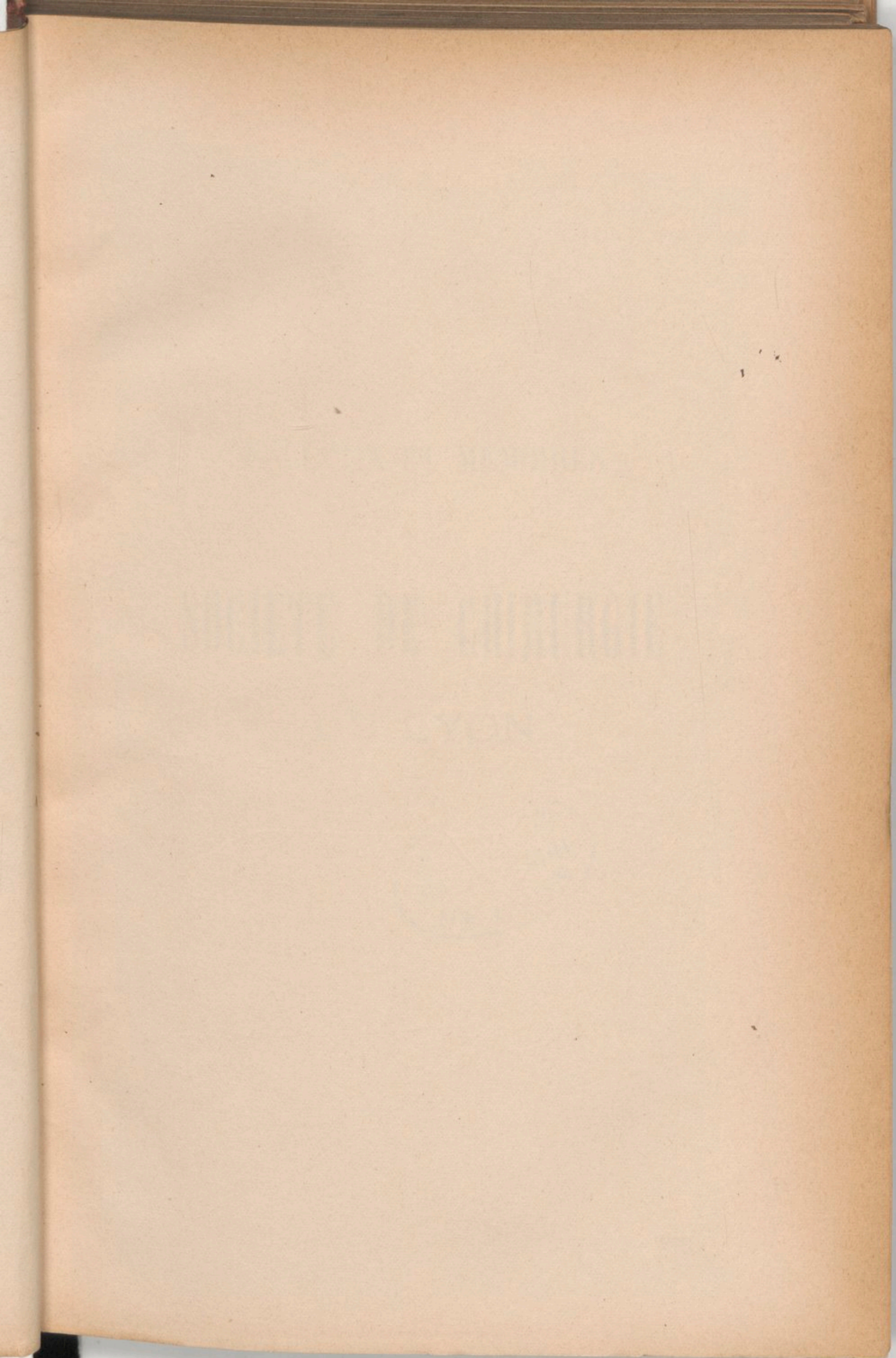


112



BULLETIN ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON



1878.



