieure de l'épreuve, on numérote les images d'entrecroisement des fils; les lignes qui unissent les clous et les fils de même numéro limitent dans l'espace des intervalles d'un centimètre; on a ainsi les dimensions transversales d'un cœur, par exemple, ou bien on détermine la position d'un corps étranger.

Si on opère de même dans le sens transversal, on peut obtenir les dimensions verticales du cœur, ou bien on détermine une ligne qui, par son intersection avec la ligne antéro-postérieure, fixe d'une façon exacte la position du corps étranger.

Cette disposition peut être simplifiée, quand les dimensions à déterminer sont situées dans un même plan; par exemple, pour mesurer les déplacements du trochanter, par rapport à celui du côté opposé. Il suffit de placer deux règles dentées en centimètres, latérale et parallèlement aux fémurs, dans le plan déterminé par les deux os; on pourra dire, en traçant sur l'épreuve des lignes transversales passant par les dents, qu'un trochanter est placé deux ou trois dents au-dessus de l'autre, chaque dent correspondant à un centimètre.

Pour le détroit supérieur, et c'est là ce qui nous intéresse le plus, on place autour du bassin quatre règles formant cadre (Voyez fig. 1); une est placée transversalement entre la cinquième lombaire et les épines iliaques postérieures et supérieures (R P), et l'autre au niveau du bord supérieur du pubis (R A); les deux règles latérales sont dans le plan du détroit supérieur (2); si on place le tube de Crookes (T), la cathode parallèle au plan du détroit supérieur, sur le prolongement de la ligne ombilico-coc-

---

(1) Ces réseaux ont été construits par M. Chorretier, 54, rue Sainte-Hélène, Lyon.

(2) Ce cadre a été construit par M. Durillon, 8, rue des Archers.

cygienne, on obtient une image déformée du détroit, mais il est évident que les dents des règles ont subi les mêmes déformations que le bassin et qu'elles correspondent toujours à des centimètres (1).

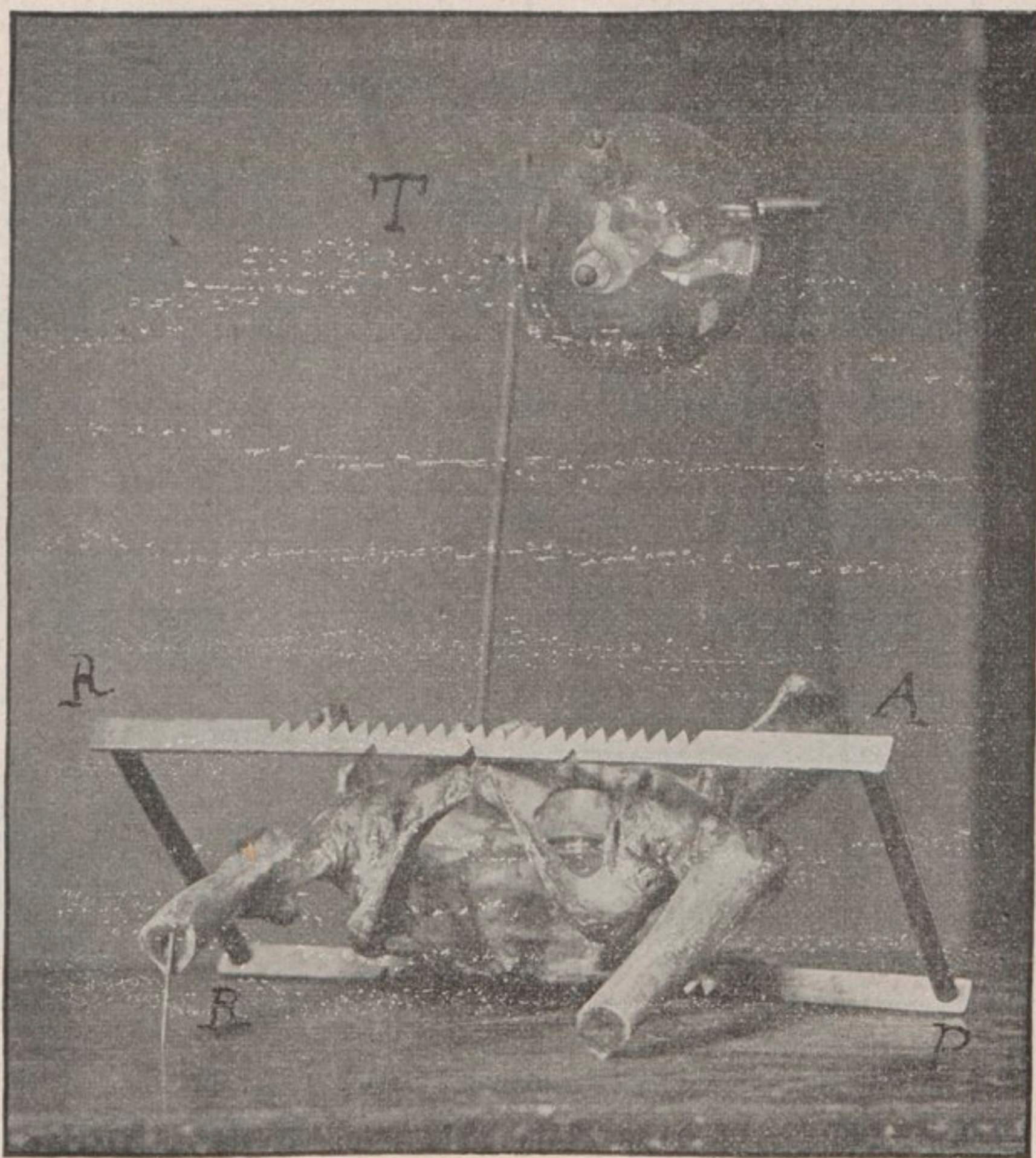


Fig. 1. — Dispositif employé pour obtenir des radiographies mesurables.

R A, règle antérieure; R P, règle postérieure; T, tube de Crookes.

---

(1) Voyez fig. 2, obtenue sur un bassin sec.

Je vous présente des épreuves obtenues de cette manière sur le vivant.

Cherchons à déterminer à quelle distance de la ligne médiane se trouve un point de la silhouette du détroit supérieur, par exemple le point qui est le plus éloigné de la ligne médiane qui correspond au transverse maximum; pour cela, il nous faut unir par une droite les dents de

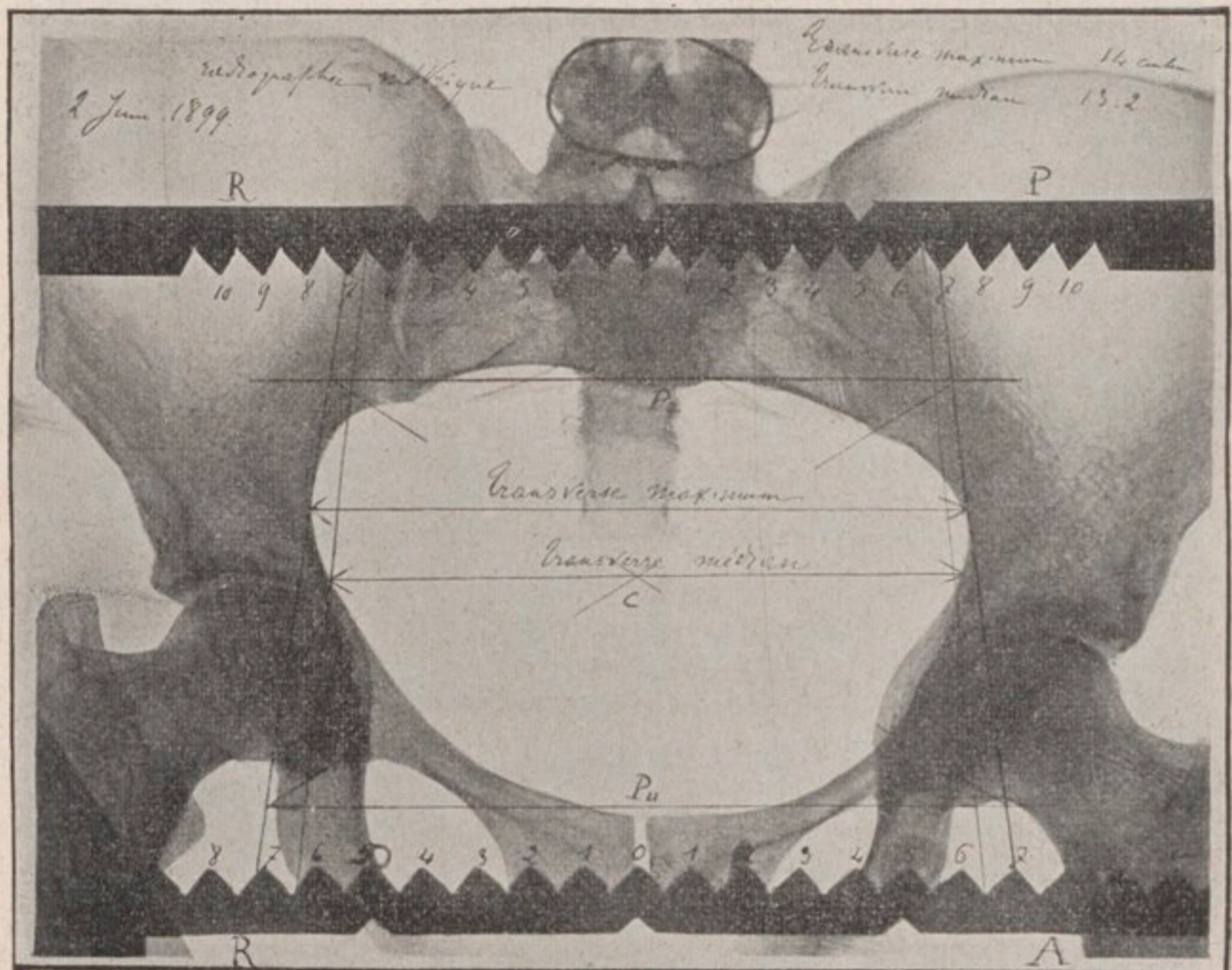


Fig. 2. — Radiographie obtenue avec le dispositif représenté dans la fig. 2 sur un bassin sec.

R A, image de la règle antérieure; R P, image de la règle postérieure; Pu, pubis; Pr, le promontoire; C, le centre du bassin, le transverse maximum a 14 centimètres, le transverse médian a 13 centimètres 2.

même ordre de la règle antérieure à des dents équidistantes de la règle postérieure; c'est la droite qui unit la 7<sup>e</sup> dent antérieure à la 7<sup>e</sup> dent postérieure qui passe par le point considéré, c'est que ce point était, dans l'espace, à 7 centimètres de la ligne médiane. En faisant la même construction du côté opposé de la ligne médiane, on

obtient les dimensions réelles du transverse maximum.

Les dimensions du transverse médian peuvent être déterminées par une construction facile à comprendre : on fait passer par le promontoire (Pr.), une ligne transversale, on trace une autre ligne parallèle, passant par le pubis (Pu), ces deux lignes coupent la ligne unissante de la 7<sup>e</sup> dent, par exemple, à droite et à gauche, en quatre points. En menant les diagonales de ce trapèze, on obtient le centre (C) du détroit supérieur; on n'a plus qu'à évaluer la longueur d'une transversale passant par ce point.

Si les extrémités des lignes à mesurer ne coïncident pas exactement avec les lignes unissantes, on divise chaque intervalle en dix parties; il suffit d'ajouter autant de millimètres qu'il y a de dixièmes dans le segment de ligne en surplus.

Les dimensions antéro-postérieures sont fournies par les lignes, qui unissent les dents des règles latérales.

Si, sur l'épreuve radiographique, on unit toutes les dents des règles opposées, on obtient un quadrillage irrégulier, mais qui, dans l'espace, correspond à un quadrillage dont les côtés ont tous un centimètre.

Pour avoir la forme réelle du détroit et les dimensions des obliques, il faut reporter sur du papier quadrillé au centimètre la courbe du détroit comme dans une mise au carreau; on corrige ainsi la déformation du détroit supérieur.

En opérant ainsi, on obtient des résultats beaucoup plus satisfaisants qu'avec la méthode que M. Varnier a exposée au Congrès de Moscou dans la séance du 20 août 1897 (*Annales de Gyn.*, 1897, p. 369). M. Varnier fait de la pelvimétrie par comparaison en se servant des silhouettes-étalons obtenues sur des bassins secs en se plaçant dans les mêmes conditions que pour les bassins radiographiés sur le vivant.

M. Varnier admet que l'on peut mesurer à 2 ou 3 millimètres près :

1<sup>o</sup> La distance des épines iliaques postérieures et supérieures.

2<sup>o</sup> La largeur du sacrum.

3<sup>o</sup> La distance de la crête épineuse lombo-sacrée aux épines iliaques postérieures et supérieures.

4<sup>o</sup> La distance du milieu du promontoire aux symphyses sacro-iliaques.

De plus, il obtient les dimensions transversales du

détroit supérieur en retranchant deux centimètres aux dimensions fournies par la radiographie.

Les résultats obtenus par notre méthode sont très approximatifs ; sur les régions postérieures, placées très près de la plaque, sur lesquelles les déformations sont peu considérables, l'erreur peut atteindre cependant un centimètre sur la mensuration de la largeur du sacrum ; plus on se porte en avant, plus les différences sont grandes. Cette méthode ne tient pas compte du degré d'obliquité du détroit, variable avec chaque bassin, et qu'il est difficile d'évaluer pour placer dans la même position le bassin sec.

Avec adjonction des règles dentées, l'épreuve radiographique porte avec elle son échelle, quelle que soit la position du tube, quel que soit le retrait du papier photographique sous l'influence du lavage.

Le résultat des recherches que je présente à la Société n'est pas complet ; bien des points de détail sont encore à étudier ; mais je les crois assez importants pour vous en signaler les applications multiples.

\*\*\*

## DEUX CAS DE PYLORECTOMIE

**M. Goullioud.** — Voici d'abord la première observation :

### OBSERVATION I

*Cancer de la petite courbure. — Résection annulaire de l'estomac, avec gastro-duodénostomie, suivant le procédé de Kocher. — Résection d'une languette hépatique.*

Mme G..., âgée de 46 ans, et mère de trois enfants, se présente une première fois à mon examen, en novembre 1897, se plaignant du ventre, des reins, de l'estomac, de maux de cœur et de quelques vomissements glaireux. A l'examen, je trouve une rétroversion, du relâchement de la paroi abdominale, un léger prolapsus du rein et du foie et un peu de clapotement.

En août 1898, elle se dit soulagée par son traitement : pessaire, sangle de Glénard, bicarbonate de soude.

En janvier 1899, Mme G... est plus souffrante ; elle se plaint de douleurs dans le flanc gauche ; mais elle prétend bien digérer. Je constate alors, à travers les parois amincies du ventre, deux petites grosseurs, l'une à droite, formée par un rein prolapsé, de forme un peu anormale, l'autre par une tumeur de l'hypocondre gauche. Celle-ci me donne l'impression d'un néoplasme au début. Je conseille donc à la malade d'entrer

dans mon service, à l'hôpital Saint-Joseph. Elle ne s'y décide que le 20 février.

A ce moment, elle se plaint de douleurs dans le flanc gauche et l'épigastre ; elle ne vomit jamais d'aliment ; elle a eu dernièrement deux vomissements aqueux sans importance : elle n'a jamais vomi de sang.

L'appétit est conservé, la digestion facile. Elle se sent lasse, sans force.

Localement, je retrouve la même tumeur, c'est-à-dire entre l'ombilic et le rebord costal gauche, sous le muscle grand droit, une petite masse indurée, légèrement mamelonnée douloureuse, paraissant tenir à la face profonde de la paroi. Au début, elle paraissait fixe ; plus tard, elle semble devenir plus mobile et tend à se cacher sous le rebord des fausses côtes. Un jour, je distingue deux masses, celle décrite ci-dessus, une autre adhérente à la première, sus-jacente et se perdant sous les côtes. (L'examen post-opératoire de la tumeur, présentant une adhérence à la paroi et une adhérence hépatique, a expliqué ces impressions).

Après cinq semaines de repos, la malade se dit très améliorée, mais sa tumeur n'a pas disparu. Il s'agit donc d'un néoplasme. La laparotomie est décidée.

*Opération*, le 25 mars 1899, avec les docteurs Laguaite et Rafin. Anesthésie à l'éther, puis au mélange de Billroth.

Incision de l'épigastre à l'ombilic, puis un peu au-dessous.

Je mets d'abord la main dans le ventre pour constater que la tumeur mobile du flanc droit est bien le rein. Le palper direct ne me laisse aucun doute. C'est lui.

Je m'attaque alors à la tumeur sus-ombilicale, que j'attire au dehors. Il s'agit d'une tumeur de l'estomac de la région pré-pylorique. On distingue en même temps une adhérence allongée à la paroi abdominale et une adhérence au bord du foie. Mais la tumeur paraît parfaitement opérable et je me décide pour une pylorectomie.

Je sectionne, entre deux pinces, l'adhérence à la paroi abdominale.

Puis je m'occupe de l'adhérence hépatique. Il faut réséquer une languette de tissu hépatique d'une certaine importance ; car un petit nodule blanc sur le bord du foie, à un centimètre et demi de l'adhérence à la tumeur, paraît suspect d'être un noyau de propagation. Je pince le bord du foie avec une pince languette et je sectionne la partie pincée aux ciseaux. Il en résulte une plaie du foie de 5 centimètres et demi de long et de 1 centimètre et demi de large. Pour faire l'hémostase, je fais un surjet au fil de soie, en prenant la capsule de Glisson. Le fil est trop fin ; plusieurs points déchirent le foie. Sa surface saigne modérément. Je dois seulement faire deux ligatures médiates, en prenant, par une ligature en U, la partie du foie qui donne le plus fort suintement. Un peu de compression par des compresses achève de le tarir.

Je perfore ensuite les deux épiploons sur les bords de

l'estomac, au niveau de la tumeur, le long de la petite et de la grande courbure et je mets sur l'estomac deux pinces intestinales de Doyen, à peu près vers la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, et je sectionne aux ciseaux entre elles.

Section de l'épiploon gastro-colique, à peu près à égale distance entre l'estomac et le côlon, de façon à enlever de petits points indurés, lobules graisseux indurés ou petits ganglions. Deux ou trois ligatures.

Même manœuvre du côté de l'épiploon gastro-hépatique, dont on résèque une partie.

Je place alors deux pinces de Doyen sur le duodénum, au-dessous de la tumeur. Une traînée indurée le long de la petite courbure me les fait porter le plus loin possible sur la partie isolée. Ma seconde section a pris un peu obliquement le pylore, dont l'épaississement apparaît sur la coupe. Il s'agit donc d'une tumeur de la petite courbure et non du pylore.

Je ferme complètement la plaie de l'estomac par trois surjets. Quelques ligatures sur les épiploons, après l'ablation des pinces de Doyen.

J'allais commencer à fermer l'orifice duodénal, avec l'idée de faire ensuite une gastro-entéro-anastomose, quand je pense préférable d'anastomoser le bout duodénal sur la face postérieure de l'estomac, que je puis amener facilement au contact. Je prends donc, avec une pince de Doyen, un large pli de la face postérieure de l'estomac. Anastomose duodéno-gastrique, maintenue par trois plans de suture, suivant la technique de Roux, de Lausanne, pour l'anastomose en Y.

A cause d'un léger suintement, je mets un drain entre le foie et l'estomac.

Occlusion de l'abdomen, par trois plans de suture.

A la fin de l'opération, on commence l'injection d'un litre de sérum. Celle-ci a duré près de deux heures.

*Examen de la pièce* — La pièce enlevée représente un segment annulaire de l'estomac, portant à sa partie supérieure une masse du volume d'une petite mandarine. Celle-ci est formée de plusieurs lobules, réunis ensemble et infiltrés dans la paroi. A sa partie supérieure vient s'attacher une languette hépatique, dont la coupe rétractée a 4 centimètres et demi, et qui présente un petit noyau isolé suspect.

Au même point aboutissait une adhérence pariétale.

La partie enlevée de l'estomac a, au niveau de la tumeur, de 8 à 9 centimètres, et au niveau du côté sain, de 5 à 6 centimètres.