137695

137695

BULLETIN ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

TOME IV

Année 1900-1901



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1900

18

BULLETIN

137695

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

—*—
Année 1900-1901

Tome IV, 1^{er} Fascicule
NOVEMBRE-DÉCEMBRE
1900



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}
Anc^{ie} Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1899-1900



BUREAU

<i>Président</i>	MM. FOCHIER.
<i>Vice-Président</i>	GAYET.
<i>Secrétaire général</i>	VALLAS.
<i>Trésorier-archiviste</i> ...	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i>	{ DURAND NOVÉ-JOSSERAND.

MEMBRES

ALBERTIN.	JABOULAY.
AUBERT.	LAROYENNE.
AUGAGNEUR.	MARTEL.
BÉRARD.	MARTIN.
BERNE.	NOVÉ-JOSSERAND.
CHANDELUX.	POLLOSSON (Maurice).
CLAUDOT.	POLLOSSON (Auguste).
CONDAMIN.	ROCHET.
CORDIER.	ROLLET.
DURAND.	SABATIER.
FOCHIER.	SIRAUD.
GANGOLPHE.	TIXIER.
GAYET.	VALLAS.
GOULLILOUD.	VILLARD.
HORAND.	VINCENT.

MEMBRES CORRESPONDANTS

BATUT.	LABONNARDIÈRE.
CURTILLET.	RUOTTE.

MEMBRES DÉCÉDÉS

MARCUS,	OLLIER.
<i>Membre Correspondant.</i>	<i>Président d'honneur.</i>

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Séance du 8 novembre 1900. — Présidence de M. FOCHIER.

DÉVELOPPEMENT SOUS-PÉRITONÉAL DE L'HYDRONÉPHROSE

M. A. Fochier. — Deux de nos collègues et moi nous avons eu à examiner un cas d'hydronéphrose, dans des conditions si peu communes que, tous les trois, ayant à porter un diagnostic, nous avons hésité seulement entre une péritonite tuberculeuse et un kyste de l'ovaire.

Cette exclusion de la possibilité d'une hydronéphrose tient aux conditions dans lesquelles se développe habituellement l'affection. A ne prendre même que les cas où le rein est mobile, la poche pyélo-rénale forme bien une tumeur « tout entière située au-dessous des côtes et venant facilement se mettre en contact avec la paroi antéro-latérale de l'abdomen », mais en même temps ses rapports avec le côlon sont ainsi décrits par Albarran (*in* *Traité de Chirurgie*): « A droite, le côlon se trouve refoulé en bas et en dedans, en sorte qu'on peut souvent constater sa présence sur la face antérieure de la tumeur; du côté gauche on voit, au contraire, le côlon former une anse à concavité inférieure et interne qui circonscrit la tumeur rénale ». Dans ces mêmes hydronéphroses à développement antérieur, le ballottement lombo-abdominal peut manquer et, si les kystes de l'ovaire peuvent être

confondus avec les volumineuses uronéphroses, « c'est surtout lorsque des adhérences les fixent au-dessous du foie ».

Il semble donc bien démontré qu'une zone de sonorité sous-hépatique soit le principal moyen de distinguer un kyste de l'ovaire d'une hydronéphrose volumineuse.

Dans notre cas il s'agissait d'une fillette de quatre ans dont le ventre avait toujours été gros, au dire des parents, mais avait grossi surtout depuis décembre 1899. A ce moment, à l'occasion de douleurs abdominales, un médecin avait constaté la tumeur et pensé à une péritonite tuberculeuse. La tumeur ne fit que grossir et, au moment de notre examen, en juin, elle distendait l'abdomen. Elle était constituée manifestement par une poche liquide saillante, peu étalée tout au moins, nettement limitée en haut par une zone sonore à concavité inférieure. La sonorité descendait plus bas à gauche qu'à droite, mais, de ce côté, allait jusqu'au sommet du flanc. La tumeur paraissait plonger dans le bassin. Tous ces signes étaient en faveur d'un kyste de l'ovaire. Mais, en haut et à gauche, on voyait une anse intestinale rectiligne à direction transversale, paraissant se perdre sous les fausses côtes gauches, présentant des renflements qui rendaient incontestable la présence du gros intestin, et qui ne pouvait être que le colon transverse. Cette anse était nettement adhérente à la poche liquide. Comment expliquer l'adhérence au côlon transverse d'un kyste de l'ovaire qui n'avait pas donné lieu à des douleurs importantes? Une ascite enkystée devenait, de ce fait, probable. Dans tous les cas le diagnostic restait hésitant. Les parents attendirent le mois d'octobre pour se décider à la laparotomie. Le pourtour abdominal avait subi des fluctuations insignifiantes (de trois centimètres au plus).

Une incision de sept centimètres fut faite à égale distance de l'ombilic et des pubis. Le péritoine ouvert, je vis, au devant de la tumeur, étalée sur la paroi, une trompe à direction oblique de haut en bas, et de *gauche à droite*, dont le pavillon était en haut, bien à gauche de la ligne médiane. Je pensai alors à un kyste du parovaire *gauche*. La ponction donna un écoulement de quatre à cinq litres d'un liquide non teinté, et ne fit que

me confirmer dans mon diagnostic. Mais la poche évacuée, et une incision faite au péritoine pour la détacher du ligament large, je vis que j'étais dans le ligament large *droit*, et je détachai la poche jusqu'au bord droit de l'utérus. Le pôle inférieur de la poche, une fois libéré, je continuai dans la fosse iliaque droite et j'arrivai ainsi au niveau de la crête iliaque. A ce moment, je trouvai l'uretère, non dilaté, s'abouchant dans la poche. Le diagnostic d'hydronéphrose était certain. D'ailleurs, le rein étalé apparut alors sur le côté externe de la poche, descendant jusqu'au-dessous de la crête iliaque. Le rein présentait douze centimètres au moins de hauteur. Je pus, sans agrandir l'incision, détacher le pôle supérieur qui ne remontait pas très haut, et lier le paquet vasculaire. L'incision péritonéale postérieure avait dû être agrandie et longeait le cœcum et le colon ascendant qui étaient descendus par le fait de l'évacuation de la poche. C'était le cœcum et le colon ascendant qui, adhérents à la tumeur, en haut et à gauche de la ligne médiane, avaient été pris pour le colon transverse. J'enlevai la trompe et l'ovaire droits, trop isolés pour ne pas pouvoir devenir la cause de douleurs à la puberté. Je fermai la loge postérieure, puis la paroi.

Pendant le détachement de la poche, un plan de clivage un peu trop interne m'avait mené sur l'aorte que j'avais vue et tirillée, mais non dénudée, sur une étendue de quatre centimètres. Avant la suture de la paroi, les intestins m'avaient paru très congestionnés, violacés, et le foie aussi. La malade eut des hématomés peu abondantes, mais inquiétantes, pendant 36 heures. Est-ce à un tiraillement des plexus aortiques qu'il faut les rapporter? Elle eut aussi une angine herpétique, de la constipation tenace, mais tout se passa très bien du côté de l'abdomen et de la sécrétion urinaire (1).

L'hydronéphrose était, sans doute, la conséquence d'un abaissement congénital du rein. Au niveau de l'abouchement de l'uretère dans la poche, il n'y avait ni valvule ni rétrécissement.

Mais ce que démontre avant tout ce fait, c'est qu'une

(1) La petite malade va très bien actuellement (Février 1901).

hydronéphrose peut se développer en arrière du péritoine, bridée par des fascias qui l'obligent à cheminer dans la fosse iliaque et dans l'excavation pelvienne, à refouler en haut des portions de l'intestin fixées anatomiquement dans les fosses iliaques, peut se conduire, en somme, comme certaines tumeurs des ligaments larges, mais en suivant, tout d'abord au moins, une marche inverse, en descendant au lieu de remonter. Ce fait nous a paru important à consigner, parce qu'il renferme des enseignements multiples, soit pour le diagnostic, soit pour l'intervention opératoire.