La tumeur sectionnée, on comprend qu'il n'y ait eu aucune sténose, la tumeur restant limitée à la petite courbure.

Du côté de la cavité gastrique, on reconnaît une ulcération, longue de 2 à 3 centimètres, large d'un centimètre. Elle correspond vaguement au centre de l'induration lobulée. Sur la coupe d'un de ces lobules, épais d'un centimètre et demi environ, on distingue deux couches : l'une, externe, grise; l'autre interne, plus blanche.



Pas de ganglions bien typiques, mais de petites indurations suspectes dans les lambeaux épiploïques.

Je dois à l'obligeance de M. le docteur Bret l'examen histologique de la pièce ; il s'agit d'un cancer colloïde de l'estomac, développé en dehors de la muqueuse, en grande partie intacte et ayant envahi le chorion et la tunique musculaire. Cette tumeur présente une tendance très nette à se développer excentriquement.

Les suites opératoires ont été très simples, celles d'une laparotomie ordinaire, malgré un peu de température, les trois premiers jours.

Le soir de l'opération, T. R. 38°2 et pouls à 84. Une injection de sérum de 1 litre.

Le 26, T. R. 38°2 et 39 ; pouls à 104. Deux litres de sérum et du champagne par cuillerées. Des gaz, le soir ; pas de vomissements.

Le 27, T. R. 39° et 39°2 ; pouls à 88. Une selle après absorption de 10 gr. d'huile de ricin. Lait, bouillon, champagne.

Le 28, T. R. 38°6 et 38°5 ; pouls à 80.

Les jours suivants, la température arrive à la normale. Alimentation progressivement plus abondante.

Le dixième jour, ablation des fils et du petit drain.

Mme G..., deux mois et demi après son opération, va très bien ; elle digère comme à l'état de santé, n'éprouve aucun malaise, est délivrée de ses douleurs épigastriques, va normalement à la selle, a pu reprendre ses occupations habituelles.

Son poids de 47 kil. est monté à 49. La malade n'était, d'ailleurs, que très peu amaigrie quand elle a été opérée.

## OBSERVATION II

*Sténose néoplasique absolue du pylore. — Pylorectomie suivant le procédé de Kocher. — Désunion tardive de la suture abdominale. — Réintégration des intestins et suture. — Guérison avec convalescence compliquée.*

Le nommé J. G..., âgé de 32 ans, m'est adressé, le 1<sup>er</sup> avril 1899, d'urgence par les docteurs Laurent, de Roanne, et Duret, de Mayet-de-Montagne. Ce malade rejette tout ce qu'il prend et n'est plus soutenu que par des lavements alimentaires.

Sa mère serait morte d'une affection cancéreuse abdominale.

A l'âge de 16 ans, il aurait déjà souffert de l'estomac. Cependant, il s'est bien porté jusqu'à l'âge de 27 ans, c'est-à-dire jusqu'à il y a cinq ans. A cette époque, dit le malade, à la mort de sa mère, il devint dyspeptique et il fut soigné pour une « dyspepsie nerveuse ». Une saison à Vichy l'améliora. Il continua à faire un usage fréquent du bicarbonate de soude pour des douleurs épigastriques. Il ne paraît pas avoir fait d'excès alcooliques.

Le 19 novembre 1898, à la suite d'un repas copieux, il eut une hématomérose inopinée : c'était la première. Le docteur Duret institua un traitement approprié, à la suite duquel

l'état du malade s'améliora pour quelques semaines ; puis les vomissements recommencèrent, très fréquents. Ils furent, à plusieurs reprises, sanguinolents ou noirs, pendant que les selles devenaient mélaniques. En même temps les forces du malade déclinaient rapidement. Il aurait maigri de près de 35 kilogs ayant été très gros et étant réduit à une extrême maigreur. Ni hématemèse, ni mœlena depuis la fin de janvier. Le malade est soumis aux lavages d'estomac et alimenté par des lavements alimentaires toutes les trois heures.

On lui fait, à son arrivée à l'hôpital, une injection de sérum de 1,400 gr. tant il paraît faible et amaigri, sans être cachectique et, à son teint, on pourrait admettre le diagnostic de sténose cicatricielle du pylore avec lequel il nous arrive.

Nous l'observons, à l'hôpital, deux jours, les 4 et 5 avril.

Ce qui frappe, c'est l'abondance des vomissements. Le malade, en proie à une soif vive boit beaucoup : du lait, du bouillon, de l'eau d'Evian. Les vomissements remplissent en 24 heures une cantine de 4 litres. Les urines, par contre, sont très réduites : 600 gr. le premier jour (il avait eu une injection de sérum de 1,400 gr.) et 300 gr. seulement le second.

Elles sont très concentrées, non albumineuses. Selles abondantes en très grande partie formées par les lavements alimentaires incomplètement absorbés.

La langue est rouge, desquamée. Le ventre est retracté en bateau ; l'estomac est logé sous les côtes, on ne le sent pas à la palpation ; quand il est distendu, la région épigastrique paraît tendue, soulevée par lui, mais le ventre reste en bateau dans son ensemble. En percutant le creux épigastrique, on devine les contractions péristaltiques sous la peau tendue.

Le malade, très affaibli et amaigri, est alité. Il n'a pas d'œdème des jambes. Le 4 avril, peut-être sous l'influence de son transport à l'hôpital, il a eu  $39^{\circ}2$  ; puis la température est redevenue normale et même au-dessous de la normale avec une température un peu plus faible le soir que le matin.

Un examen chimique des vomissements donne : liquide filant tenant en suspension des particules alimentaires d'odeur peu accentuée, plutôt fadasse, virant vite au rouge par le papier bleu de tournesol, par conséquent acide. Pas d'acide chlorhydrique libre ; la réaction de Gunsbourg est négative ; pas d'acide lactique ; la réaction du vert brillant est nulle. Acidité totale rapportée à HCl = 1,642. Pendant l'insufflation, la grande courbure affleure l'ombilic.

Opération le 6 avril 1899, avec les docteurs Laguaite et Rafin. On fait un lavage de l'estomac avant l'opération, parce que le malade en a l'habitude. Anesthésie à l'éther, sans incident.

Incision élevée, l'estomac étant, chez ce malade, très élevé et, pour ainsi dire, intra-thoracique. Le pylore, palpé, est épaissi régulièrement ; il forme un cylindre rigide de 4 centimètres environ et on hésite, en se demandant s'il est cicatriciel ou néoplasique. Il ne présente ni adhérence, ni ganglion. Me rappelant un pylore qui m'avait donné les mêmes sensations, cas dans lequel l'évolution de la maladie, après la gastro-

entérostomie, a montré un cancer, je me décide à la pyloroc-tomie et me propose de faire une gastro-duodénostomie, suivant la méthode de Kocher, comme chez la précédente malade.

Je libère le pylore, en sectionnant la partie correspondante des épiploons entre des pinces languettes.

Je sectionne ensuite l'estomac entre deux grandes pinces intestinales de Doyen. Je ferme la plaie de l'estomac, par un triple surjet à la soie fine.

Du côté du duodénum, je place de même deux pinces de Doyen et je sectionne l'intestin entre elles.

Pour l'abouchement du duodénum sur la face postérieure de l'estomac, j'ai pris un large pli de celle-ci avec une pince de Doyen.

L'estomac n'est ouvert qu'après la pose d'un surjet séro-séreux et d'un séro-musculaire postérieur entre le duodénum et l'estomac ; troisième surjet muco-muqueux, etc.

On fait ensuite l'hémostase des épiploons et, outre la ligature des pédicules constitués, on doit poser quelques fils sur des artérioles.

On ferme la paroi abdominale par trois plans de suture, avec du catgut chromique, en laissant une petite mèche de gaze iodoformée, qui va au contact du bord inférieur de la suture duodéno-gastrique.

L'opération a duré 1 h. 3/4 et on a fait une injection de sérum pendant celle-ci. L'opération s'est prolongée, parce que la pose des premiers fils entre l'estomac et le duodénum a été très pénible, par suite du peu de mobilité de l'extrémité duodénale.

*Examen de la pièce.* — Cette pièce, très intéressante, montre une sténose complète du pylore. M. le D<sup>r</sup> Leclerc, présent à l'opération, a reconnu, sur la pièce fraîche, qu'on ne pouvait passer qu'une sonde cannelée, celle-ci, d'ailleurs, ne traverse pas un diaphragme, mais un long cylindre induré. Du liquide déposé sur la cupule formée par la partie de l'estomac enlevée, ne s'écoule pas. Il n'y avait donc pas rétrécissement et spasme, comme c'est le cas le plus fréquent, mais une véritable sténose infranchissable.

La partie enlevée a, sur son bord le plus long, correspondant à la grande courbure, huit à neuf centimètres et, sur son bord le plus petit, 5 centimètres 1/2. Elle se compose d'une partie stomacale et d'une partie duodénale et pylorique. Sur la partie stomacale, on reconnaît, dans le fond, une cicatrice étoilée qui se continue avec le point rétréci.

La portion pylorique est un cylindre de 4 cent. qui forme le pied de la cupule stomacale.

Quand on l'incise dans le sens de la longueur, on arrive à ce qui reste de la lumière de l'ancien pylore, c'est-à-dire un espace virtuel laissant passer une sonde cannelée et où la muqueuse présente de petits bourgeons très friables, très peu développés d'ailleurs.

Au-dessous de la muqueuse, couche épaisse de 10, 12, 13 mil-

limètres, blanc grisâtre, où l'on distingue deux couches différemment teintées, formant une virole. La pièce en main, on se demande encore qu'elle est la nature du tissu épais et, volontiers, on concluerait à la nature cicatricielle. Cependant la muqueuse n'est pas absolument saine.

L'examen histologique a révélé la nature nettement épithéliale de l'affection. Sur un fragment examiné, on ne peut retrouver, en aucun point, de muqueuse saine. Infiltration par de grandes cellules épithéliales. Diagnostic : épithélioma.

Le soir de l'opération, shock combattu par les injections de sérum (trois litres le premier jour) et par l'absorption d'un peu de champagne. T. R. 36° 4; pouls 120.

Le 7 avril, état inquiétant à cause de la rapidité du pouls à 130, et un peu de dyspnée. T. R. 38° 8 et 39° 4; quelques vomissements noirs; gaz, le soir. Encore quatre litres de sérum, quelques boissons.

Le 8 avril, le malade est mieux, calme, sans douleurs. Pouls bien compté à 124 le matin, 130, le soir. T. R. 38° 8 et 39° 2. 10 grammes d'huile de ricin provoquent plusieurs selles.

Le 9 avril et les jours suivants, le malade est bien. La température et le pouls s'abaissent. Le malade s'alimente. On suspend le sérum, auquel on attribue un peu de bouffissure de la face et de l'œdème des jambes. La dose était de trois à quatre litres par jour. La miction est abondante : 2 litres 300.

Le 16 avril, le malade est bien, température normale, pouls à 108. Le malade se nourrit et va bien à la selle. On enlève les fils de la suture cutanée. On remarque que le pansement est un peu mouillé, qu'un point n'a pas tenu et qu'une petite frange épiploïque a glissé à côté de la mèche de drainage. On change celle-ci. La réunion est normale sur le reste de la suture.

Le lendemain matin, 17 avril, le malade dit avoir un peu souffert et l'on constate avec étonnement que le pansement est complètement mouillé par un liquide légèrement hémattique. En défaisant le pansement on voit qu'une anse intestinale est herniée. Le malade légèrement anesthésié, le docteur Rafin qui me remplace, remarque que toute la plaie se désunit. Il enlève des fragments de catgut, lave avec du sérum les anses intestinales d'une teinte rosée normale, et refait une suture avec des fils métalliques, prenant toute l'épaisseur de la paroi. Cette suture est difficile à cause de la friabilité des tissus et de la tension des parois. Deux petites mèches de drainage. Le malade est, à ce moment, dans un état inquiétant; pouls petit à 140. Injections de caféine et de sérum.

Le lendemain, 18, malgré un pouls rapide entre 120 et 140 une température de 37° 8 et 39° 2, le malade ne souffre pas et paraît assez bien.

Les jours suivants gaz, puis selles. Retour à la température normale, sans vomissements.

Les suites opératoires sont ensuite compliquées d'accidents divers : du 25 au 28, quelques vomissements qui cessèrent dès ablation du petit Mikulicz.

Puis ce sont des accidents cérébraux : une nuit, le premier mai, le malade prend une véritable crise délirante. Enfin, ce sont des eschares qui à deux reprises, déterminent de la fièvre. On lève le malade. Il est dans un état qui rappelle celui des convalescents de fièvre typhoïde grave.

Au moment de son départ, 6 juin, deux mois après son opération, il est encore très amaigri, quoiqu'il mange beaucoup, fasse de nombreux repas et digère bien.

Son état cérébral est particulier ; ce n'est pas de la folie post-opératoire, mais de l'affaiblissement cérébral, tel qu'après les fièvres prolongées. Légère contracture des membres inférieurs ; parésie des muscles de la jambe et du pied ; plaque d'anesthésie sur la face dorsale du pied. Les réflexes sont difficiles à apprécier à cause de l'état de contracture. Le crémasterien est conservé. Aucun trouble du côté des membres supérieurs. Le pouls est rapide, entre 120 et 130.

Bref, le malade part cicatrisé, digérant bien, mais menacé d'une longue convalescence, non sans dangers.

Ces deux observations renferment de nombreux enseignements qui m'ont fait vous les présenter.

C'est d'abord le contraste entre l'opération faite hâtivement et l'intervention d'urgence chez un malade arrivé au dernier degré de l'émaciation. Chez la première malade la lésion est au début ; son siège sur la petite courbure ; la flaccidité des parois abdominales et la ptose viscérale l'avaient fait découvrir très vite. Puis, la lésion ne siégeant pas sur un des orifices gastriques, la digestion n'avait pas été sérieusement troublée et la nutrition en travée.

Chez le second malade, au contraire, la région pylorique sténosée ne laissait plus passer aucun aliment et, probablement, aucun liquide ; aussi rapidement le malade était-il arrivé à un degré de maigreur et d'affaiblissement exceptionnel.

Mais aussi, quel contraste chez ces deux malades, au point de vue des suites opératoires !

Chez la femme, les suites ont été simples et telles qu'on les voit habituellement à la suite de la plupart des laparotomies.

Chez l'homme, tardivement opéré, le choc opératoire est grave, quoique nous ayons pu en triompher, grâce à l'emploi généreux du sérum artificiel. Alors que la réunion de la plaie abdominale paraît parfaite, une désunion brusque se produit le lendemain du jour où on enlève les fils métalliques ; le malade a été incapable de faire une réunion solide de sa plaie. Il guérit de cette seconde épreuve, mais ne se relève qu'avec peine. Son cerveau

est affaibli et, s'il garde le souvenir précis des choses passées, il paraît actuellement incapable d'enregistrer de nouveaux faits, de graver de nouveaux noms dans sa mémoire. Il présente aux membres inférieurs ces lésions qu'on voit dans les maladies graves et longues qui, sans arrêter la vie, sont une épreuve trop forte pour le système nerveux central ou périphérique. Puis ce sont des escarres qui, à plusieurs reprises, font courir de nouveaux risques au malade. Cependant il mange beaucoup et digère bien. Il est donc probable que sa guérison ne sera qu'affaire de temps.

Chez nos deux malades il s'est agi d'une forme spéciale de tumeur de l'Estomac. L'aspect et les coupes de mes pièces rappelaient beaucoup les pièces des tumeurs stomacales enlevées par Hartmann et reproduites dans la « Chirurgie de l'estomac », de Terrier et Hartmann. Il semble qu'il s'agisse, là, d'une forme sténosante, fibreuse, peut-être particulièrement favorable à la chirurgie. Nous en laissons l'appréciation à la plume plus autorisée de M. le Dr Bret, qui a eu l'amabilité d'étudier nos pièces. A la suite de leur étude et de l'examen antérieur de faits analogues, il a été frappé des caractères tant histologiques qu'évolutifs de ce genre de cancer. Il doit en publier prochainement une étude.

Dans les deux cas, nous avons employé la méthode de Kocher, c'est-à-dire qu'après avoir enlevé la tumeur, pylorique ou pré-pylorique, et après avoir fermé complètement l'ouverture stomacale, nous avons abouché le duodénum sur la face postérieure de l'estomac. Dans les deux cas, nous avons eu à nous louer de cette méthode sûre et plus simple que la pylorectomie avec occlusion de l'estomac et du duodénum, combinée avec la gastro-entérostomie.

Mais, tandis que son application a été facile dans le premier cas, où l'ablation portait presque exclusivement sur l'estomac, elle a été difficile, pénible, dans le deuxième cas, où l'exérèse avait supprimé environ 4 centimètres du duodénum. Même remarque a, d'ailleurs, été faite par d'autres chirurgiens et elle est nettement indiquée par MM. Terrier et Hartmann.

Notre première observation est un cas-type de tumeur de la petite courbure et de résection annulaire de l'estomac.

Une bonne part de son intérêt tient à l'adhérence hépatique. Trouvant sur le bord adhérent du foie un petit noyau suspect, nous n'avons pas hésité à enlever une

languette hépatique. L'hémostase n'a pas été difficile : un surjet de toute la surface sectionnée, puis quelques ligatures médiales en U ont suffi.

En nous en rapportant à la thèse récente et si complète de Urbain Guinard, ce cas de guérison d'une excision d'un fragment hépatique dans un cas de pylorectomie, serait presque unique. M. Guinard ne cite, en effet, qu'un cas analogue de Lindner. Ce chirurgien put réséquer sans inconvénient un morceau de foie adhérent dans un cas de tumeur bénigne de l'estomac.

« On sait, dit-il, que Kocher enleva, en même temps qu'une tumeur, tout le lobe gauche du foie, et Billroth une languette du bord du foie longue de deux centimètres. Les deux opérés moururent, l'un d'hémorragie, l'autre de péritonite. Ces exemples n'ont pas été suivis. On s'est contenté de détacher des adhérences pas trop étendues, ce que firent Jaboulay et Alsberg.

« Au point de vue opératoire, ces adhérences pourraient aujourd'hui être divisées en deux classes : celles de la face inférieure du foie que l'on ne doit détacher qu'autant que la chose est aisée, et celles qui intéressent un de ses bords ; quand ces dernières sont intimes, mais peu étendues, on pourrait, sans inconvénient, recourir à la résection du rebord hépatique, ainsi que l'a fait Billroth, mais sous le couvert des ligatures enchaînées que nous ont fait connaître Kansuetzoff et Pensky, Terrier et Auvray. »

Nous ne pouvons que nous associer à ces remarques.

Notre seconde observation, outre l'intérêt de cette sténose si rapide et si complète du pylore chez un homme de 30 ans, nous a présenté une complication du plus grand intérêt pratique ; nous voulons parler de la désunion de la suture abdominale le onzième jour, le lendemain du jour où l'on avait enlevé les fils de la suture cutanée et où l'on avait constaté une réunion par première intention.

Nous étions cependant prévenu de la possibilité de cet accident en chirurgie de l'estomac, chez des gens très amaigris. Roux, de Lausanne, a, en effet, perdu un malade des suites de cet accident, survenu tardivement, et a insisté sur ce danger dans son article sur la gastro-entéro-anastomose en Y.

Nous avons, chez notre malade, fait trois plans de suture : un surjet séreux, un surjet sur la couche aponevrotique avec points séparés pour empêcher la faille de se produire, si notre surjet cédait en un point. Ces deux surjets avaient été faits au catgut chromique fin,

mais à résorption lente; des points métalliques séparés, réunissaient la peau.

Cet accident s'explique aisément, par la minceur de la paroi, réduite à quelques millimètres, la tension du ventre rétracté en bateau et surtout la faible vitalité des tissus chez ces malades faméliques.

Opérant dernièrement chez un sujet presque également amaigri à qui nous faisons une gastro-entéro-anastomose, nous avons mis des points séparés métalliques, réunissant toute la paroi et nous avons ajouté des points séparés au catgut sur la couche aponévrotique et des points métalliques superficiels sur la peau. Roux, de Lausanne, prend la précaution d'ajouter au surjet au catgut de la couche aponévrotique des points séparés non résorbables au fil de soie.

Nous avons jadis vu un accident analogue, quoique différent, se produire à la suite de deux gastro-entéro-anastomoses, alors que nous n'employions pas encore le procédé en Y.