M. Villard. — Si on cherche à établir la pathogénie de cette lésion, ne peut-on se demander si le rein n'était pas en ectopie congénitale ? En se déplaçant aussi bas que l'a vu M. Fochier, le rein aurait provoqué une coudure de l'uretère et déterminé ainsi une hydronéphrose.

M. Condamin se rappelle avoir vu, dans le laboratoire de M. Testut, un fœtus dont le rein ectopie occupait la fosse iliaque au niveau de l'articulation sacro-iliaque. Peut-être pourrait-on invoquer, dans le cas de M. le professeur Fochier, une ectopie rénale qui, en tous cas, expliquerait ce large décollement du ligament large, du péritoine adjacent et le déjettement des intestins du voisinage.

M. Fochier. — Le pôle inférieur de la substance même du rein était au niveau de la crête iliaque et non au-dessous. La poche formée par la dilatation du bassinet seule, était dans le pelvis ; le pôle supérieur du rein était aussi en place, de sorte qu'on ne peut songer à une ectopie congénitale du rein.

M. Durand. — Dans le cas de M. Fochier, l'uretère était en arrière de la poche hydronéphrotique et ne pouvait ainsi être incriminé suivant le mécanisme admis par Navarro. Cet auteur pense que, la plupart du temps, l'uretère passe en avant de la corne inférieure du rein. Or, quand celui-ci se déplace, il a l'habitude de se coucher de façon à porter en dehors son pôle supérieur, de sorte que l'uretère s'écrase sur le pôle inférieur devenu interne. Dans le cas de M. Fochier, l'uretère passait derrière la poche et le mécanisme de M. Navarro ne pouvait ainsi être invoqué. Il est difficile, du reste, d'établir la

pathogénie de cette dilatation rénale, puisque M. Fochier n'a pu constater que le résultat de la dilatation et n'a trouvé aucune de ses causes habituelles : déplacement rénal, coudure, rétrécissement ou vice d'abouchement de l'uretère. Il semble même impossible de dire si cette hydronéphrose est véritablement congénitale, c'est-à-dire date de la période même de formation des organes, ou si elle s'est produite à une époque plus rapprochée du moment où les troubles amenèrent les parents à s'inquiéter de l'état de leur enfant.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DES LUXATIONS PARALYTIQUES DE LA HANCHE

M. de Gaulejac donne lecture d'un mémoire sur ce sujet et présente les pièces qu'il a obtenues dans les séries d'expérimentations qu'il a pratiquées.

M. Fochier remercie M. de Gaulejac de son intéressante communication qui sera renvoyée à une commission et donnera lieu à un rapport et à une discussion.

Séance du 15 novembre 1900. — Présidence de M. FOCHIER.

M. Nové-Josserand fait un rapport sur la présentation faite, dans la séance du 8 novembre, par M. de Gaulejac.

M. Nové-Josserand conclut à la publication.

M. Fochier a observé plusieurs fois des femmes autrefois atteintes d'anciennes paralysies infantiles et devant accoucher à la Charité. On est frappé alors de la saillie que fait le trochanter ; elle est due, sans doute, au défaut de muscles, mais certainement aussi à des variations de l'inclinaison du col sur le corps fémoral ; l'angle devient au moins droit et le trochanter est projeté au dehors. Ces faits lui ont paru très nets et il a l'habitude de constater, chez les rachitiques, des déformations un peu analogues. Il a pu suivre une malade depuis l'âge de 4 ans, où elle eut une paralysie infantile prise pour une

coxalgie. M. Fochier pronostiqua une luxation paralytique ; l'événement lui donna raison : il y eut luxation ovaire. On fit la réduction, le maintien par des appareils variés et le résultat fonctionnel est parfait, mais il y a une saillie énorme du trochanter qui frapperait même l'œil le moins médicalement instruit.

En changeant les points de support d'une articulation, on peut donc obtenir des déformations osseuses ; sans doute, elles ne sont pas forcément les mêmes chez le lapin quadrupède et chez l'homme bipède, mais il est très remarquable de voir ces irritations osseuses présenter quelques rapports apparents avec les hyperostoses infectieuses. Ce fait est fort intéressant au point de vue de la pathologie osseuse générale.

M. Nové-Josserand n'a pas encore observé ces saillies trochantériennes, mais, comme les paralysés marchent avec une attitude spéciale, il n'y a rien d'étonnant.

M. Condamin. — Ne pourrait-on pas songer, pour les hyperostoses expérimentales de M. de Gaulejac à des troubles trophiques ?

M. Nové-Josserand. — Il n'est pas nécessaire, d'abord, de songer à des troubles nerveux, il n'y a pas eu de névrotomie, mais myotomie. De plus, Wolf a bien montré les relations de l'hyperostose avec les pressions plus ou moins considérables que subissent les os. Or, les faits de M. de Gaulejac évoluent exactement suivant les lois de Wolf.

* * *

KYSTES DE L'OVAIRE ET GROSSESSE

M. Condamin. — Nous avons, à plusieurs reprises et après nombre de gynécologues, appelé l'attention sur les graves complications qui surviennent du côté des kystes ovariens évoluant pendant la grossesse, et qui peuvent éclater après l'accouchement. Les documents et observations sur lesquels nous nous basions sont reproduits dans la thèse de notre élève Finaz (1).

Nous avons observé récemment deux cas de kyste ova-

(1) FINAZ. — Kystes de l'ovaire et grossesse. Thèse de Lyon, 1897.

rien évoluant pendant la grossesse, qui ne furent pas opérés en ce moment et qui donnèrent lieu à des complications extrêmement graves, après l'accouchement. Celles-ci nous ont paru d'un caractère bien différent de ce que l'on connaît bien actuellement, à savoir que la torsion du pédicule est fréquente, dans ces cas, après l'accouchement. Ici pas de torsion mais des adhérences particulièrement solides à la partie inférieure du foie.

Dans le premier cas il s'agissait d'une jeune femme, mère de plusieurs enfants, qui fut accouchée en ville par une sage-femme, qui ne s'est doutée de rien pendant l'accouchement, mais qui, après, crut à un deuxième fœtus, à cause du volume du ventre. Observée à ce moment, par les Drs Monin et Fabre, elle fut amenée à la Charité, salle Sainte-Thérèse, avec le diagnostic de kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule.

Pendant les dix premiers jours après son accouchement, elle présenta une température relativement élevée dépassant 39°5; les vomissements étaient fréquents et le ventre volumineux et tendu.

Le diagnostic de kyste s'imposait et, en face des divers accidents péritonéaux et fébriles qu'elle présentait, nous avons accepté le diagnostic de kyste à pédicule tordu. Au bout de 15 jours à trois semaines la température, sans être tombée complètement, s'était abaissée et l'état général était devenu meilleur. La zone de matité était complète à droite, du pubis au foie, moindre à gauche.

Dans la crainte que les adhérences ne deviennent trop résistantes, nous décidons l'opération, malgré la persistance des douleurs abdominales et aussi d'un peu de température. Nous pratiquons la laparotomie en position de Trendelenburg. On tombe sur une paroi kystique violacée, absolument adhérente à la paroi abdominale, peu tendue et extrêmement friable. Le liquide contenu dans le kyste est évacué par ponction. Il est séro-hématique. Quant à la poche, elle cède à la moindre traction et se laisse arracher par lambeaux qui donnent lieu à une hémorrhagie assez sérieuse pour nous inquiéter, d'autant plus que les adhérences se continuaient en haut sensiblement au-dessus de l'ombilic.