Un matin, alors que le malade allait bien, vers le quinzième jour, nous avons la surprise de trouver un pansement absolument inondé de liquide. Une ascite était survenue après l'opération et le liquide s'était fait jour à travers la ligne de suture.

La première fois notre surprise fut grande et la fistule s'infecta, d'où une péritonite à lente évolution, qui emporta le malade le trentième et unième jour.

La deuxième fois, le même accident se reproduisant, nous prîmes d'extrêmes précautions pour que cette fistule, créée par le liquide ascitique, ne fût pas le point de départ d'une infection péritonéale. Nous dûmes réséquer un lambeau épiploïque, sorti sous la poussée du liquide. Cependant l'infection fut empêchée, la sécrétion ascitique se tarit et la plaie se ferma définitivement.

Chez le malade dont nous présentons aujourd'hui l'observation, la désunion de la suture abdominale, peut-être par le même mécanisme, fut vite reconnue.

L'intestin avait été protégé contre l'infection par le pansement et put être réintégré sans péritonite.

La pièce que nous a fournie ce malade est une preuve convaincante de ce fait connu que beaucoup de cancéreux de l'estomac meurent de faim, uniquement de leur sténose pylorique, alors qu'ils sont encore opérables et que leur tumeur n'est ni adhérente ni accompagnée de métastases viscérales. Chez ces malheureux, l'indication opératoire est hors de conteste.



Mais est-ce à une anastomose ou à une exérèse que l'on doit s'adresser ? Chez un précédent malade nous avons trouvé un pylore sténosé et également opérable. Un peu indécis sur la nature de la lésion et encore peu familiarisé alors avec la chirurgie de l'estomac, nous avons préféré faire une anastomose, suivant le procédé en Y de Roux, de Lausanne, et nous avons eu l'honneur de vous présenter le malade. Le résultat fut remarquable et se maintint parfait pendant dix mois. Nous venions d'apprendre le retour de troubles digestifs chez cet opéré, quand se sont présentés à nous les deux cas que nous publions. Ne voulant pas éprouver le même mécompte, nous n'eûmes pas d'hésitation à préférer la pylorectomie qui nous donnait l'espérance d'une guérison plus durable.

Mais on ne saurait trop répéter que, pour obtenir ce résultat que les Allemands nous ont appris n'être pas illusoire, il faut des diagnostics précoces et des opérations hâtives.

\*\*\*

#### NOMINATION DE MEMBRES CORRESPONDANTS

MM. Battut, Marcus et Ruotte sont élus membres correspondants à l'unanimité des vingt-deux votants.

---

*Séance du 15 juin 1899.* — Présidence de M. FOCHIER

---

**M. Albertin** lit le procès-verbal de la séance du 8 juin 1899. Le procès verbal est adopté.

\*  
\* \*

#### DES RAPPORTS ENTRE L'OBJET RADIOGRAPHIÉ ET L'IMAGE RADIOGRAPHIQUE

**M. Fochier**, à propos de la communication faite à la dernière séance sur la possibilité d'arriver à une exactitude de rapport entre un objet et sa radiographie, montre d'abord quelle est actuellement la déféctuosité de la radiographie. Il présente à ce sujet un objet et sa radiographie. On ne pent, par l'interprétation directe, ne tirer que des

renseignements vagues des ombres radiographiques. Avec le procédé de M. Fabre, on arrive à établir la forme exacte de l'objet sur la radiographie.

Il montre un appareil qui permet la détermination exacte d'un point dans l'espace par rapport aux trois dimensions.

Des expériences démonstratives seront continuées sur la détermination des corps étrangers dans les tissus. Cette découverte ouvre un nouvel avenir pour la radiographie. Le procédé est simple, il suffira de résoudre quelques points de détail pour obtenir d'excellents résultats.

**M. Condamin** apporte un fait à l'appui de la difficulté de la recherche des corps étrangers dans les tissus : une jeune fille s'était, après une chute, introduit au niveau du sein gauche une pointe d'aiguille. Elle souffrait ; dans le but d'intervenir, il fit faire une radiographie, il opéra en se guidant sur celle-ci, il ne trouva pas le corps du délit.

Croyant qu'il avait mal interprété la radiographie, il fit venir M. Destot pour lui faire interpréter la radiographie pendant qu'il opérerait.

M. Destot avait fait deux radiographies, cependant il ne trouva pas la pointe d'aiguille. Il plaça deux gros fils dans la plaie, fit faire une nouvelle radiographie, les fils devaient servir de point d'indication.

Une nouvelle tentative demeura sans résultat. Il y a quatre ou cinq jours, l'aiguille est sortie spontanément.

**M. Vallas** considérait auparavant la radiographie comme inutile dans la recherche des corps étrangers ; il l'employait pour s'assurer seulement que le corps étranger était bien dans les tissus.

En effet, on peut se rendre compte qu'une aiguille est dans le doigt en palpant celui-ci ; ce procédé est illusoire quand le corps siège dans les éminences thénar ou hypothénar.

Mais la possibilité de déterminer le siège du corps étranger par rapport aux trois dimensions devient importante.

**M. Nové-Josserand** a, comme ses collègues, connu l'insuccès en cherchant les corps étrangers avec l'aide d'une épreuve radiographique.

Il en citera deux exemples assez typiques : dans le premier, il s'agissait d'un enfant qui avait une épingle dans la région du coude, il fit pratiquer deux radiographies, dans deux plans différents ; il ne put néanmoins arriver

sur le corps étranger ; dans le deuxième cas, c'était une balle qui avait pénétré dans le creux poplité, la radiographie la montrait à la face postérieure du fémur, dans un endroit facile à réparer. Elle semblait au niveau de l'interligne articulaire, sur la capsule.

Malgré un large débridement et une minutieuse recherche, le résultat fut négatif.

Le procédé indiqué par M. Fochier est appelé à rendre de grands services dans ce genre de recherches, mais il faudrait qu'il pût déterminer le siège du corps par rapport à un plan anatomique. Car la détermination mathématique du siège du corps par la radiographie peut aboutir à un résultat négatif, si dans la recherche pratique, on se trompe de quelques millimètres.

**M. Fochier.** — Il sera possible de déterminer le siège d'un corps étranger intra-thoracique par rapport à un point d'une côte. Sur les radiographies actuelles le gril costal ne donne pas une idée du gril costal réel. La déformation est considérable. M. Destot ne croyait pas que la radiographie donnât à ce point une représentation anatomique défectueuse.

Le principe de la reconstruction vraie est trouvé, il n'y a que quelques détails à ajouter.

\*\*\*

#### PÉRITONITE TUBERCULEUSE SUPPURÉE AVEC GAZ

**M. Bérard** rapporte un cas d'abcès tuberculeux du péritoine avec gaz, qu'il a eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Poncet.

La malade, âgée de 36 ans, mère de quatre enfants, dont un mort en bas-âge de méningite, présentait comme antécédents pathologiques une pleurésie double, survenue il y a deux ans sans cause apparente ; épanchement séreux d'abord à droite, puis à gauche. Depuis cette époque, elle s'enrhumait facilement, mais n'avait jamais eu d'hémoptysies.

L'hiver dernier, l'affection actuelle débuta par de vagues douleurs dans le ventre ; en même temps les digestions devenaient pénibles, les selles irrégulières, avec des périodes de constipation de cinq à huit jours. Puis l'abdomen augmenta progressivement de volume, au point de gêner le port du corset.

En quinze jours, le ventre était devenu presque aussi gros qu'il l'est actuellement, mais le repos au lit, avec

application de cataplasmes firent rétrocéder ces accidents dans des proportions notables, et le malade put même reprendre ses occupations; mais le moindre effort ramenait dans le bas-ventre des élancements avec irradiation vers les lombes et le creux épigastrique.

Il y a quinze jours, une poussée aiguë se produisit brusquement: douleurs spontanées abdominales, température, nausées et, pendant quatre, cinq jours, diarrhée, suivie d'une constipation rebelle aux lavements, et d'un ballonnement considérable.

Actuellement le ventre est tendu à peu près uniformément, sa palpation détermine une douleur diffuse, mais ne révèle aucune marque ou aucune plaque péritonéale. A la percussion, tympanisme généralisé, sauf dans la fosse iliaque gauche où l'on trouve de la matité aux points déclives, dont les changements de position de la malade ne modifient pas les limites.

Au toucher, l'utérus est très mobile; les culs-de-sacs souples, non douloureux.

La température, à l'entrée, est de 40°2, la dyspnée assez considérable, mais par refoulement du diaphragme par les anses distendues. L'auscultation, cependant, révèle des lésions pulmonaires, craquements aux deux sommets, augmentation des vibrations et râles fins dans toute la hauteur du poumon droit.

A cause des antécédents, de l'intégrité des annexes et des lésions pulmonaires existantes, on pose le diagnostic de péritonite tuberculeuse avec épanchement ascitique cloisonné et obstruction incomplète des intestins par brides.

Deux jours après, M. Bérard pratique la laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'incision de la paroi s'échappe une grande quantité de gaz d'odeur d'hydrogène sulfuré, puis environ deux litres de pus mal lié et grumeleux d'odeur tout particulièrement fétide. On reconnaît alors que cette collection suppurée gazeuse se trouvait limitée en arrière par une véritable paroi continue tapissée de bandes fibrineuses constituées en haut par le grand épiploon, en bas par des adhérences épaisses qui tapissent tous les viscères et ne permettent de distinguer aucune anse intestinale.

Cette cavité est asséchée avec de gros tampons, on ne trouve en aucun point de perforation ou de trajets conduisant dans une cavité secondaire. Drainage à la Mickulicz.

A la suite de cette intervention, la température cède

quelque peu, mais sans s'abaisser notablement ; au bout de trois ou quatre jours, la courbe oscille à nouveau entre 38°5 et 40°. Comme la plaie donne des quantités considérables de pus et que la cavité ne semble pas se restreindre, pour être bien sûr que la fièvre n'est pas due à la rétention, M. Bérard pratique, au bout de douze jours, sous anesthésie légère, un drainage abdomino-vaginal, avec un gros drain et des mèches de gaze iodoformée.

Pas d'amélioration consécutive, pas d'abaissement thermique. L'auscultation révèle des lésions diffuses des deux poumons ; la malade succombe le 28 mai 1897, c'est-à-dire un mois après l'opération.

A l'autopsie on trouve, en arrière de cet abcès péritonéal, parfaitement cloisonné de toutes parts, des lésions de péritonite tuberculeuse à évolution fibreuse avec rares tubercules, mais avec adhérences en masse de toutes les anses. Pas de tuberculose des organes génitaux ni de l'intestin, qui ne présentent aucune ulcération récente et aucune cicatrice pouvant faire supposer, à un moment donné, une perforation intestinale dans l'abcès. Aux deux poumons, lésions de tuberculose ancienne, avec poussées granuleuses récentes des deux côtés.

En somme, il s'agissait bien d'une péritonite tuberculeuse, mais avec suppuration dans une grande cavité cloisonnée, séparée nettement de l'intestin, et remplie partiellement de gaz.

De tels faits sont rares dans la tuberculose du péritoine en dehors des cas à évolution ulcéro-caséuse avec perforation d'une anse intestinale. Il doit s'agir, sans doute, d'une infection secondaire dans un épanchement ascitique par les microbes de l'intestin, car l'examen du pus y a révélé la présence du *Bacillus coli* et de nombreux microbes parasites de l'intestin. Ce doit être l'association de ces microbes saprophytes, en particulier du *Bacillus coli* avec celui de la tuberculose qui a déterminé la production du pus avec gaz. Il est peu vraisemblable, étant donné l'isolement de l'intestin par des fausses membranes épaisses, qu'il s'agisse d'une simple osmose des gaz intestinaux.

**M. Vallas.** — Il y a des productions de gaz dans certains abcès, quand il s'agit du péritoine, le voisinage de l'intestin laisse des doutes sur le mode de production, ils ont pu arriver dans la séreuse par perforation et transsudation. Associés ou non, il doit y avoir des microbes producteurs de gaz. Il a vu, dans le service de M. Bonnet, un malade atteint de pleurésie purulente dont la ponction

donna du pus et des gaz. Comme la température ne s'abaissait pas, il fit une large pleurotomie et mit un drain dans la plèvre. Il se développa de l'emphysème autour de la plaie, et un abcès gazeux de la paroi thoracique, de même nature, sans doute, que la pleurésie. Le malade mourut brusquement. Le péricarde contenait du pus, mais on n'avait pas constaté, en l'absence de paracentèse, s'il y avait des gaz durant la vie.

**M. Aubert.** — M. Arloing a décrit un microbe distinct de celui de la gangrène gazeuse et donnant des gaz.

**M. Fochier.** — Il n'est pas rare, dans les salpingites et les kystes ovariens suppurés, de trouver mêlés des gaz et du pus. On en trouve également dans les poches de voisinages. Ces abcès sont innocents. M. Commandeur en a publié trois cas dans la *Semaine gynécologique*. Un chirurgien allemand est tellement persuadé de la bénignité des abcès avec gaz, qu'il ferme, dans ces cas, l'abdomen sans mettre de mèche pour drainer.

**M. Bérard.** — Il y a, en effet, des microbes qui engendrent des gaz, tel le *Bacillus necrobiophilus* d'Arloing, et d'autres, signalés dans la revue de MM. Barjon et Gayet. On a souvent parlé de la transsudation des gaz, on l'a vue peu souvent. Il n'y a pas une grande quantité de gaz quand on ouvre l'abdomen pour une occlusion intestinale.

**M. Condamin.** — Il faut tenir compte du fait que le péritoine résorbe les gaz ; l'injection de gaz dans le péritoine est un des modes de traitement de la péritonite tuberculeuse. Dans le cas de M. Bérard, il s'agit d'un abcès avec gaz juxta-intestinal, mais non d'une péritonite tuberculeuse.

---

Séance du 22 juin

---

#### A PROPOS DU PROCÈS VERBAL

**M. Bérard.** — On parle toujours de transsudation des gaz intestinaux dans le péritoine, sans en apporter des preuves. Or, tant que l'intestin est sain, les gaz qui y sont contenus ne passent pas plus dans le péritoine que les gaz pulmonaires ne passent dans la plèvre ; c'est un fait établi par les physiologistes. Quand l'intestin est

obstrué par une cause quelconque d'occlusion, il ne paraît pas non plus que les gaz passent dans le péritoine ; jamais on n'a signalé leur présence au cours des laparotomies pour occlusion, quand il n'y avait pas de perforation des tuniques intestinales. Dans de telles conditions d'occlusion, par obstacle mécanique, les microbes intestinaux forcent rapidement, au contraire, les tuniques au niveau du sillon d'étranglement.

Quant à l'intestin enflammé et non perforé, enfin, il ne semble pas non plus que les gaz qu'il renferme passent spontanément dans le péritoine. Mais c'est là le sujet des recherches que M. Bérard a entreprises dans le laboratoire de M. le professeur Arloing, avec le concours de M. Nicolas, et dont il soumettra les résultats à la Société.

Jusqu'à preuve du contraire, quand on trouve des gaz dans le péritoine, il semble qu'on ait affaire à une perforation de l'intestin ; on a des gaz produits dans le péritoine, même par des microbes, gazogènes par eux-mêmes ou par association.

\*  
\* \*

#### OSTÉOME DU BRACHIAL ANTÉRIEUR EN VOIE DE RÉSORPTION

**M. Jaboulay** présente la radiographie d'un ostéome du brachial antérieur survenu après la réduction d'une luxation du coude en arrière. Il s'agissait d'un homme de 40 ans, vigoureux, qui s'était luxé les deux os de l'avant-bras derrière l'humérus en tombant du haut d'un char chargé de foin, au commencement du mois d'avril dernier. La réduction ne fut faite que le huitième jour parce que le malade était allé consulter des rebouteurs ; le membre était donc fortement œdématié. La réduction fut faite sous anesthésie.

Le malade revint un mois 1/2 après ; il présentait alors un ostéome dans le brachial antérieur long de 7 centim., large de 5 à 6, épais de 3 à 4. Il ne pouvait, qu'avec peine, arriver à la flexion à angle droit de l'avant-bras sur le bras.

La radiographie de cet ostéome fut alors faite ; on le voit partir de la pointe de l'apophyse coronoïde semblant être né en ce point d'un décollement ou d'une déchirure du périoste, ou peut-être même d'un arrachement de cette saillie osseuse, et se perdre en remontant dans l'épaisseur du muscle.

Ce malade est revenu ce matin ; l'ostéome a diminué dans toutes ses dimensions, bien qu'il existe encore sous

forme d'un noyau osseux développé surtout en bas vers l'apophyse coronoïde, et la gêne fonctionnelle a diminué avec lui; la flexion de l'avant-bras sur le bras dépassant l'angle droit et atteignant l'angle aigu. Tout porte à croire que cet ostéome se résorbera peu à peu et que la récupération des mouvements se fera d'une façon progressive.

Il est à noter encore que cet ostéome du brachial antérieur gêne non seulement la flexion de l'avant-bras, mais aussi son extension qui n'est pas complète, comme si le brachial antérieur était raccourci par lui.

\*\*\*

#### FRACTURE COMPLIQUÉE DE LA JAMBE GAUCHE AU TIERS MOYEN. — SUTURE OSSEUSE. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

**M. Batut.** — J'ai l'honneur de présenter à la Société le nommé Crozet, du 6<sup>e</sup> d'artillerie, qui, le 26 juillet 1898, étant à cheval sur le pont de la Guillotière, fut projeté à terre par sa monture et blessé à la jambe gauche au tiers moyen par le timon d'un tramway. — Transporté à l'hôpital Desgenesttes, il présente une plaie longitudinale au dehors de la crête du tibia, avec tous les symptômes d'une fracture au tiers moyen. Après désinfection de la peau et de la plaie, au sublimé, celle-ci est élargie en haut et en bas, et l'on constate dans le fond une déchirure musculaire du jambier antérieur. Les deux os de la jambe sont mis à nus, et on fait une suture osseuse avec un gros fil d'argent placé en forme d'anse sur les deux fragments du tibia, qui est fracturé transversalement et fait saillie en avant par son fragment supérieur. Suture du jambier antérieur avec du catgut, pansement à la vaseline de Reclus avec drainage, appareil plâtré immédiat. Les pansements ultérieurs sont espacés et, le 1<sup>er</sup> novembre (80<sup>e</sup> jour), on constate absence de consolidation du cal, sans suppuration toutefois; le malade reste au lit, incapable de marcher; l'état général s'affaiblit; le 10 novembre, appareil de marche silicaté qui permet au malade de se lever à l'aide de béquilles et d'éviter des accidents pulmonaires. Atrophie musculaire marquée de la cuisse gauche.

Le 9 décembre, au bout d'un mois, on enlève l'appareil silicaté, le cal semble définitif (135<sup>e</sup> jour), massage de la fracture et douleurs consécutives par suite d'un eczéma localisé tout autour. Gouttière en zinc 13 janvier 1899.



A cette date, deuxième silicate, le malade ne pouvant appuyer sur sa jambe sans ressentir de vives douleurs.

On craint une élimination du fil, par suite d'un gonflement douloureux sur la face interne du tibia.

Le 25 janvier, il est atteint d'une grippe qui dure plusieurs jours.

Le 20 février, enlèvement du silicate. La consolidation n'est pas solide; il existe une atrophie de 8 à 20 cent. au-dessus de la rotule.

Racourcissement apparent de 2 cent.; bandage roulé simple. Le malade marche avec des béquilles. Etat général excellent, mais il existe toujours une petite douleur à la face interne du tibia, et le malade ne peut appuyer fortement sur sa jambe; la station debout est pénible.

En mars, poussée eczémateuse sur la jambe.

Le 15 avril (9<sup>e</sup> mois), départ pour l'hôpital d'Amélieles-Bains où on lui donne des bains. Il est de retour le 1<sup>er</sup> juin, il marche avec des béquilles; douleurs moins fortement exagérées par le malade; massage et électrisation. Enlevé les béquilles le 10 juin, le malade marche avec un béquillon, monte les escaliers et peut même parcourir la salle sans appui et en raidissant un peu la jambe fracturée. Les douleurs du siège de fracture ont disparu.

Etat actuel au 11<sup>e</sup> mois. — Il existe toujours un certain degré d'atrophie de la jambe, mais le cal est régulier, malgré un léger chevauchement du fragment supérieur, comme le montre la radiographie (ci-jointe) faite au mois de mars. Pas de troubles trophiques, ni de troubles nerveux.

Légère concavité de la jambe en dedans, pied reposant bien sur le sol, sans trémulation et sans déviation marquée, ni en dedans, ni en dehors.

En somme, résultat satisfaisant et qui ne pourra que s'améliorer encore par une nouvelle saison à Bourbonne, l'an prochain.

\* \* \*

#### **FRACTURE COMPLIQUÉE DE JAMBE; RÉSECTION SECONDAIRE DES MALLÉOLES; DÉSARTICULATION TARDIVE DU GENOU POUR NÉVRITE.**

**M. Batut.** — J'ai l'honneur de présenter devant les membres de la Société de Chirurgie, deux pièces intéressantes concernant un cas de résection étendue de la partie inférieure des os de la jambe; dans la première

figurent, en position, les fragments réséqués; la seconde comprend les os de la jambe et le pied, dans leurs rapports réciproques, 10 mois après l'intervention, l'échec de la conservation prolongée ayant nécessité une désarticulation du genou, pour troubles trophiques et névrite périphérique.

L'histoire du malade est la suivante :

Le 10 octobre 1897, le sergent C..., du 158<sup>e</sup> d'infanterie, étant en voiture au col de Larches, saute à terre pour éviter une chute dans un ravin, le cheval s'étant emballé; on le relève avec une fracture de jambe ayant déterminé une large plaie à la région interne et au-dessus du cou-de-pied, le fragment supérieur du tibia qui, taillé en biseau, fait issue à travers la plaie interne et traverse la molletière de C... Transporté au fort Tournoux, C... est désinfecté soigneusement et on résèque la pointe de l'os pour permettre une réduction de la fracture; il existe également une plaie moins vaste, mais plus étendue en longueur au côté externe du cou-de-pied, correspondant à une fracture du péroné siégeant à 11 centimètres de la pointe de la malléole péronière.

Les jours suivants, le médecin traitant fait de la conservation avec des pansements antiseptiques, mais la fièvre s'allume, l'état général s'aggrave, des abcès se forment dans la jambe. Seule, une installation défectueuse fait différer une amputation de cuisse; le 27 octobre, M. le médecin-major Debrie, envoyé à Tournoux en vue d'une évacuation sur Lyon, trouve le malade prostré, délirant, en proie à la fièvre septicémique; il existe, à la partie antérieure de la jambe, au tiers moyen, une vaste collection purulente contenant au moins un litre de pus qu'il évacue, puis, après une désinfection des plus soignées, il amène le malade à Lyon, lui faisant supporter un trajet de 20 heures environ, dont 8 en voiture, le membre étant placé dans une gouttière en fil de fer.

Le 30 octobre au matin, je vois le malade et, séance tenante, en présence de l'état général menaçant, du teint plombé du sujet, de la suppuration abondante, de l'aspect noirâtre et sanieux des plaies, je pratique l'opération conservatrice suivante, C... ne paraissant pas devoir supporter une amputation qui sera nécessairement au 1/3 supérieur, ou même la désarticulation du genou :

Débridement des deux côtés et résection du tibia, infecté et décollé en grande partie de son périoste, jusqu'à la naissance du biseau. Détachement à la rugine de la malléole

tibiale, fracturée en trois fragments et renversée vers le péroné; ce dernier os est sectionné un peu au-dessus de sa fracture, à 11 centimètres de la pointe de la malléole et, par suite, à la hauteur de la section tibiale; on sacrifie en même temps la malléole péronière, malgré l'intégrité de cette dernière, on abrase aussi la partie supérieure de la poulie de l'astragale.

Désinfection sérieuse de toute cette immense cavité, au chlorure de zinc et sublimé, puis quelques coups de thermo-cautère complètent l'intervention. La cavité est bourrée avec de la gaze aseptique. Pansement compressif dans une gouttière.

Au 4<sup>e</sup> jour, on fait le pansement et on change les mèches. M. le médecin-major Marcus met le membre dans une gouttière terminée par une attelle large, verticale, maintenant la plante du pied perpendiculairement à la jambe, et reliée à la concavité de la gouttière par deux tuteurs latéraux en fils de fer épais permettant de surveiller la plaie et de la panser sans déplacer la jambe et le pied demeuré complètement ballant. Il a à traiter des fusées purulentes le long du tibia et du péroné surtout. Dans les pansements ultérieurs, on rapproche le pied de la jambe au fur et à mesure que les plaies se détergent et se retrécissent.

La température reste élevée jusqu'au 20 novembre et, à partir de ce moment, l'état général se relève très sensiblement et, le 10 décembre, on remplace la première gouttière par une gouttière de Raoult-Deslonchamps.

Les bourgeons charnus se multiplient et, le 1<sup>er</sup> janvier 1898, la gouttière est supprimée; la plaie externe cicatrisée, la plaie interne considérablement réduite, le pied maintenu, quoique un peu dévié en dehors et encore ballant, dans un simple pansement compressif, le malade peut s'asseoir dans un fauteuil, la jambe sur une chaise.

Le 1<sup>er</sup> février, 4<sup>e</sup> mois, M. le médecin-major Batut reprend le service; il se forme, les jours suivants, un petit trajet fistuleux profond à la partie interne, conduisant en arrière, vers le tendon d'Achille douloureux et d'où vient du pus; on passe un drain transversal en avant du tibia et ressortant au côté externe en avant du péroné.

Durant le mois de février on cautérise au nitrate d'argent les bourgeons un peu atones de la plaie interne, puis on vient à bout, par des pansements secs, des phlyctènes qui apparaissent sur la peau dure et tendue de la jambe. Le pied, légèrement saillant en avant et un peu

élevé en dehors, devient de plus en plus fixe sur la jambe, et l'on a, en mars, un instant l'espoir d'une guérison définitive; le malade sort tous les jours en ville avec des béquilles.

Mais, fin avril (6<sup>e</sup> mois), de nouveaux symptômes se manifestent; hyperesthésie excessive, fourmillements, causalgie dans le pied, enfin ouverture de deux ou trois fistulettes au côté interne du cou-de-pied semblant conduire profondément sur des tissus durs, mais ne donnant que vaguement la sensation de l'os.

En mai et juin (7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> mois) les troubles nerveux s'aggravent; le malade, de santé exubérante, et devenu alcoolique sous l'influence des potions de Todd répétées et de vin de quinquina continu, fumeur acharné et dyspeptique, se plaint de plus en plus de ces douleurs que l'on rattache à une névrite périphérique. Des fistules s'ouvrent puis se referment, peu suppurantes, mais la causalgie augmente ainsi que la gastralgie, l'état moral laisse fort à désirer et, finalement le malade qui a toujours un œdème très dur de la jambe, est désarticulé du genou au dixième mois, le 13 juillet 1898, par M. le médecin-major Rioblanc qui a pris le service et qui obtient une guérison rapide et un moignon excellent. Il exerce dans un magasin de la ville les fonctions de caissier.

*Etat des parties enlevées.*

On constate un œdème dur, comme scléreux, de la jambe jusqu'au 1/3 supérieur, le nerf tibial postérieur, plantaire interne et externe, épaissis, sont englobés dans un tissu fibreux épais qui s'étend sur une longueur de 10 centim. Dans la gouttière interne, l'étude des nerfs, faite ultérieurement, démontre les lésions de névrite interstitielle.

Quant au squelette, on constate qu'il y a de l'ankylose tibio-tarsienne périphérique, que les deux malléoles se sont refaites sur les extrémités du tibia et du péroné reliées par une jetée osseuse qui les immobilise l'une à l'autre, mais que l'astragale et le calcaneum sont atteints de lésions de dégénérescence graisseuse, mais non d'ostéite.

Les fistules étaient dues, non à des lésions osseuses, mais à des troubles trophiques.

Malgré cet échec dû à l'englobement du tibial postérieur, nous restons partisan de la conservation avec résection contre l'amputation immédiate. Sans la névrite, C... eût guéri avec raccourcissement simple.

Séance du 22 juin 1899. — Présidence de M. OLLIER

---

**M. Gangolphe.** — Le deuxième cas, présenté par M. Batut, a une importance plus considérable. Dans ces cas il vaut mieux conserver les malléoles. Polaillon et Poirier ont fait trop bon marché de l'appareil malléolaire. Il vaut mieux sacrifier l'astragale, même intact.

Il parle des cas de fracture de ce genre, en général, plus que de ce cas particulier. Dans un fait semblable à celui de M. Batut, où le tibia saillait de 10 centimètres et le pied était ballant en dehors, il désinfecta, sutura la malléole interne et immobilisa. Le malade guérit. Cibert put lui procurer la pièce quatre ans après, ce malade étant mort de pneumonie. La malléole interne était fixée à sa place et l'on voyait encore le fil.

**M. Vallas** est de l'avis de M. Gangolphe : il enlèverait l'astragale plutôt que la malléole interne.

**M. Ollier** faisait dans ces cas l'ablation des malléoles jusqu'en 1872-1873. Depuis, il a posé en principe de toujours les conserver, même fracturées. Plus tard, il a conseillé d'enlever l'astragale dans les fractures comminutives.

**M. Batut** a réséqué la malléole à cause de la suppuration.

\*\*\*

#### SÉRIE D'APPAREILS DESTINÉS A DÉTERMINER LA POSITION DES CORPS ÉTRANGERS DANS L'ORGANISME

**M. Destot.** — Dans la dernière séance, M. le Pr. Fochier a montré des appareils, que M. Fabre a faits en collaboration avec M. Destot. Parmi ces appareils, il faut distinguer ceux qui ont pour but de déterminer un plan dans l'espace et ceux, au contraire, qui visent à démontrer la position d'un corps étranger ; mais si la mise en réseau d'un plan du bassin au moyen d'un cadre métallique denté présente un intérêt de nouveauté, il n'en va pas de même de l'autre appareil de M. Fabre qui n'est qu'une réédition d'un appareil américain auquel on a dû renoncer en raison des difficultés pratiques d'appréciation.

Parmi les moyens multiples qui ont été proposés il convient d'abord d'éliminer tous ceux qui, en raison de leur complication mathématique, ne sont pas d'un usage

pratique, facile, ou qui sont d'un prix exagéré comme le fameux compas à trois branches de MM. Remy et Contremoulins, qui exige vraiment trop de conditions difficiles à réaliser. Il faut distinguer le but poursuivi: s'agit-il d'un corps étranger, veut-on déterminer les dimensions d'un plan, ou, au contraire, cherche-t-on les dimensions d'un organe.

Lorsqu'il s'agit d'un corps étranger, balle ou aiguille, deux procédés pratiques sont en présence: l'un utilise deux vues perpendiculaires, l'autre, au contraire, cherche à avoir deux projections distinctes du même objet.

Sous deux points de vue voisins qui peuvent être calculés de telle sorte que l'on ait, par la constitution des images, la vision stéréoscopique de précision. Supposons une balle dans la tête, la première méthode consistera à prendre une vue de profil et une seconde vue dans le plan antéro-postérieur. Si bien que la première permettra de reconnaître la balle par rapport au nez ou à l'occiput et que la seconde épreuve indiquera sa profondeur dans la masse cérébrale.

Le second procédé qui a reçu de nombreux dérivés consiste à prendre successivement deux images radiographiques sans que le sujet soit dérangé, mais en faisant varier la position du tube. On obtient ainsi deux projections du même objet, il suffit de mettre les clichés l'un sur l'autre de déterminer au compas la distance des deux images et, connaissant la hauteur du tube, l'écart des points de vue, de réunir par des lignes les deux images aux deux points de vue.

On détermine ainsi les deux faisceaux de rayons qui se sont entrecroisés et le point de croisement indique précisément la position du corps étranger; la perpendiculaire qui passe par la ligne ainsi déterminée et aboutit à la ligne des images indique la profondeur à laquelle se trouve l'objet. Cette méthode forme la base de la stéréoscopie de précision sur laquelle MM. Marie et Bihaut, M. Londe et M. Destot ont, depuis longtemps, appelé l'attention, soit que l'on use de la radioscopie, soit qu'au contraire on fixe les images par la radiographie. Les détails de ces méthodes ont été publiés et M. Destot en apporte un bel exemple recueilli dans le service de M. Jaboulay, dans lequel on arrive à déterminer soit par le stéréoscope, soit par la construction géométrique, le siège de deux balles qu'un homme s'est tiré dans l'oreille et qui se trouvent à trois centimètres en arrière du trou auditif, à quatre

centimètres au-dessus de la plaque dans la région du cervelet.

Quand il s'agit de déterminer un plan, la méthode proposée par M. Fochier est excellente et le réseau que l'on peut construire, grâce au cadre métallique gradué est d'une précision très grande; cependant certains points sont encore à régler définitivement, il faut surtout chercher à modifier l'attitude de la malade.

Dans les recherches que l'on a faites pour apprécier le volume d'un organe et qui ont surtout porté sur le cœur, on peut dire que l'exactitude n'a pas encore été obtenue par des procédés connus. M. Marcy a présenté, au nom de MM. Variot et Chicotot, une méthode empirique qui a réussi chez les enfants. Ces auteurs ont trouvé que, suivant l'âge, les bords du cœur étaient distants de la paroi thoracique, de quantités à peu près semblables et que, à dix-huit mois, deux ans, deux ans et demi, trois ans et quatre ans, les bords du cœur étaient distants de la peau de deux centimètres et demi à quatre centimètres; d'après cela, ils ont construit une règle graduée qui porte deux autres règles graduées et perpendiculaires. Sur la première règle on porte la distance du tube à l'écran, sur la première règle inférieure, on note la largeur de l'image obtenue, puis on fait glisser la seconde règle parallèle de deux, trois, quatre centimètres, suivant l'âge du sujet; il suffit dès lors de joindre par un fil l'extrémité de la règle qui correspond au foyer du tube au point trouvé comme indiquant la largeur du cœur sur l'écran: le point où ce fil vient couper la règle intermédiaire donne la mesure de l'aire vraie du cœur. Cette méthode vraie dans certains cas chez les enfants très jeunes où les déformations thoraciques ne sont pas considérables, ne peut s'appliquer à l'adulte; chez les femmes, la présence des seins est une cause d'erreur; les variations individuelles chez l'homme sont très grandes, elles dépendent de l'état d'embonpoint, de la musculature, des déformations thoraciques, si bien que, sur vingt sujets examinés, les chiffres trouvés à l'autopsie n'ont pas été concordants. C'est pourquoi, depuis deux ans, MM. Destot et Saune ont poursuivi la réalisation de la stéréoscopie radioscopique et ont construit un véritable stéréo-cinématoscope qui permet de voir les objets avec leur vrai relief; cet appareil, gradué empiriquement, permet d'examiner tous les objets même en mouvement et il suffit d'un appareil à coulisse pour mesurer les dimensions du cœur en tous ses points, la distance des tubes à l'écran, l'écart des

points de vue ont été préalablement fixés par une méthode empirique.

On voit par cet exposé que les radiographes se sont ingénies pour répondre à tous les besoins de la clinique et si les corps étrangers échappent encore aux chirurgiens c'est qu'il leur est souvent difficile d'apprécier la profondeur dans laquelle se trouve leur bistouri ; quand la peau est ouverte, les muscles rétractés, il est difficile de dire à un millimètre près où on se trouve, et c'est à peu près l'épaisseur d'une aiguille.

\* \* \*

### SUR LE PROCÉDÉ DE GASTROSTOMIE DE FONTAN

**M. Gangolphe** a introduit une légère modification dans ce procédé : il ouvre le cône stomacal ; alors qu'il est au dehors, il y introduit une sonde et le refoule à l'intérieur. Il rétrécit un peu le cul-de-sac séreux par deux points de suture au catgut. La continence est absolue, l'orifice tend à se refermer. Pour l'en empêcher, on introduit une sonde tous les deux ou trois jours. Il n'est pas partisan de la gastrostomie préventive ; quand le malade peut encore avaler du lait, il ne faut pas intervenir. Dans le cas qu'il a traité par le procédé de Fontan, il s'agissait d'un rétrécissement infranchissable du cardia. Le malade s'améliora mais mourut de cachexie. Fontan a eu des survies de plusieurs années.

**M. Vallas.** — La modification de M. Gangolphe est importante. Il est facile de se perdre entre la muqueuse et la musculuse. C'est à cause de cet inconvénient qu'on a proposé la gastrostomie en deux temps : gastropexie et gastrostomie.

**M. Bérard.** — Depuis plusieurs années, M. le professeur Poncet, qui est toujours partisan de la gastrostomie en deux séances, toutes les fois que l'état d'inanition du malade ne la contrindique pas, a un peu modifié son manuel opératoire.

Il pratique toujours, comme il le faisait autrefois, la fixation à la paroi abdominale d'une surface assez étendue de l'estomac pour qu'après la réunion de la plaie, il y ait formation d'une cupule valvulaire, comme dans le procédé de Fontan. Mais, avant de refouler en arrière cette cupule, il place à son centre un fil de soie perforant qui



servira de repère, 3,5 ou 8 jours après, quand on voudra ouvrir l'estomac. Il suffit alors de tirer sur le fil et de glisser à son contact un petit ténotome qui incisera les parois gastriques sans danger de pénétration dans le péritoine. La petite sonde alimentaire n'est laissée à demeure dans la plaie que pendant les vingt-quatre premières heures; au bout de ce temps on la retire, et on la réintroduit chaque fois qu'on fait prendre à l'opéré des liquides par la bouche stomacale. Le fil conducteur peut encore servir durant quelques jours à fixer l'estomac pendant l'introduction de la sonde.

Chez deux malades que M. Bérard a opérés dans le service de M. Poncet, d'après ce procédé, les suites immédiates et éloignées ont été excellentes.

Chez l'un, un vieillard de 66 ans, dont l'estomac avait été ouvert sans difficulté huit jours après la fixation, la continence fut parfaite durant les trois semaines où il resta à l'hôpital. Depuis sa sortie, il a été perdu de vue; c'était un ouvrier terrassier qui rentra dans le Cantal sans laisser d'adresse.

L'autre malade, âgé de 65 ans, atteint, comme le précédent, d'un néoplasme de l'œsophage immédiatement au-dessus du cardia, fut opéré en août 1898.

Deux jours après la gastropexie, on créa l'orifice stomacal avec un fin ténotome. Il fut alimenté de suite à la fois par la bouche gastrique et par les voies naturelles devenues spontanément perméables la semaine suivante, sans doute par suppression du spasme et par mise au repos du passage œsophagien. Au bout d'un mois la voie gastrique artificielle fut seule utilisée. Ce malade est mort de cachexie en mai 1899, dans son pays, sans avoir présenté, à aucun moment, le moindre regorgement par la bouche gastrique.

Chez ces deux malades, M. Bérard avait cherché à fixer une portion de l'estomac aussi élevée que possible, immédiatement au-dessous des côtes pour que l'orifice ne fût pas à un point déclive voisin de la grande courbure, et de façon à supprimer ainsi une chance d'incontinence.

---

*Séance du 29 juin 1899.* — Présidence de M. OLLIER.

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du 22 juin 1899. Le procès verbal est adopté.

★  
★

### INTERVENTION POUR UNE PSEUDARTHROSE DANS UN CAS DE FRACTURE DU COL FÉMORAL

**M. Gangolphe** présente un homme de 39 ans atteint antérieurement d'une fracture du col fémoral intra-capulaire, typique sur la radiographie. La consolidation ne s'effectue pas. Le malade entra dans son service cinq mois après l'accident. Le membre inférieur était à ce moment ballant et fonctionnellement inutile. Lorsqu'on tirait sur le pied, on abaissait le membre ; lorsqu'on le refou-  
lait, on sentait remonter l'extrémité supérieure du fémur : on avait à faire à une pseudarthrose flottante complète. Avant d'entreprendre une intervention sanglante, il immobilisa le malade trois mois dans une gouttière. Le malade n'en ayant obtenu aucun bénéfice, il songea à l'opérer, mais quelle conduite devait-il tenir ? Il envisagea les différentes interventions possibles ; il rejeta la résection de la tête fémorale qui n'aurait fait qu'accroître la laxité de l'articulation déjà trop grande ; il ne s'arrêta pas à l'enchevîllement de l'extrémité supérieure du fémur avec une tige métallique ou une cheville d'ivoire embrochant le grand trochanter, le fragment interne et le bassin ; la tige métallique est dangereuse car elle peut pénétrer dans le bassin, la cheville d'ivoire se résorbe ; il songea à la greffe hétéro-plastique avec des côtes de chien, mais les greffes osseuses se résorbent. Au cours de manœuvres opératoires qu'il effectua à l'amphithéâtre pour aborder la région, il s'est aperçu que le procédé en tabatière d'Ollier pouvait lui fournir une greffe osseuse ; le grand trochanter, en effet, une fois détaché, il pouvait l'intercaler entre les deux fragments. Il répéta à plusieurs reprises cette manœuvre ; devant la difficulté de l'intercaler verticalement, il fendit le fragment osseux en deux et résolut de l'appliquer sous forme d'attelle. Mais le dernier parti qu'il prit, ce fut de renforcer le cotyl avec le grand trochanter pour empêcher le fragment inférieur de remonter. Il entreprit alors l'intervention sur son malade

en prenant les plus minutieuses précautions antiseptiques. Après avoir incisé les téguments, détaché le grand trochanter, il eut de la peine à mettre en face l'un de l'autre les deux fragments, il plaça le grand trochanter le plus près possible du fragment interne, comme prolongement du cotyl, le fixa au fragment supérieur. Il fit ensuite une réunion immédiate des téguments, plaça deux gros drains en canon de fusil au niveau du pli fessier, mit le malade en gouttière avec une traction de deux kilogs. Tout se termina bien. Le malade quitta le service en septembre 1898, il pouvait déjà se tenir sur sa jambe. Actuellement il peut élever le talon sur un plan horizontal aussi haut qu'on veut, il s'assied facilement, se tient sur le membre opéré. Son articulation est solide. L'abduction est suffisante, la rotation sur l'axe est conservée, un peu exagérée en dehors. Avec sa canne et un tuteur il marche facilement, il peut même sans tuteur faire un kilomètre. Le malade présente une atrophie musculaire marquée de la hanche.

♦♦

#### SUR UN CAS DE SARCOME CUTANÉ AVEC LIPOMES SOUS-CUTANÉS MULTIPLES

**M. Vallas** présente un malade de 70 ans, entré il y a quelques jours dans son service pour une tumeur cutanée siégeant vers le 6<sup>e</sup> ou 7<sup>e</sup> espace intercostal. Le malade a été opéré déjà cinq fois depuis le début de la tumeur qui remonte à 50 ans, le sujet étant âgé de 20 ans. Elle est placée à la partie antérieure de l'espace, mobile sur les parties profondes, avec un peu de liquide en certains points. La peau est rouge à la surface. Il n'y a pas de ganglion. Il s'agit vraisemblablement d'une tumeur douée de malignité locale, d'un sarcome. L'état général n'est pas atteint. Le malade porte en outre sur les avant-bras et la partie supérieure des cuisses de petites tumeurs sous-cutanées mollasses. Il offre encore quelques taches pigmentaires sur la tumeur et des nerfs pigmentaires ou vasculaires en d'autres points de la peau. On ne constate pas de troubles nerveux. Cet ensemble ressemble assez à l'affection qu'a décrit Kolliker et qu'on appelle neuro-fibromatose généralisée. L'intervention sur la tumeur principale lui montrera si elle est bien sur le trajet intercostal et l'examen histologique d'une des

petites tumeurs confirmera le bien fondé de son hypothèse.

**M. Augagneur.** — Dans ce cas il ne s'agit pas de neuro-fibromatose. Les tumeurs des avant-bras sont des lipomes multiples, elles en ont le siège et la lobulation. Elles ne donnent pas la sensation des neuro-fibromes, elles ne sont pas douloureuses. La tumeur de la région antérieure du thorax rentre dans le cadre des sarcomes. C'est une loi assez générale des tumeurs cutanées d'avoir une malignité seulement locale. Dans ce cas on ne trouve ni les phénomènes généraux, ni le syndrome cutané de la neuro-fibromatose généralisée, si tant est que cette affection soit nettement établie. Ces malades ont de la faiblesse, du vertige, sont des dégénérés physiques et intellectuels; il en a un cas dans son service, avec infantilisme. On ne retrouve pas non plus chez le malade de M. Vallas, les signes cutanés de l'affection; la tumeur de la région pré-sternale est molle, sur le point de s'ulcérer, la tumeur principale de la neuro-fibromatose donne la sensation d'un paquet de ficelles. Il y a des tumeurs sur le trajet d'un ou plusieurs nerfs. Les tâches pigmentaires de ce malade n'ont pas l'aspect de celles du neuro-fibrome. Quant aux nævi, leur fréquence chez des gens sans neuro-fibromes est grande. La tumeur de l'espace intercostal ne semble pas en rapport avec le nerf, puisqu'elle a été enlevée plusieurs fois sans amener de troubles nerveux. La neuro-fibromatose est une affection anatomiquement mal limitée, elle est caractérisée par des tératomes multiples de la peau, développés sur le trajet des nerfs, des glandes, etc.

**M. Gangolphe.** — La tumeur thoracique peut être cataloguée sarcome; celles de l'avant-bras sont des lipomes.

**M. Albertin** présentera prochainement un cas de neuro-fibromatose, à propos duquel la discussion pourra être reprise.

\*\*\*

#### ANKYLOSES MULTIPLES. — RÉSECTIONS.

**M. Ollier** présente une jeune fille atteinte d'ankyloses multiples avec atrophie musculaire. La malade ne pouvait ni marcher, ni se servir de ses membres supérieurs. Le cas est intéressant à cause de la difficulté de déter-

miner la nature de ces lésions remontant à l'âge de 3 ans. Il mobilisa les articulations de la hanche et du genou, traita l'atrophie musculaire par l'électrisation. Il pratiqua ensuite, la même année, la résection des coudes droit et gauche. Dans ces opérations, on peut à volonté obtenir plus ou moins de mouvement. Il a opéré d'abord à gauche, il a voulu obtenir des mouvements mais sans exagération.

L'articulation est solide, les muscles se refont par l'électrisation, elle peut fléchir le bras à angle droit. A droite pour obtenir plus de mobilité, il enleva complètement le ligament antérieur de l'articulation. On est plus sûr ainsi d'avoir la mobilité recherchée.

Dans les résections, on peut doser la mobilité suivant la technique employée; on enlève moins de tissu si on veut un membre solide; il faut opérer largement pour obtenir une grande mobilité et surtout *enlever complètement le ligament antérieur de l'articulation*. Dans deux ou trois résections, où la raideur dépasse son attente, il l'attribue à la parcimonie avec laquelle il enleva le ligament antérieur.

Il a présenté cette malade à cause de la technique opératoire qu'il a suivie et du résultat orthopédique obtenu, mais elle est encore intéressante parce qu'à cause de son atrophie musculaire abarticulaire, elle présente une atrophie spontanée, et semble atteinte d'une affection à la fois du système osseux et musculaire.

**M. Gangolphe** s'est rendu compte, il y a quelques jours, de l'importance du ligament articulaire pour la mobilité, à propos de deux cas de luxation du coude. Ces luxations en arrière dataient à peu près de la même époque, chez des sujets du même âge environ, l'un étant un homme, l'autre une femme. Chez celle-ci, il aborda l'articulation pour la réséquer par une incision unique et interne. L'incision latérale externe expose à la blessure de filets terminaux du radial, comme il lui advint une fois, ce qui détermina une paralysie des extenseurs de longue durée. L'incision interne met en danger le nerf cubital, mais on sait où il est et il est facile de l'éviter. Il put chez la femme enlever complètement le ligament antérieur, chez l'homme il a opéré moins largement, aussi il a eu de la raideur. Le détail signalé par M. Ollier est donc très important.

**M. Ollier.** — L'incision interne n'est pas toujours suffisante; il faut une incision externe dans le cas de luxa-

tion en arrière et en dedans. Il se rappelle avoir, dans un cas trouvé le ligament antérieur ossifié. Il tient à insister à nouveau sur la nécessité de l'ablation du ligament antérieur pour obtenir la mobilité. On peut en pratiquant méthodiquement la résection sous-périostée interrompue avec ablation du ligament intérieur, doser en quelque sorte la mobilité future de l'articulation reséquée.

---

*Séance du 6 juillet 1899.* — Présidence de M. OLLIER.

---

**M. Albertin**, secrétaire, lit le procès verbal de la séance du 29 juin 1899. Le procès verbal est adopté.

\*\*\*

#### **CORPS ÉTRANGER ARTICULAIRE D'ORIGINE TRAUMATIQUE**

**M. Rollet.** — J'ai l'honneur de vous présenter un corps étranger articulaire ostéo-cartilagineux que j'ai extrait d'une articulation du genou par arthrotomie et dont l'origine traumatique est indiscutable.

Il s'agit d'un malade âgé de 49 ans, entré dans mon service de l'hôpital de la Croix-Rousse qui raconte qu'il y a huit ans il a eu le genou droit contusionné par une roue de voiture. Pendant deux mois, il fut placé dans un appareil plâtré, il y eut guérison, mais il en résulta un *genu valgum* accentué. Il y a trois mois, nouveau traumatisme du genou droit : coup violent par un cric. Gonflement du genou qui a alité le malade pendant quinze jours ; depuis, cet homme ressent de vives douleurs en un point fixe dès qu'il essaie de faire des mouvements.

A son entrée dans le service, on ne constate pas d'hydarthrose. Au-dessus et en dedans de la rotule, on sent un corps étranger articulaire assez régulier, allongé, très mobile, surtout quand le genou est en demi-flexion. Les mouvements que l'on imprime s'accompagnent d'une crépitation très nette. On sent une surface déprimée au niveau du condyle interne.

A la radiographie, on ne constate pas la présence du corps étranger, mais on voit que le condyle interne n'a plus sa forme normale ; il est effacé et l'extrémité inféro-interne du fémur a été comme abattue par un trait de scie vertical.

Il n'y a donc pas de doute, le corps étranger articulaire volumineux est formé par la portion la plus saillante du condyle interne détachée et libre dans la synoviale articulaire. Le malade réclame une intervention.

Je fais l'arthrotomie au niveau du corps étranger. L'articulation ouverte, le corps étranger est saisi et amené au dehors à l'aide d'une pince. On le libère à l'aide des ciseaux et de la rugine, il adhère, en effet, en dedans.

On peut constater que ce corps ostéo-cartilagineux représente le condyle interne détaché sur une certaine étendue à peine usé sur ses bords. Il pèse environ 6 gr., a 4 centimètres suivant son diamètre vertical et 2 centimètres d'épaisseur. Une portion du ligament latéral interne adhère en bas.

Le malade a été opéré il y a quelques jours, le thermomètre indique jusqu'à présent que les suites opératoires sont simples.

\*\*\*

### PYLORECTOMIE

**M. Villard.** — Je désire présenter à la Société en mon nom et en celui de M. A. Pollosson, qui a bien voulu me fournir l'occasion d'enlever par pyloréctomie cette pièce, un cancer du pylore ayant amené une destruction fonctionnelle à peu près absolue de l'orifice duodénal de l'estomac.

Il s'agit d'un néoplasme gastrique du volume d'une noix développé aux dépens de la petite courbure, mais tout à fait au voisinage du pylore, de telle sorte que, dès le début, des symptômes de sténose sont apparus. Sur cette pièce, on voit que les limites du néoplasme ont été largement dépassées, car la résection comprend environ quatre centimètres du duodénum et dix centimètres de tissu gastrique. Le cancer, limité, s'était révélé, trois mois auparavant, par des signes très nets de sténose pylorique : inappétence, vomissements alimentaires de plus en plus fréquents et un amaigrissement considérable. A son entrée, cette femme, âgée de 65 ans, était dans un état de maigreur et de faiblesse très grand, aucun aliment n'était gardé et l'examen de l'abdomen montrait un estomac dilaté, descendant jusqu'au pubis et chez lequel la percussion faisait naître des contractions péristaltiques des plus nettes.

Dans la région pylorique, existait une tumeur dure et très mobile que l'on pouvait déplacer dans tous les sens.

avec facilité ; aussi quoique décidés à pratiquer une gastro-entéro-anastomose en Y, pensions-nous qu'il serait peut-être possible de faire une pylorectomie, malgré le très mauvais état général de la malade.

Une intervention étant formellement indiquée, après plusieurs lavages de l'estomac, une longue incision sus-ombilicale nous permet de reconnaître qu'il existait un néoplasme très limité au pylore, sans adhérence et parfaitement mobile. La pylorectomie fut décidée et M. A. Pollosson voulut bien nous laisser employer un procédé particulier auquel nous avons eu recours autrefois dans des recherches expérimentales.

J'avais, en effet, en 1894, pratiqué chez les chiens des résections du pylore en ligaturant l'organe au moyen d'un gros cordonnet de soie, et suivant un manuel opératoire que je vais décrire dans un instant ; ces recherches n'avaient pas été publiées, et nous avons eu la satisfaction de voir, l'année dernière, qu'une idée semblable avait guidé M. Faure, chirurgien des Hôpitaux de Paris. C'est à ce procédé de la ligature que nous avons eu recours chez notre malade.

Le pylore et la région pylorique étant rapidement attirés au dehors, l'estomac et le duodénum sont enserrés l'un et l'autre dans une solide ligature en masse à la soie, en dehors des limites du néoplasme. Toute la partie malade est réséquée, des pinces sont placées sur les épiploons, et l'on commence aussitôt la suture des moignons aussi créés.

Du côté de l'estomac le moignon est enfoui dans une plicature des tuniques de l'organe et une suture séro-séreuse en surjet arrêté est placée sur toute la longueur.

Quant au bout duodénal, étant donné sa mobilité, la ligature a été desserrée et il est abouché, par des sutures méthodiques, à une incision faite à la partie postérieure de la moitié restante de l'estomac. Les ligatures remplacent les pinces à pression mises sur les épiploons et la paroi abdominale est refermée par un triple plan de sutures.

L'intervention a duré en tout 55 minutes. Ce procédé me paraît présenter de sérieux avantages. Tout d'abord la rapidité : en effet le temps qu'a nécessité cette pylorectomie n'a pas dépassé celui nécessaire pour pratiquer une gastro-entéro-anastomose en Y. Cette rapidité est due à la grande facilité que l'on a pour faire les sutures ; un surjet séro-séreux suffit, et aussi l'inutilité de s'occuper de l'hémostasie qui est assurée par la ligature en masse.



Cette ligature s'oppose également à l'issue du contenu stomacal pendant l'opération, et elle protège la ligne des sutures, jusqu'à ce qu'elles tombent dans l'estomac par mortification des tissus serrés, c'est-à-dire pendant que des adhérences solides s'établissent.

L'avenir nous renseignera sur la valeur de cette méthode, mais, d'ores et déjà, nous avons pu reconnaître qu'elle était simple, facile à appliquer et très rapide.

**M. Vallas** a fait, dans un cas de néoplasme, une gastro-entéro-anastomose postérieure et une pylorectomie secondaire. Il ne sait pas si le procédé de M. Villard économise beaucoup de temps, car la pylorectomie de Kocher n'est pas plus longue. Maintenant il se demande si le moignon ne risque pas de s'ouvrir du côté du péritoine. Il n'est pas plus long de pratiquer une gastro-entéro-anastomose par le procédé de von Kocher, elle peut se faire en 40 à 50 minutes.

**M. Fochier.** — Il vaudrait peut-être mieux détruire la muqueuse sur le moignon.

**M. Bérard.** — La modification apportée par M. Villard au procédé de Kocher dans la fermeture de l'estomac par une ligature constitue un moyen utile d'éviter l'hémorragie, parfois notable, qui se produit au niveau des vaisseaux épiploïques aux extrémités de la tranche de section. J'ai pu m'en rendre compte, il y a trois semaines, au cours d'une pylorectomie que j'ai pratiquée dans le service de M. le professeur Poncet, avec le concours de M. Delore, chef de clinique et des internes du service.

Il s'agissait d'un homme de 57 ans, atteint d'un cancer sténosant de la région pylorique, et envoyé du service de M. le professeur Lépine, pour être opéré.

Le pylore était mobile, l'état général relativement bon, bien que le malade rejetât, depuis une semaine, toute nourriture ; c'est pourquoi l'opération radicale fut décidée, par le procédé de Kocher, malgré une quantité notable de ganglions épiploïques au voisinage immédiat du néoplasme ; la tumeur développée surtout dans la région prépylorique et pylorique avait infiltré de noyaux en tache de bougie la moitié de la première portion du duodénum. Elle fut réséquée rapidement entre deux pinces à mors élastiques de Doyen, puis l'estomac fermé par un double plan de sutures 1<sup>o</sup> totales et 2<sup>o</sup> séro-séreuses.

La pince élastique de l'estomac enlevée, quatre ou cinq vaisseaux assez volumineux se mirent à saigner aux

bouts de la suture et demandèrent une hémostase soignée et un peu délicate.

L'estomac, très mobile, fut rapproché alors sans peine de la section duodénale et on allait pratiquer l'abouchement direct termino-latéral du duodénum, lorsqu'on aperçut sur la tranche postérieure de celui-ci un petit prolongement de la tumeur qui dut être réséqué spécialement. Dès lors, la portion encore mobile du duodénum était trop courte, pour qu'on l'anastomosât sans arrière-pensée à l'estomac. Elle fut donc fermée comme celui-ci, et l'opération terminée par une gastro-entéro-anastomose à la von Kocher, avec sutures.

A cause d'un suintement veineux produit en arrière du duodénum après l'ablation de sa pince élastique l'abdomen ne fut pas fermé en totalité, mais le drainage, à la partie supérieure de la plaie laissée ouverte, fut obtenu par deux mèches de gaze iodoformée autour de deux pinces hémostatiques laissées à demeure.

L'intervention avait duré une heure trois quarts. Le malade présenta un shock assez intense, qui s'atténua dès le même jour, à la suite de plusieurs injections de caféine et de sérum artificiel. Alimenté le deuxième jour, il put avaler très facilement tous les liquides, et n'eut depuis aucun vomissement, aucun symptôme d'un abouchement défectueux.

Mais, le dixième jour, alors qu'il paraissait prendre le dessus, apparut, au niveau d'une mèche de drainage laissée par prudence, un peu de liquide teinté de bile. A partir de ce moment, la température s'éleva à 38°3 puis 38°5; quelques douleurs épigastriques se firent sentir, sans signe net de péritonite. Trois jours après, avec la bile suinta un peu de sang; le lendemain une hémorrhagie plus considérable se fit et le malade succomba enfin le quinzième jour après l'opération.

A l'autopsie on trouva le grand péritoine sain, les sutures de la gastro-entéro-anastomose de la fermeture de l'estomac solides, malgré quelques gouttes de pus autour d'un point sérieux de renforcement à la soie. Mais à la partie supérieure de la fermeture du duodénum un fil avait lâché, d'où l'écoulement de liquide bilieux et l'hémorrhagie secondaire par infection. Un peu de sérosité purulente occupait l'arrière cavité des épiploons; à un examen plus précis on put voir que le point qui avait cédé se trouvait sur un petit noyau néoplasique de la sous-muqueuse passé inaperçu pendant la suture.

**M. Vallas.** — L'origine du néoplasme est douteuse dans le cas de M. Bérard; il est rare, en effet, de voir un néoplasme du pylore s'étendre du côté du duodénum. Aussi peut-être était-il d'origine duodénale? Quant à la ligature elle ne permet pas de gagner du temps au point de vue de l'hémostase, car c'est dans l'épiploon que les vaisseaux saignent.

**M. Bérard.** — La tumeur était bien d'origine gastrique malgré l'envahissement du duodénum; pour la dépasser du côté de l'estomac, il fallut réséquer un anneau de 8 centimètres sur cet organe. Quant à la source de l'hémorragie, que M. Vallas déclare surtout à craindre dans l'épiploon, elle se trouvait, en effet, dans les vaisseaux épiploïques au moment où ils envoient leurs dernières ramifications à l'estomac, par conséquent sur la tranche même de section.

**M. Goullioud.** — La rapidité pourrait s'obtenir dans le cas de M. Villard en supprimant un ou deux surjets. Mais il vaut mieux, dans ces cas, fermer l'estomac par plusieurs plans successifs, pour éviter les complications. On a proposé au lieu de ligature l'écrasement de l'estomac avec des pinces. Il a opéré deux cas de pylorectomie par la méthode de Kocher. L'un était une femme qui va bien, l'autre un homme qui est mort deux mois après l'intervention. Il préfère la pylorectomie primitive à la secondaire.

**M. Villard.** — L'avantage de la ligature n'est pas seulement de permettre la rapidité de l'intervention, mais elle assure l'hémostase et donne une certaine sécurité; elle assure l'oblitération de l'estomac pendant que la suture se consolide, elle protège la suture contre les contractions stomacales. Lorsqu'on place une pince très serrée, on met en péril la vitalité des tissus, si on n'en met pas on risque, pendant qu'on fait sa suture, de voir le liquide gastrique tomber dans l'abdomen. Les objections de MM. Fochier et Vallas ont quelque valeur. Il a abrasé la muqueuse avec les ciseaux; quant au danger d'abcès et de pus dans le péritoine, il ne l'a jamais observé dans ses expériences.

**M. Bérard** — Le reproche fait aux pinces n'est pas justifié. La pince de Doyen à mors élastiques ne donne jamais d'attrition, il l'a employée dans dix cas sans inconvénient.

**M. Gangolphe** présente la radiographie du cas de trochantéroplastie qu'il a présenté à la séance précédente. On voit que la suture osseuse s'est effectuée et la forme nouvelle de la pseudarthrose.

\*\*\*

#### OBSTRUCTION INTESTINALE CHRONIQUE AVEC RÉTRÉCISSEMENT DE L'INTESTIN DUE A UNE HERNIE ÉTRANGLÉE RÉDUITE.

**M. Goullioud** présente une pièce anatomique provenant d'un malade atteint d'obstruction chronique de l'intestin dues à une réduction de hernie étranglée. Ces faits sont rares, il y en a 11 dans la thèse de Francoz qu'il a inspirée. C'est un nouveau cas d'entérectomie pour rétrécissement d'intestin. Il y avait deux sténoses marquées au bout de l'anse pincée par le collet; au-dessus du rétrécissement l'intestin était hypertrophié. A cause de l'état du malade et du ballonnement du ventre, il avait pensé à faire un anus contre nature. Deux jours avant l'intervention le malade eut une débâcle avec vomissements, le ventre devint flasque. Il fit la laparotomie médiane et l'entérectomie, mais, ne pouvant suturer les deux bouts intestinaux, il ferma le gros intestin par plusieurs plans de suture et anastomosa sur elle l'anse inférieure.

**M. Gangolphe.** — De combien datait le rétrécissement.

**M. Goullioud.** — L'étranglement avait eu lieu 20 mois avant; la hernie fut réduite par le taxis.

\*\*\*

#### RÉTRÉCISSEMENT DE L'INTESTIN GRÊLE CONSÉCUTIF A UN ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE

**M. Goullioud** présente une pièce anatomique: c'est un fragment d'intestin de 20 centimètres, enlevé par entérectomie, pour un rétrécissement de l'intestin consécutif à un étranglement herniaire.

Dans la séance du 1<sup>er</sup> décembre 1898, M. Goullioud a déjà présenté un malade à qui il avait fait une entéroanastomose pour la même affection. Il a inspiré depuis

une thèse sur ce sujet à M. Francoz (Thèse de Lyon, 1899). Cette thèse, très travaillée, ne renferme cependant que onze observations, ce qui prouve la rareté des interventions pour des cas analogues. Or, il a eu dernièrement l'occasion de voir et d'opérer un second malade.

Dans ce fait, unique, la hernie étranglée a été réduite par le taxis, tandis que, dans tous les autres cas, on avait dû faire la kélotomie. La réduction avait été faite quinze heures après l'apparition des accidents. Le malade s'est présenté au chirurgien vingt mois après.

La pièce est remarquable en ce qu'elle reproduit, d'une façon typique, les caractères de ce genre de rétrécissement, signalés dans la plupart des observations et bien mis en relief dans la thèse de Francoz.

C'est, tout d'abord, l'existence d'un double rétrécissement, correspondant aux deux bouts de l'anse herniée. Ces rétrécissements sont en diaphragme. Ils sont perméables à la pulpe du doigt. Entre eux existe une dilatation ampulaire.

Au niveau des points rétrécis, on voit, sur plusieurs centimètres, des traces de lésions péritonéales, telles que plaques cicatricielles et adhérences filamenteuses.

Au-dessus du rétrécissement supérieur, le plus accentué, l'intestin a subi non seulement une distension énorme (7 centimètres et demi de diamètre après la section), mais encore des transformations anatomiques. Il y a un épaissement des parois, une fusion des couches, à un point tel qu'il semble, en opérant, que l'on a sous les doigts un estomac plutôt qu'un intestin. Les lésions de la muqueuse expliquent sans doute un symptôme habituel : la diarrhée.

Dans ce cas, M. Goullioud ayant pu opérer, deux jours après une débâcle, a pu renoncer à l'anus contre nature qu'il avait d'abord pensé devoir faire, à cause de la distension extrême du ventre, et pratiquer d'emblée l'opération curatrice complète, l'entérectomie.

C'est l'opération de choix, à cause de l'existence de deux points rétrécis et de la diffusion des lésions.

M. Jaboulay, ayant rencontré un rétrécissement unique, a fait une entéroplastie analogue à l'opération de Heinecke-Mikulicz.

M. Goullioud, dans ces deux cas, a eu recours à deux opérations différentes.

Dans le premier, l'anse rétrécie en virole, était fortement fixée contre la paroi abdominale, dans un lit épais

de tissu fibreux. Il a rempli l'indication par une large entéro-anastomose.

Dans le dernier cas, l'anse était restée très mobile ; la lésion était double avec dilatation ampulaire ; il a préféré réséquer toute la portion malade de l'intestin. Mais il était impossible d'aboucher les deux bouts, tant leur calibre était inégal et leur constitution différente. Il a donc fermé en cœcum l'intestin dilaté et abouché le bout inférieur sur un côté de ce nouveau cœcum (triple plan de sutures).

Les deux malades ont guéri.

---

Séance du 13 juillet 1899. — Présidence de M. OLLIER.

---

**M. Albertin** lit le procès-verbal de la séance du 6 juillet, le procès verbal est adopté.

\*\*\*

#### FISTULE VÉSICO-VAGINALE CONSÉCUTIVE A UNE HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

**M. Vallas** relate l'histoire d'une femme de 47 ans, atteinte de fistule vésicale. C'est une cultivatrice sans antécédents, ni héréditaires, ni personnels. Elle était vierge. Depuis 15 mois, elle avait une tumeur abdominale avec des troubles de la menstruation et parfois des métrorrhagies vraies. A ce moment, elle eut des troubles de compression : constipation, rétention d'urine à certains moments, à d'autres incontinence seulement pendant la marche. Elle entre dans son service le 15 mai et on lui trouve un fibrome utérin. Il lui pratiqua une hystérectomie abdominale totale, au cours de laquelle la ligature des artères du ligament large fut faite au fur et à mesure de leur section ; il fit une collerette péritonéale ; sutura en surjet le péritoine, bourra à la gaze iodoformée tout le dessous de la collerette péritonéale. Quelques jours après, la plaie abdominale était cicatrisée et la malade considérée comme guérie. Mais la malade perdait ses urines ; un examen approfondi fut pratiqué et on trouva une fistule vésico-vaginale plus

large qu'une pièce de cinq francs. On fit la suture en deux séances. La malade partit guérie il y a 8 jours.

Le point intéressant, c'est le mécanisme de production de cette fistule. Il élimine une section opératoire, car ni lui ni ses aides n'ont rien constaté au cours de l'intervention; il a décollé les adhérences du fibrome avec ses doigts. Il croit qu'il s'agit de troubles circulatoires survenus dans les parois vésicale et vaginale par compression du fibrome; après son ablation la zone sphacélée, privée de son tuteur, s'est détachée et a donné la fistule constatée quatre à cinq jours après. M. Mailland, son interne, n'a trouvé aucun cas analogue dans les cas publiés d'hystérectomie abdominale.

**M. Fochier.** — On voit bien des fistules analogues signalées dans les hystérectomies vaginales, mais dans des conditions identiques plus rarement. Il a vu une malade atteinte de cancer du corps qui, au septième jour après l'intervention, perdait ses urines dans la station debout.

---

*Séance du 27 juillet 1899.* — Présidence de M. OLLIER.

---

**M. Nové-Josserand**, secrétaire, lit le procès verbal de la séance du 19 juillet 1897, qui est adopté.

\*\*\*

#### CANDIDATURE

M. Labonnardière a posé par lettre sa candidature de membre correspondant de la Société.

\*\*\*

#### ARTHRITES HÉMOPHILIQUES

**M. Nové-Josserand** présente un enfant de 6 ans 1/2, atteint d'arthropathie hémophilique.

Dans ses antécédents héréditaires on ne relève que le fait de la mortalité considérable de ses collatéraux. Deux fausses couches, 4 frères ou sœurs morts en bas âge. Un de ses frères serait également hémophile.

Les symptômes d'hémophilie remontent à la première

enfance ; le moindre traumatisme détermine chez lui des ecchymoses parfois très étendues, et les plaies même les plus superficielles sont le siège d'hémorragies difficiles à arrêter et qui avaient de la tendance à se reproduire pendant 8 ou 15 jours.

En 1895, à la suite d'une chute, il eut sur la tête deux hématomes volumineux qui durent être incisées.

Il n'a jamais eu d'hémorragie par les muqueuses.

A l'âge de 8 mois, à la suite de la rougeole, le petit malade eut des accidents douloureux du côté du radius, qui durèrent deux mois et pourraient être interprétés déjà comme relevant d'une arthropathie rachidienne ; en tout cas, depuis cette époque, il présenta, à diverses reprises des fluxions articulaires douloureuses qui frappèrent successivement l'articulation tibio-tarsienne gauche, les deux genoux, les deux épaules et le poignet droit et disparurent au bout de 10 à 15 jours sans laisser de traces.

En novembre 1898, à la suite d'une fluxion articulaire violente, le genou droit resta gros, conserva une certaine raideur, et l'enfant commença à boîter. Au mois de mars 1899, ce même genou fut le siège d'une poussée moins forte que la première, mais d'où résulta cependant une augmentation de la raideur et de la gêne fonctionnelle.

Actuellement ce genou présente l'aspect d'une tumeur blanche : augmentation diffuse du volume de l'articulation, suppression des saillies et des creux. Les culs-de-sacs sont empâtés, le choc rotulien net. La pression est un peu douloureuse sur les deux épiphyses, sans localisation précise.

Le genou est en extension presque complète ; la flexion est limitée.

Le coude droit est actuellement le siège d'une fluxion articulaire qui date de 3 jours : tuméfaction diffuse, distension des culs-de-sacs synoviaux de chaque côté du tendon des triceps. Limitation de la flexion.

Enfin on trouve des ecchymoses sur différents points du corps, notamment sur l'avant-bras et la jambe gauche.

Le foie et la rate sont normaux. Le cœur est sain, les urines sans albumine.

L'examen de sang, pratiqué par M. Thévenet, ne montre aucune anomalie ni dans la constitution histologique, ni au point de vue de la teneur de ce liquide en fibrine.

L'immobilisation dans un bandage ouaté compressif



améliora rapidement l'état du coude, mais modifia peu la lésion du genou. Pendant son séjour dans le service, l'enfant eut deux nouvelles fluxions articulaires, l'une au niveau du genou droit déjà malade et du coude droit, l'autre dans cette dernière articulation seulement. On a noté comme phénomène curieux coïncidant avec ces poussées une fréquence anormale des mictions.

Ce cas est un exemple très typique d'arthropaties hémophiliques; il présente bien, réunies sur le même sujet, les deux formes qui ont été différenciées par M. Gayet dans un intéressant travail, les formes passagères qui ressemblent à des fluxions rhumatismales permanentes qui peuvent être prises pour des tumeurs blanches.

On pourrait discuter l'indication thérapeutique. Il n'y a évidemment rien à faire contre la lésion du coude qui disparaîtra seule, mais en est-il de même du genou?

Dans un cas de Gayet, on a incisé et vidé le sang contenu dans la synoviale, et le malade a guéri, mais on sait aussi qu'il peut être dangereux de toucher à de pareils malades. Kœnig a eu une mort par hémorrhagie dans un cas où, croyant à la tuberculose, il avait réséqué. Il semble donc préférable de s'abstenir.

**M. Ruote** a vu un cas d'hémophilie chez un enfant disparaître par le traitement au sulfate de quinine et à l'arséniate de soude.

**M. Chandelux.** — Il faudrait abandonner le terme impropre d'arthrite hémophylique dans les cas à début et disparition brusques, il s'agit d'hémarthroses chez un hémophylique.

Mais on peut voir chez eux des arthrites tuberculeuses. Il se rappelle un cas, où les pointes de feu amenèrent une hémorrhagie mortelle. Il faut distinguer chez les hémophyliques deux ordres de lésions: 1° des hémarthroses; 2° des lésions chroniques développées dans l'articulation à la suite de l'épanchement sanguin.

Comme traitement il immobiliserait le malade durant au moins deux mois.

**M. Ollier.** — Le sujet a été traité dans le mémoire de Gayet et la thèse de Meynet. Il donnait à cette époque quelques résultats favorables; il a, depuis, eu des renseignements sur les différents malades qui font l'objet de ces deux travaux, tous sont morts. Le pronostic varie avec la forme: il a vu des cas à pronostic favorable; ceux analogues aux faits de M. Nové-Josserand ont un

pronostic plus réservé. Les enfants atteints appartiennent à des familles hémophyliques ; on trouve toujours l'hérédité chez les ascendants ou les collatéraux. Ces malades ont des hémorrhagies sans raison. Il se rappelle un enfant qu'on lui amena pour une tumeur blanche du coup de pied, il présentait des bleus partout, il diagnostiqua une arthrite hémophylique, plus tard le malade en eut une au genou. Il fit de la compression locale, donna un traitement général, l'enfant guérit, mais depuis il n'a plus eu de nouvelles et croit que le sujet est mort. M. Nové-Josserand a parlé des rapports de l'hémophylie et de la tuberculose ; il se rappelle un cas d'arthrite chez un hémophyle qu'il prit pour de la tuberculose, il fit de la compression et des pointes de feu et l'affection disparut. L'enfant est mort plus tard avec des accidents cérébraux dus à l'hémophylie.

Il faut distinguer des hémophylies précoces et des hémophylies tardives : il a vu deux cas de la forme tardive. Dans l'un, il s'agit d'une jeune fille de 19 ans qui, après une chute sur le genou, eut du gonflement immédiat ; on la traita pour une tumeur blanche. Un médecin fit le redressement sous anesthésie ; il se produisit, à la suite de cette manœuvre, un tel épanchement sanguin qu'on avait peine à trouver les battements de l'artère pédiéuse. Lorsqu'il vit la malade, il se préoccupa de la conservation du membre. Il se contenta de repos et de massage et eut de la peine à rétablir la circulation dans le membre.

A la suite d'une nouvelle chute, la malade eut un nouvel épanchement dans le creux poplité. C'est un cas d'hémophylie tardive. Dans l'autre, c'était un jeune homme de 27 ans qui avait eu, dans sa première enfance, des antécédents hémophyliques et qui eut une hémarthrose à 20 ans ; il se contenta de la compression. Il n'a jamais eu recours qu'à la compression comme traitement, sauf dans deux cas où, croyant avoir à faire à de la tuberculose, il fit des boutons de feu et, consécutivement, un enveloppement ouaté, il n'eut pas d'hémorrhagie.

Dans les cas d'arthrite hémophylique, il repousse toute intervention sanglante.

\*\*\*

#### AFFECTION SYMÉTRIQUE DES DEUX PIEDS

**M. Ollier** présente une malade atteinte d'affection symétrique des deux pieds. C'est une femme âgée de 24 ans qui a eu, à 16 ans, de l'œdème des jambes. Actuel-

lement, elle présente des ulcérations analogues au mal perforant. Quelle en est la cause ? Le sujet est anémique, elle n'a rien dans ses urines, on ne peut invoquer ni la syphilis, ni l'alcoolisme, ni la tuberculose, ni une affection médullaire. On n'a pas de troubles pouvant faire penser à l'hystérie. Elle a eu des lésions profondes avec élimination de séquestres osseux, le premier métatarsien va s'éliminer. Comme la cause échappe, on se contentera de traiter cette malade par le repos.

**M. Jaboulay** a vu un malade présentant au niveau du pied droit des troubles à peu près analogues : signes de maux perforants, eschare du premier orteil, douleurs. C'était un sujet de 25 ans, alcoolique et syphilitique. Il a dénudé la fémorale, à la base du triangle de Scarpa, tirailé les nerfs vasculaires. Immédiatement après l'intervention, il s'est formé une phlyctène qui a crevé au bout de 8 jours. Les eschares se sont éliminées et les douleurs ont diminué. Le malade, actuellement, est guéri de ses troubles trophiques et de ses douleurs. On pourrait faire cette intervention dans le cas de M. Ollier plutôt que l'élongation des nerfs plantaire ou sciatique.

**M. Chandelux.** — La première impression, en voyant la malade de M. Ollier, est qu'il s'agit d'un cas de lèpre.

**M. Ollier** a vu des lèpres en Orient et ce cas ne lui a pas rappelé cette affection.

\*\*\*

#### APPLICATION DE LA PONCTION DE QUINCKE AU TRAITEMENT D'UNE PARAPLÉGIE CONSÉCUTIVE A UN TRAUMATISME DE LA PORTION LOMBAIRE DE LA COLONNE VERTÉBRALE.

**M. Albertin.** — Je tiens, avant l'interruption des séances de la Société, à vous présenter ce malade, quoiqu'il soit incomplètement guéri. Il est âgé de 26 ans, exerce la profession de cultivateur à Limonest. Rien de particulier dans ses antécédents.

Il est entré à l'Hôtel-Dieu, salle St Joseph, n° 14, le 19 juin 1899, pour une paraplégie survenue dans les circonstances suivantes : debout sur le rebord d'une fenêtre il travaillait, lorsque perdant l'équilibre il tomba d'une hauteur de 10 mètres environ sur les pieds d'abord, ensuite sur les reins. Il perdit connaissance pendant

quelque temps, puis revint à lui. On l'apporta le lendemain à l'Hôtel-Dieu où je l'examinai.

L'interrogatoire du blessé, l'examen des pieds, des talons, l'examen de la région lombaire nous démontrent que c'est cette région qui a été surtout traumatisée et que s'il existe quelque lésion en ce point, on doit lui attribuer une cause directe.

Le malade, tombant sur les pieds a fléchi pour rebondir et s'étaler sur le dos contre un amas de graviers.

On ne trouve pas de signe de fracture de la colonne vertébrale, le malade peut s'asseoir, incliner le torse à droite, à gauche le fléchir ou le renverser. Les douleurs provoquées par les mouvements sont peu intenses ; il n'en est pas de même lorsqu'on exerce une pression sur les apophyses lombaires et dans le voisinage. Il n'y a pas de douleur dans un point fixe, mais une douleur diffuse de contusion dans la région sacro-lombaire. Il n'y a pas de crépitation ni de mobilité osseuse anormale. La pression ou la percussion exercée sur les crêtes iliaques ne provoque pas de douleur, le toucher rectal est négatif, il n'y a pas de fracture du bassin. On ne constate pas de saillie anormale à la face antérieure du coccyx ou du sacrum, pas d'épanchement sanguin dans les portions accessibles au doigt explorateur. Du côté des membres inférieurs on constate une paralysie incomplète, accompagnée de crampes douloureuses et de fourmillements. Les jambes se présentent comme suit : elles reposent complètement sur le plan du lit, les pieds tombent dans l'extension forcée, la face dorsale du pied, dans le prolongement de la face antérieure de la jambe. Les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse sont à peu près conservés, quoique s'exécutant difficilement. Les mouvements d'extension sont, au contraire, complètement abolis. Le malade ne peut détacher le talon du lit, et la jambe, une fois fléchie, ne peut être ramenée dans l'extension. Les mouvements d'adduction et d'abduction de la cuisse sont conservés. Les réflexes rotuliens sont abolis, les réflexes plantaires également, le réflexe crémastérien est conservé mais paraît diminué. Il existe une zone d'anesthésie à la partie antérieure de la jambe et à la face dorsale du pied. Le 9 juin, au soir, T. 38° 4.

En résumé, nous avons à faire à une paraplégie portant surtout sur les extenseurs.

Le malade est laissé au repos et mis en observation.

Du 9 au 13 juin, la température reste normale, oscille entre 37° et 37° 8. L'état est stationnaire au point de vue

paralytique. Cependant, la douleur lombaire, provoquée par les mouvements, est moindre. On voit apparaître sur la région lombaire, une large ecchymose qui fuse dans la région inter-fessière et le flanc droit. On ne trouve, à la palpation, ni mobilité anormale, ni crépitation du côté de la colonne vertébrale. La pression sur les apophyses épineuses des dernières lombaires, est toujours douloureuse.

Du 14 au 22, l'état reste le même ; la température est anormale une seule fois le 18 juin : 38°2.

Le 22 juin, j'examine de nouveau le malade et je constate que la paraplégie est sensiblement identique à ce qu'elle était au début, toujours localisée aux extenseurs.

En présence de l'ecchymose diffuse de la région lombaire, de l'absence de signes bien nets de fracture de la colonne vertébrale, puisque le malade peut s'asseoir assez facilement, j'émet l'idée que la paraplégie peut être due à un épanchement sanguin intra-rachidien et je décide de pratiquer une ponction de Quincke, pour évacuer cette collection, si elle existe.

Je pratique cette ponction, le 23 juin 1899, en suivant le manuel opératoire que m'indique mon ami Jaboulay à qui je communique mon observation. J'incise la peau sur la ligne médiane lombo-sacrée. je dénude légèrement la partie inférieure de l'apophyse épineuse de la dernière lombaire pour avoir sous l'index gauche l'interstice lombo-sacré et je ponctionne avec le gros trocart de Potain. En retirant le trocart je vois s'écouler par la canule un liquide séro-hématique de couleur jus de pruneaux absolument comparable au liquide qui persiste dans un foyer ancien d'hématome. Je recueille environ 30 à 35 centimètres cubes de ce liquide que je vous présente ici. J'attends quelques instants pour laisser écouler le liquide goutte à goutte, je retire le trocart et applique un pansement. Pendant la ponction le malade qui, pusillanime, avait été, sur sa demande, anesthésié à l'éther, n'a présenté aucun phénomène particulier du côté de l'appareil respiratoire ou circulatoire. Il est reporté dans son lit. Le lendemain le malade est examiné ; il accuse de la douleur au niveau de la région lombaire et il est difficile de déterminer exactement s'il y a une modification de l'état paralytique.

Le surlendemain, 25 juin, un nouvel examen est pratiqué. A l'interrogation formulée par nous, le malade répond qu'il lui semble que ses jambes sont moins lourdes et qu'il a plus de facilité à les mouvoir. En effet, il

peut contracter les extenseurs du gros orteil, surtout du côté gauche. La recherche des réflexes plantaires et patellaires nous permet de constater qu'ils sont esquissés, mais avec un retard très marqué.

On ne trouve plus de zone d'anesthésie. Les jours suivants, cette amélioration s'accroît. Le 29 juin on constate que les réflexes plantaires et rotuliens sont plus marqués ; le malade peut contracter ses extenseurs du pied sur la jambe quoique péniblement ; la contractilité est plus marquée encore du côté des extenseurs des gros orteils.

Le malade déclare que, de jour en jour, la faculté motrice augmente.

Le 30 juin, l'examen nous montre que l'amélioration a continué, le malade peut détacher les talons du lit ; il n'y a plus cette chute du pied dans l'extension forcée qui était caractéristique de l'attitude des membres inférieurs après l'accident.

Les réflexes sont nets, mais toujours avec un retard marqué.

A partir de cette époque, le malade a commencé à s'essayer à marcher avec des béquilles et nous a accusé une facilité progressive de la marche.

J'ai tenu à vous le présenter quoique imparfaitement guéri, car le résultat de mon intervention me paraît intéressant à noter.

Actuellement le malade marche avec tous ses mouvements des membres inférieurs ; quelques-uns ne sont pas très faciles, car le malade a encore ses extenseurs doués d'une contractilité moindre, mais la résistance musculaire est suffisante pour que le malade se tienne debout. Les réflexes sont bien nets quoique avec un peu de retard dans leur apparition après la percussion du tendon rotulien.

En présence de ces faits, quelle interprétation faut-il leur donner ? Je crois que les phénomènes paraplégiques étaient dus à une compression médullaire par un épanchement sanguin intra-rachidien, cet épanchement ayant pu se faire au niveau d'une fissure osseuse traumatique de la paroi du canal.

Le liquide retiré par la ponction ne s'est pas coagulé, il a l'aspect d'un liquide séro-hématique, mais de couleur brunâtre, jus de pruneaux, comme vous pouvez encore le constater, c'est donc bien du liquide hématique comparable à celui que l'on trouve enkysté au centre de vieux hématomes.

Je n'hésite pas à attribuer à la soustraction du liquide, par la ponction de Quinke, l'amélioration observée du côté de la paraplégie et je crois qu'il y a intérêt à vous signaler cette intervention comme pouvant trouver son indication dans certains traumatismes de la région lombosacrée s'accompagnant de phénomènes paralytiques.

**M. Gayet.** — Il est difficile de ne pas admettre une fracture; toutes les conditions se sont trouvées réalisées: chute d'un lieu élevé, violente contraction musculaire. Il se rappelle l'histoire, que lui conta Chauveau, d'un cheval qui, au moment d'être renversé sur la paille, se fractura plusieurs vertèbres par contraction musculaire. Il ne comprend pas une hémorragie se produisant dans un canal aussi bien suspendu sans fracture. Du reste, le liquide de M. Albertin ne se coagule pas, c'est de la sérosité. Il comprend que le fragment osseux déplacé ait comprimé la moelle et se soit remis en place. La moelle enflammée donne alors des produits séreux. D'autre part, si le liquide était cause de la compression, la ponction eût dû amener un soulagement immédiat. Il n'admet pas l'hémorragie intra-canaliculaire et il se demande si la ponction a été d'un grand secours thérapeutique.

**M. Fochier.** — Je ne suis pas de l'avis de M. Gayet et je crois, au contraire, que la soustraction de ce liquide hématique a parfaitement pu être le point de départ de l'amélioration. Ces hémorragies des méninges peuvent être le point de départ de pachy-méningite; leur mécanisme de production est obscur, et la façon dont elles se comportent ne l'est pas moins. Je crois que l'intervention qu'a pratiquée M. Albertin mérite toute l'attention des chirurgiens, et que l'on ne doit pas hésiter à la répéter en présence de cas analogues.

**M. Nové Josserand** cite un cas qui montre l'influence de la ponction de Quinke sur la pression du liquide céphalo-rachidien. Chez un enfant atteint de méningite tuberculeuse, qu'il vit avec M. Weil, il fit la trépanation; le cerveau faisait saillie, ne battait plus; M. Weil fit la ponction de Quinke, on vit immédiatement diminuer la pression cérébrale.

Par cette ponction on peut produire une dépression certaine du cerveau. Il ne croit pas que la ponction puisse jouer un rôle de guérison sur les accidents médullaires; peut-être agit-elle en enlevant l'hématome. C'est, en tout cas, une tentative à répéter.

**M. Jaboulay** a pratiqué la ponction de Quinke dans une série de cas ; dans les maux de Pott elle ne lui a donné aucun résultat. Dans les tumeurs du cerveau, elle est extrêmement dangereuse ; les malades éprouvent après la ponction du vertige, restant couchés trois à quatre jours. Il pensa donc que si on enlevait du liquide céphalo-rachidien, il lui fallait lui substituer un liquide médicamenteux ; il fit cette tentative chez un malade atteint de syphilis médullaire avec paralysie des quatre membres ; après ponction de Quinke, il lui injecta une solution d'iodure de potassium sous les méninges, le malade fut pris, au réveil, d'arrêt respiratoire, son cœur continua à battre une heure et il mourut. Comme agent de décompression la ponction de Quinke est dangereuse. Tout récemment il fit une nouvelle ponction pour cocaïniser et morphiniser la moelle à un malade atteint de cancer généralisé à qui il voulait enlever les ovaires. Au bout d'une heure, la malade fut prise de phénomènes parétiques et anesthésiques, de sensation de vertige.

**M. Gayet** n'a pas voulu blâmer l'acte opératoire de M. Albertin, mais indiquer que le résultat attribué à l'intervention reste discutable.

**M. Ollier** est d'avis que la méthode instituée par M. Albertin peut rendre des services, dans certains cas où l'on soupçonne un épanchement intra-rachidien. Il se rappelle une jeune fille qui, étant au bal et voulant s'asseoir, ne s'aperçut pas que sa chaise avait été déplacée ; elle tomba sur le siège, et ne put se relever. M. Ollier qui la vit peu après, constata une paraplégie complète, paraplégie qui ne fit que s'accroître dans la suite. Ne trouvant absolument aucun signe qui pût faire admettre une fracture de la colonne vertébrale, il posa le diagnostic d'épanchement sanguin intra-rachidien ; devant la persistance et l'aggravation des symptômes il songea un instant à pratiquer la ponction rachidienne, mais ne donna pas suite à son idée, ce qu'il regretta plus tard en voyant la malade mourir, deux ans après, emportée par des accidents de cachexie médullaire. Aussi en pareil cas il croit parfaitement légitime l'opération pratiquée par M. Albertin et pour son compte personnel, il n'hésiterait pas à y avoir recours.

**M. Jaboulay**, dans une ponction de Quinke chez un tétanique, a trouvé un liquide louche analogue à celui de M. Albertin. Le liquide rouge n'est pas un indice certain



de nature traumatique. Dans son cas il a trouvé des plaques d'arachnitis à l'autopsie.

Il a autrefois, à propos de l'indication de la trépanation dans les fractures, indiqué l'épanchement comme une indication. Mais, du moment qu'on se demande si on rend service au malade et que la ponction de Quincke est dangereuse, y a-t-il lieu de la faire ?

**M. Albertin.** -- Je répondrai à M. Gayet que je ne nie pas la possibilité d'une fracture, mais qu'en l'absence de tout signe net je tendais à rapporter à l'épanchement sanguin, plutôt qu'à une blessure de la moelle, la production des accidents médullaires.

Le fait que j'ai retiré du liquide séro-hématique paraît me donner raison. Quant à la relation de cause à effet entre l'intervention et les résultats, elle me paraît indiscutable. Dans une première période pré-opératoire les accidents paralytiques s'accroissent ou restent stationnaires ; dans la période post-opératoire, et dès le surlendemain, les phénomènes de paraplégie diminuent et les réflexes apparaissent. On ne peut nier que la soustraction par la ponction de Quincke, de 30 à 35 centimètres cubes de liquide séro-hématique extrait de la cavité méningienne lombo-sacrée, n'ait pu produire l'amélioration. Quant à préciser s'il y a eu fracture et l'action de la fracture sur la moelle cela me paraît difficile. Je me borne à constater que la ponction de Quincke, pratiquée dans un cas de traumatisme de la région lombo-sacrée, alors que je soupçonnais un épanchement sanguin intra-rachidien, m'a permis de retirer du liquide séro-hématique et paraît avoir déterminé une amélioration rapide des phénomènes paraplégiques.

Les Secrétaires : Dr ALBERTIN.

Dr CONDAMIN.

Le Gérant : Dr VALLAS.

---



## TABLE DES MATIÈRES

---

**Table alphabétique par noms d'auteurs des travaux de la Société depuis sa fondation jusqu'à la fin de juillet 1899.**

Les chiffres romains qui suivent l'indication du titre correspondent aux premiers fascicules des bulletins qui avaient chacun une pagination spéciale. Les articles qui ne sont pas suivis de chiffre romain correspondent aux derniers fascicules dont les paginations se suivent sans être particulières à chacun d'eux.

	Pages
<b>Allocution</b> de <b>M. OLLIER</b> , président, à la première séance de la Société. I.....	3
<b>Allocution</b> de <b>M. OLLIER</b> , président, à la première séance de l'année 1898-1899. V.....	3
<b>ALBERTIN</b> . De la taille sus-pubienne pour calculs vésicaux chez l'enfant. II.....	12
<b>Discussion</b> Aubert, Nové-Josserand, Chandellux .....	14
— Rapport sur un mémoire de M. Cuche sur le traitement des fractures de cuisse par un plan incliné. II.....	44
— Cancer de la lèvre inférieure propagé au maxillaire inférieur ; extirpation. Guérison constatée après quatre ans (présentation de malade). II.....	53
— Thérapeutique chirurgicale de la gangrène herniaire. III.....	45
— Intervention chirurgicale dans les fractures du crâne. III.....	3
<b>Discussion</b> Nové-Josserand, Ollier, Vallas...	10
— Albertin, Gangolphe.....	18

	Pages
<b>ALBERTIN.</b> Malformation congénitale utéro-vaginale. Indépendance complète de l'utérus et du vagin. IV... ..	4
<b>Discussion</b> Fochier, Gangolphe.....	10
— Cancer de la lèvre et du maxillaire inférieurs récidivé quatre fois.....	3
<b>Discussion</b> Martin, Vallas.....	89
— Luxation de la tête radiale isolée ou combinée à la fracture du cubitus.....	33
<b>Discussion</b> Vallas, Ollier.....	36
— Pied bot invétéré, tarsoplasie à l'aide de l'ostéoclaste.....	45
<b>Discussion</b> Fochier, Vallas, Vincent, Ollier, Albertin.....	47
— Intoxications par l'emploi chirurgical de l'orthoforme.....	182
— Résection bilatérale de la branche périméale du nerf honteux interne dans la cystite douloureuse.....	279
<b>Discussion</b> Chandelux, Rochet, Ollier, Jaboulay, Albertin.....	281
— Application de la ponction de Quinke au traitement d'une paraplégie consécutive à un traumatisme de la portion lombaire de la colonne vertébrale.....	333
<b>Discussion</b> Gayet, Fochier, Nové-Josserand, Jaboulay, Ollier, Albertin.....	337
<b>AUGAGNEUR.</b> De la valeur du traitement d'épreuve dans le diagnostic des ulcérations tuberculeuses et syphilitiques. I.....	24
<b>Discussion</b> Horand, Fochier, Gangolphe, Vallas, Augagneur.....	25
<b>BATUT.</b> Fracture de l'astragale et du péroné. Astragalectomie.....	124
<b>Discussion</b> Ollier, Gangolphe.....	126
— Amblyopie due à la persistance du canal de Cloquet (présentation de malade).....	234
X — corps étrangers du coude (présentation de pièce).....	234
— Deux cas de fracture compliquée de la jambe (présentation de malade et de pièce).....	306
<b>Discussion</b> Gangolphe, Vallas, Ollier, Batut	311

	Pages
<b>BÉRARD.</b> Résection étendue de la vessie pour tumeur maligne du dôme vésical.....	40
— Péritonite tuberculeuse suppurée avec gaz..	301
<b>Discussion</b> Vallas, Aubert, Fochier, Bérard, Condamin.....	303
<b>BÉRARD et DELORE.</b> Occlusion intestinale par diverticule de Meckel. Laparotomie.....	69
<b>Discussion</b> Gangolphe, Nové-Josserand, Chandelux.....	74
<b>BOISSON et CHAPOTOT.</b> Des lésions anatomiques de l'affection dite « le pied forcé du soldat ».....	154
X <b>CHANDELUX.</b> De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. II.....	9
<b>Discussion</b> Vallas, Fochier.....	12
— Gangolphe.....	15
— Condamin, Fochier, Gangolphe..	18
— Procédé pour obtenir la continence du méat hypogastrique après l'épicystotomie. IV....	22
— Deux signes en faveur de la non intervention dans les fibromes volumineux de l'utérus..	19
<b>Discussion</b> Condamin, Fochier, Chandelux, Goullioud.....	22
— Fracture de la rotule.....	74
<b>Discussion</b> Vallas, Gayet, Durand, Gangolphe, Chandelux, Ollier.....	77
— Lymphadénie infectieuse avec périodes fébriles.....	189
<b>Discussion</b> Rochet, Condamin, Goullioud, Fochier, Chandelux.....	206
<b>COMTE.</b> Exostose de l'omoplate (présentation de pièces).....	36
<b>CORDIER.</b> Traitement des bartholinites chroniques. II.....	18
<b>Discussion</b> Rochet, Cordier, Jaboulay, Horand	20
<b>DESTOT.</b> Série d'appareils destinés à déterminer la position des corps étrangers dans l'organisme.....	311
<b>DURAND.</b> De la luxation médio-tarsienne. III....	78
<b>Discussion</b> Gangolphe.....	82

	Pages
<b>DURAND.</b> Infiltration d'urine chez un nourrisson de 15 mois. Guérison. IV.....	39
<b>Discussion</b> Gangolphe, Ollier, Fochier, Vincent, Durand.....	42
— Cancer du rectum, ablation après établissement d'un anus iliaque définitif (présentation de malade).....	149
<b>Discussion</b> Gangolphe, Durand.....	151
— Greffes dermo-épidermiques par la méthode de M. Ollier.....	216
<b>Discussion</b> Nové-Josserand, Ollier, Durand...	218
<b>FOCHIER.</b> Fluctuation d'une tumeur solide de l'utérus (Présentation de pièce).....	110
<b>Discussion</b> Condamin, Fochier, Goullioud...	111
— Dispositif permettant de faire des mensurations précises sur les épreuves radiographiques.....	283
<b>Discussion</b> Condamin, Vallas, Nové-Josserand, Fochier.....	299
<b>GANGOLPHE.</b> De l'ablation du cancer du rectum. I.....	14
<b>Discussion</b> M. Pollosson, Ollier, Nové-Josserand, Gangolphe, Vallas.....	19
— Ablation de l'astragale, du calcanéum et de l'épiphyse inférieure du tibia pour arthrite tuberculeuse (présentation de malade). II..	25
— Fracture obstétricale de l'humérus, paralysie radiale, libération du nerf. II.....	27
<b>Discussion</b> Vincent, Fochier, Jaboulay.....	28
— Vincent.....	41
— Tuberculose péritonéale traitée par les injections d'oxygène (présentation de malade). II	48
<b>Discussion</b> Condamin, Chandelux.....	49
— Colostomie iliaque par le procédé de la double ligature (présentation de malade). III.....	24
<b>Discussion</b> Vallas, Gangolphe.....	24
— Tétanos chirurgical. III.	37
<b>Discussion</b> Vallas, Goullioud. III.....	37
— Exploration digitale de l'œsophage dans toute sa longueur. III.....	37
— Allongement du membre inférieur variqueux (présentation de malade). IV.....	21

	Pages
<b>GANGOLPHE.</b> Goitre suffocant, trachéotomie, isolement et sculèvement de la partie plongeante rétrosternale, canule à demeure pendant un an, résultats éloignés 6 ans 1/2 plus tard (présentation de malade). IV....	28
— Dentier implanté dans la portion thoracique de l'œsophage, fistule trachéo-œsophagienne. Œsophagotomie externe, guérison (présentation de malade). IV.....	31
— Cystite tuberculeuse, cystostomie sus-pubienne (présentation de malade). IV.....	37
<b>Discussion</b> Ollier, Rochet, Fochier, Gangolphe	37
— Anus contre nature, par le procédé de la double ligature (présentation de malade), IV..	38
— Lipome de la région sacro-coccygienne (présentation de malade). IV.....	45
<b>Discussion</b> Rochet, Albertin. IV.....	45
— Lipome sacro-lombaire (présentation de malade).....	6
— Tuberculose para-synoviale (présentation de malade).....	14
<b>Discussion</b> Vallas, Sabatier, Ollier, Gangolphe	14
— Dentier arrêté dans la portion thoracique de l'œsophage, évacuation spontanée (présentation de pièce).....	59
— Incision intra-péritonéale d'emblée dans la cure radicale de l'anus contre nature (présentation de malade).....	60
<b>Discussion</b> Villard.....	61
— Tumeur sus-sternale (présentation de malade)	103
<b>Discussion</b> Chandelux, Fochier, Gangolphe, Vincent.....	105
— Déformation singulière du poignet inexactement dénommée subluxation spontanée (présentation de malade).....	117 et 127
<b>Discussion</b> Bérard, Nové-Josserand, Fochier, Vallas, Gangolphe.....	123
— Fochier, Ollier.....	133
— Fibrome utérin (présentation de pièce).....	124
X — Deux kystes ovariens avec torsion du pédicule (présentation de pièces).....	235

	Pages
<b>GANGOLPHE.</b> Ostéo-sarcome (présentation de malade).....	247
<b>Discussion</b> Vallas, Ollier, Nové-Josserand...	248
— Ostéomyélite infectieuse diaphysaire (présentation de malade).....	273
<b>Discussion</b> Nové-Josserand, Ollier, Gangolphe	277
— Désarticulation inter-scapulo-thoracique (présentation de malade).....	279
— Sur la gastrostomie par le procédé de Fontan	
<b>Discussion</b> Vallas, Bérard.....	314
— Intervention dans un cas de pseudarthrose dans une fracture du col fémoral (présentation de malade).....	316
<b>GAYET.</b> Deux cas de kystes congénitaux intra-orbitaires, I.....	126
Déchirure du droit externe de l'œil (présentation de malade). III.....	29
— Néoplasme de l'œil (présentation de malade). III	39
<b>Discussion</b> Vallas, Gayet, Ollier. III.....	41
— Traitement de la myopie par extraction du cristallin. III.....	77
-- Exophtalmie intermittente. IV.....	11
— Traitement de certains corps étrangers de la chambre antérieure de l'œil.....	50
<b>Discussion</b> Ollier.....	52
— Lympho-sarcome généralisé avec tumeur orbitaire.....	112
<b>Discussion</b> Condamin, Chandelux, Gayet....	116
— Restauration des paupières ectropionnées....	221
<b>Discussion</b> Vallas, Gayet, Gangolphe, Ollier	225
<b>GOULLILOUD.</b> Gastro-entérostomie en Y par le procédé de Roux. IV.....	16
<b>Discussion</b> Vallas, Gangolphe.....	20
— Rétrécissement de l'intestin consécutif à un étranglement herniaire. Entéro-anastomose	25
— Gastro entérostomie en Y.....	27
<b>Discussion</b> Sabatier, Vallas, Chandelux, Goullioud.....	28
— Une observation de grossesse extra-utérine ..	185



	Pages
<b>GOULLIOUD.</b> Deux cas de pylorectomie.....	288
— Obstruction intestinale chronique par rétrécissement de l'intestin consécutif à un étranglement herniaire (présentation de deux pièces)	326
<b>HORAND.</b> Polypes multiples du rectum. II.....	3
<b>Discussion</b> Fochier, Vallas. I.....	9
<b>JABOULAY.</b> Tumeurs fibreuses des deux ovaires enlevées par la voie vaginale après section médiane de l'utérus (présentation de pièces). II	24
— Ablation de l'omoplate et de la moitié supérieure de l'humérus ; reconstitution spontanée de liens cleido-huméraux. IV .....	43
— Rôle du sympathique dans les névralgies.....	178
— Ostéome du brachial antérieur en voie de résorption.....	305
<b>JOURDANET.</b> <i>Pityriasis rubra</i> chronique .....	257
<b>Discussion</b> Rochet, Ollier.....	258
<b>LAROYENNE.</b> Essai de réhabilitation du traitement des hémorroïdes par la cautérisation. III	66
<b>Discussion</b> Goullioud, Vallas, Laroyenne, Albertin, Gangolphe, Fochier. III.....	68
<b>MARTEL.</b> Amputation interscapulo-thoracique (présentation de pièce). II.....	57
<b>Discussion</b> Rochet, Ollier, Gangolphe.....	61
Etienne <b>MARTIN.</b> Fracture du crâne (observation et présentation de dessins). III.....	13
<b>C. MARTIN.</b> Ostéo-sarcome du maxillaire inférieur, résection, prothèse (présentation de malade)	282
<b>NOVÉ-JOSSERAND.</b> Nouvelle méthode de restauration urétrale dans l'hypospadias. II	21
<b>Discussion</b> Rochet, Nové-Josserand.....	24
— Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de pistolet, laparotomie, suture de deux perforations coliques, guérison. III .....	31
— De la méthode de Whitehead dans le traitement des hémorroïdes. IV .....	24
<b>Discussion</b> Vincent, Gangolphe, Vallas, Nové-Josserand, Ollier. IV.....	27

	Pages
<b>NOVÉ-JOSSERAND.</b> De la position élevée de l'omoplate.....	92
— Greffes dermo-épidermiques d'Ollier, résultat (présentation de malade).....	106
<b>Discussion</b> Fochier, Rochet, Nové-Josserand	109
— Exstrophie vésicale opérée par la méthode de Maydl (présentation de malade).....	211
— Malformation congénitale du membre inférieur droit, intervention, résultats (présentation de malade) ...	259
<b>Discussion</b> Siraud, Ollier,.....	260
— Luxation congénitale de la hanche traitée par la méthode de Lorenz (présentation de malade).....	260
— De la radiographie dans le diagnostic et le traitement de la coxalgie.....	316
— Arthrites hémophiliques.....	329
<b>Discussion</b> Ruotte, Chandelux, Ollier .....	331
<b>OLLIER.</b> Etablissement d'une articulation cleido-humérale après la résection de la tête humérale et de l'omoplate (présentation de malade. III .....	15
— De l'ostéotomie du col fémoral dans l'ankylose de la hanche. III .....	69
— Résection totale du coude datant de 28 ans, constitution de la néarthrose restée intacte malgré l'invasion des organes internes par la tuberculose. IV.....	21
— Luxation traumatique de l'épaule datant du jour de la naissance, résection humérale résultats (présentation de malade). IV.....	45
— Traitement des arthralgies anciennes et rebelles par la résection.....	137
<b>Discussion</b> Albertin.....	153
— Ollier, Gangolphe.....	177
— Les ossifications du brachial antérieur consécutives aux luxations du coude.....	9
<b>Discussion</b> Fochier, Gangolphe.....	13
— Rollet.....	29
— Autopsie d'une articulation du coude réséquée il y a 28 ans 1/2.....	38
<b>Discussion</b> Fochier.....	40

	Pages
<b>OLLIER.</b> Carpalgie des adolescents.....	244
<b>Discussion</b> Gangolphe, Ollier.....	247
— Ankyloses multiples, résections.....	318
<b>Discussion</b> Gangolphe, Ollier.....	319
— Affection symétrique des deux pieds.....	332
<b>Discussion</b> Jaboulay, Chandelux, Ollier.....	333
<b>PIÉRY.</b> Cancer musculaire lisse de l'ovaire (présentation de pièces). III.....	2
— Tuberculose verruqueuse du pied (présentation de malade). III.....	77
— Tumeur ostéo-cartilagineuse des parties molles de la jambe (présentation de pièce). III.....	41
<b>M. POLLOSSON.</b> Balles de revolver dans le cerveau, radiographie.....	56
<b>Discussion</b> Gangolphe, Durand.....	57
<b>ROCHET.</b> Résection du maxillaire inférieur pour épithélioma récidivé de la lèvre. Guérison depuis 8 ans. III.....	23
— Valeur des incisions antérieures dans la résection de la hanche. III.....	82
<b>Discussion</b> Vallas, Ollier. III.....	84
— Traitement chirurgical des prostatiques. II....	30
<b>Discussion</b> Nové-Josserand, Gangolphe.....	35
— Vallas.....	51
— Chandelux.....	63
— Compression de la branche profonde du nerf radial dans un foyer de fracture. Dégagement du nerf.....	17
<b>Discussion</b> Nové-Josserand.....	19
— Restauration du canal de l'urèthre dans l'hypospadias.....	262
<b>Discussion</b> Nové-Josserand.....	266
<b>ROLLET.</b> Corps étranger articulaire d'origine traumatique.....	320
— Lame de couteau implantée dans les orbites (présentation de malade).....	254
<b>Discussion</b> Gayet, Ollier.....	256
Résultat de l'intervention.....	262

	Pages
<b>SIRAUD.</b> Main bote et absence congénitale du radius. Pieds bots et absence partielle congénitale du tibia (présentation de malade). IV.	12
<b>Discussion</b> Vincent, Albertin, Gangolphe.....	16
— Exostose sous-unguéale de l'annulaire droit..	67
<b>Discussion</b> Chandelux, Siraud, Vallas, Ollier.....	68
<b>VALLAS.</b> Ostéotomie médiane de l'os hyoïde, ses indications générales. I.....	10
<b>Discussion</b> Gangolphe, Jaboulay, Vallas, Condamin; Ollier.....	13
— Pharyngotomie trans-hyoïdienne (présentation de malade. II.....	49
<b>Discussion</b> Albertin, Vallas.....	50
— Deux cas de prolapsus du rectum traités par l'amputation III.....	25
<b>Discussion</b> Laroyenne, Ollier, Condamin, Fochier, Vallas. III.....	28
— Fracture de la rotule (présentation de malade)	3
— Pied plat valgus douloureux, ablation de l'astragale.....	7
<b>Discussion</b> Gangolphe, Ollier.....	8-14
— Fracture compliquée de la voûte du crâne, début de méningite, trépanation, guérison (présentation de malade).....	58
— Gastro-entérostomie en Y.....	135
<b>Discussion</b> Villard, Goullioud.....	135
— Greffe opératoire d'un néoplasme (présentation de malade).....	151
<b>Discussion</b> Fochier, Gangolphe, Jaboulay...	152
— Traitement de la péritonite aiguë par la laparotomie.....	225
<b>Discussion</b> Nové-Josserand, Goullioud.....	236
— Rochet.....	248
— Gangolphe, Chandelux, Condamin, Nové-Josserand, Fochier.	268
— Fracture de la rotule, suture des ailerons, excellent résultat fonctionnel.....	233
— Sarcome cutané avec lipomes sous-cutanés multiples (présentation de malade).....	317
<b>Discussion</b> Augagneur, Gangolphe, Albertin	318

	Pages
<b>VALLAS</b> Fistule vésico-vaginale tardive consécutive à une hystérectomie abdominale totale.....	328
<b>Discussion</b> Fochier .....	329
<b>VILLARD</b> . Pylorectomie par un nouveau procédé	321
<b>Discussion</b> Vallas, Fochier, Bérard, Goullioud, Gangolphe, Villard .....	323
<b>VILLARD</b> et <b>VIGNARD</b> . Lymphangiome de l'aisselle.....	321
<b>Discussion</b> Fochier, Durand, Villard.....	232
— Ollier, Fochier, Gangolphe .....	234
<b>VINCENT</b> . Question de priorité sur le traitement du pied-bot par le modelage du tarse à l'aide de l'ostéoclaste. IV.....	34
— Bec de lièvre compliqué, gueule-de-loup, cheiloplastie, uranoplastie, staphylorrhaphie (présentation de malade).....	53
<b>Discussion</b> Fochier, Ollier.....	54
— Fracture compliquée du poignet, phénomènes infectieux et gangréneux (présentation de malade).....	55
<b>Discussion</b> Ollier .....	56
— Ostéomyélite très grave du tibia, régénération.....	95
<b>Discussion</b> Vallas, Albertin, Gangolphe, Vincent .....	101
<b>VIOLET</b> . Fibrome utérin à évolution rapide (présentation de pièce).....	5
— Tumeur de l'ovaire (présentation de pièce)....	24





# LIBRAIRIE Louis SAVY

*5, rue du Plat (35, place Bellecour) LYON*

**DUPLAY et RECLUS.** — Traité de chirurgie.

**LE DENTU et DELBET.** — Traité de chirurgie clinique et opératoire.

**TILLAUX.** — Traité de chirurgie clinique.

**POLLOSSON.** — Précis de médecine opératoire.

**ROCHET.** — Traité de la dysurie sénile.

**FORGUES et RECLUS.** — Traité de thérapeutique chirurgicale.

**TERRIER et HARTMANN.** — Chirurgie de l'estomac.

**CHALOT.** — Traité de chirurgie opératoire.

**ASSORTIMENT COMPLET D'OUVRAGES DE MÉDECINE**

**ANCIENNE MAISON A. WALTENER**

## IMPRIMERIE P. LEGENDRE & C<sup>ie</sup>

*14, Rue Bellecordière, LYON*

Imprimeurs de « **La Province Médicale** »

et du « **Bulletin de la Société de Chirurgie** »

### THÈSES, TRAVAUX SCIENTIFIQUES

*Mémoires, Brochures, etc., etc.*

### SPÉCIALITÉ D'AFFICHES

DE TOUS FORMATS

# INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE

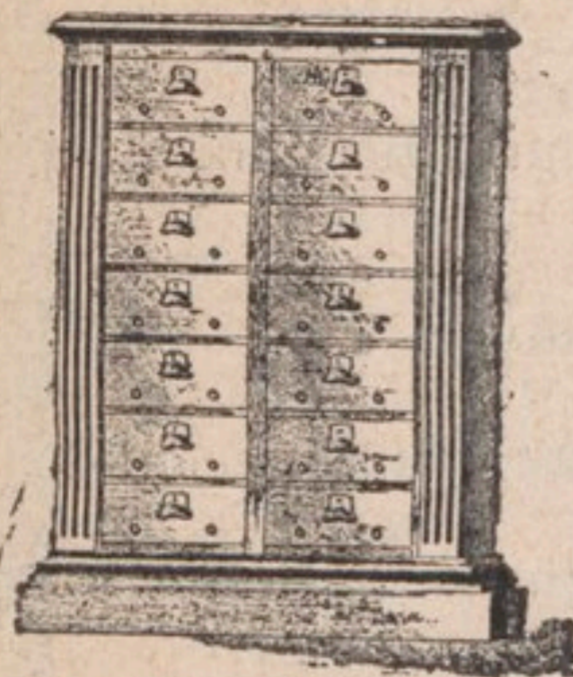
Fondateur : D' Marcel BAUDOIN

## I. — Musée de Bibliographie : Service Scientifique des Prêts.

**Bibliothèque circulante :** Sciences Biologiques. — Clichés typographiques circulants. — Fiches Bibliographiques circulantes. — Documents scientifiques de tout ordre circulants (Portraits, Dessins, Photographies, etc.). — Fiches analytiques circulantes.

## II. — Agence Bibliothéconomique : Service Commercial proprement dit.

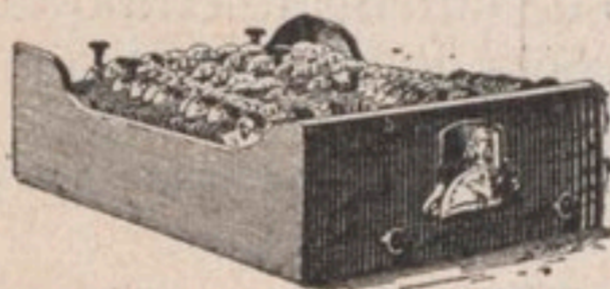
Vente de Fiches et de Meubles à Fiches (Modèle breveté Marcel Baudouin). — Matériel spécial pour Classement. — Confection de Catalogues. — Installation et Classement de Bibliothèques, de Musées, etc. — Traductions scientifiques. — Analyses scientifiques spéciales. — Recherches bibliographiques. — Tables de Matières pour Journaux. — Vente de Bibliothèques (Modèles économiques spéciaux pour Savants), etc.



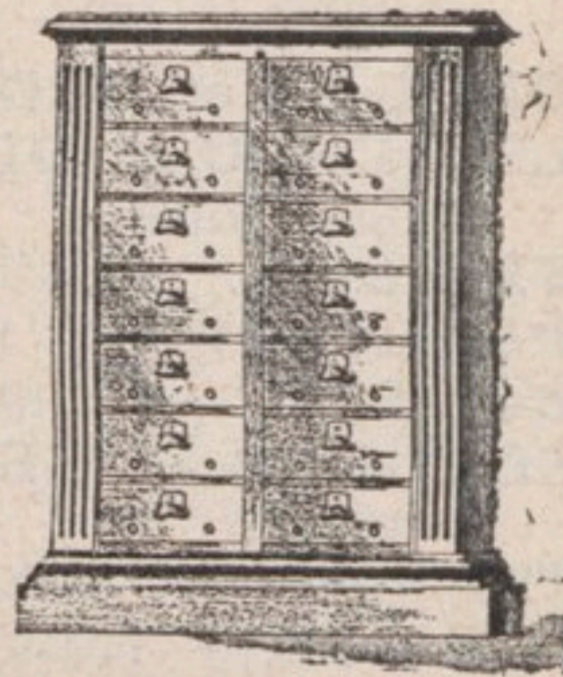
INSTITUT DE BIBLIOGRAPHIE DE PARIS

MEUBLES A FICHES

TIROIRS A FICHES



Modèles Internationaux Marcel Baudouin  
Brevetés



III. — Agence Centrale de la Presse Scientifique.  
Organisation de Congrès nationaux et internationaux, Entreprises de comptes rendus instantanés, analytiques ou sténographiques pour Congrès scientifiques et Sociétés savantes; Administration de Sociétés Savantes; Brochures de Congrès. — *Publicité Scientifique et Commerciale.*

## IV. — IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE et LITHOGRAPHIQUE

Ateliers de Reliure, Brochage, Réglure, Registres, etc.

*Éditions de grand Luxe  
et de Raretés bibliographiques.*

PARIS — 93, Boulevard Saint-Germain, 93 — PARIS

# Archives Provinciales de Chirurgie - Archives Provinciales de Médecine

PARAISSANT TOUS LES MOIS

Rédacteur en Chef : D<sup>r</sup> Marcel BAUDOIN. — BUREAUX : boulev. St-Germain, 93, PARIS.

**ARCHIVES  
PROVINCIALES  
DE  
CHIRURGIE**  
Paraissant tous les Mois

**FONDATEURS**

BOYER	CHASSAGNARD	CHASSAGNARD
BOYER	CHASSAGNARD	CHASSAGNARD
BOYER	CHASSAGNARD	CHASSAGNARD

**REDACTEUR EN CHEF**  
MARCEL BAUDOIN

**TOME II**  
DEUXIÈME ANNÉE  
Janvier - Décembre 1893

*Ce volume de 300 pages renferme dans le texte 4 grands tableaux synoptiques et 23 photographies en relief, dont 159 en trois et 3 en couleurs, 101 à la demi-teinte et 3 portraits hors texte.*

PARIS  
BUREAUX DES ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE  
16, BOULEVARD SAINT-GERMAIN 93  
1893

Toutes les lettres, communications, livres, journaux, mandats relatifs, soit à la Rédaction, soit à l'Administration, doivent être adressés *franco* à M. le Rédacteur en Chef, Gérant des Archives Provinciales de Médecine, 93, boulevard St-Germain, Paris.

### PRIX DE CHAQUE ABBONNEMENT :

France et Algérie . . . . . 20 fr.  
Recouvré à domicile . . . . . 20 50  
Pays étrangers compris  
dans l'Union postale . . . . . 23 »

Prix du Numéro : 2 Fr.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'Administration de la Revue expédie tous les numéros parus depuis le 1<sup>er</sup> janvier.

**ARCHIVES  
PROVINCIALES  
DE  
MÉDECINE**  
Paraissant tous les Mois

**FONDATEURS**

BOYER	CHASSAGNARD	CHASSAGNARD
BOYER	CHASSAGNARD	CHASSAGNARD
BOYER	CHASSAGNARD	CHASSAGNARD

**REDACTEUR EN CHEF**  
MARCEL BAUDOIN

**Tome I - N° 2 - 1<sup>er</sup> Février 1900**

**SOMMAIRE**

*Et. Nourin de 50 pages renferme dans le texte 50 photographies en relief, dont 45 à la demi-teinte et 5 en couleurs et 6 en noir, dont 4 portraits et 10 hors-texte.*

PARIS  
INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE  
16, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93  
1899

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Grand Journal hebdomadaire illustré : Informations médicales générales ultra-rapides.

Rédacteur en chef : D<sup>r</sup> Marcel BAUDOIN. — BUREAUX : 93, Boulevard Saint-Germain, PARIS

Toutes les lettres, communications, livres, journaux, mandats relatifs soit à la Rédaction, soit à l'Administration doivent être adressés *franco* à M. le Rédacteur en chef 93, Boulevard Saint-Germain, PARIS.

PRIX DE L'ABONNEMENT : France et Algérie, 10 fr.; Recouvré à domicile, 10 fr. 50; Pays étrangers, compris dans l'Union postale, 12 fr.; Recouvré à domicile, 12 fr. 50. — Prix du Numéro. 0 fr. 20.