Pour arrêter l'hémorrhagie nous prenons rapidement le parti de plonger la main dans le bassin, où les adh-

rences paraissaient moins nombreuses, pour aller chercher et lier le pédicule. Celui-ci nous tomba facilement sous la main, d'autant plus qu'il était très tendu, sans être tordu, attiré qu'il était en haut par les adhérences supérieures du kyste.

Il fut immédiatement lié et ligaturé. A partir de ce moment l'hémorragie s'arrêta presque complètement. Mais nous n'étions pas au bout de nos peines. Il fallut procéder à l'extirpation et au décollement de ce kyste friable de bas en haut, en agrandissant de plus en plus au-dessus de l'ombilic notre première incision. Nous arrivâmes ainsi, progressivement, et toujours par décollement successif, jusqu'au niveau de la face inférieure du foie où les adhérences étaient tellement solides que plusieurs fragments de la poche kystique restèrent adhérents à ce parenchyme. Heureusement les adhérences postérieures à l'intestin étaient de peu d'importance et furent décollées facilement. La toilette du péritoine fut rapidement faite et, en face des lambeaux cruentés multiples qui restaient adhérents, nous crûmes devoir placer deux drainages à la Mikulicz, l'un au-dessus du foie, l'autre dans le fond de la cavité pelvienne.

Lavements de sérum artificiel les premiers jours. Pas d'incidents, sauf une température qui persista au-dessus de 38°5, pendant plus de huit jours.

Trois semaines après, la malade sortait, guérie, avec la recommandation expresse de venir se montrer à la Charité tous les trois mois, dans la crainte d'une éventration post-opératoire au niveau du drainage. Nous avons su, par le Dr Monin, qui put la suivre en ville, qu'elle était parfaitement guérie.

Cette observation d'un kyste de l'ovaire évoluant pendant la grossesse, tout en passant inaperçu et déterminant après l'accouchement des troubles graves, nous paraît intéressante à plusieurs points de vue.

Ce sont, tout d'abord, des adhérences à la paroi abdominale antérieure et surtout à la face inférieure du foie qui appellent l'attention. Elles sont entièrement le fait de la grossesse qui a dû comprimer fortement le kyste d'avant en arrière d'abord, et ensuite le remonter jusque sur la face inférieure du parenchyme hépatique. Ces dernières étaient résistantes, comme l'opération l'a démon-

tré et, en tous cas, étaient suffisantes pour retenir le kyste jusque sur le diaphragme et amener de la gêne dans la circulation par traction sur le pédicule au moment de l'évacuation du contenu utérin et de l'involution utérine. Ce sont, très certainement ces tractions qui en ont imposé pour une torsion de pédicule.

Un second point nous semble important : c'est la nécessité qu'il y a parfois, dans les kystes adhérents, à parois fragiles, d'opérer de bas en haut, en commençant par la ligature du pédicule. Sans cette technique, devant l'importance de l'hémorragie, nous n'aurions pu, croyons-nous, arriver à l'extirpation totale.

Enfin ces adhérences au foie, nombreuses, étendues, résistantes, avec persistance de lambeaux déchirés, nous a obligé à ce pis-aller, le drainage à la Mickulicz de la partie supérieure de l'abdomen, drainage qui doit encore plus qu'en bas exposer aux éventrations post-opératoires, mais qui, dans le cas d'une opération aussi compliquée, avec persistance de lambeaux doués de peu de vitalité, nous donnait une tranquillité relative au point de vue de l'écoulement de liquide un peu suspect. Dans l'observation suivante, des adhérences un peu moins étendues, il est vrai, existaient aussi du côté du foie ; nous avons cru devoir nous dispenser du Mikulicz et le résultat a été aussi satisfaisant.

Il s'agissait d'une jeune femme primipare, de 21 ans, mariée depuis un an à peine. Jeune fille, rien ne put faire songer à une lésion ovarienne. Les débuts de la grossesse se passèrent sans encombre, mais, à partir du cinquième mois, le développement du ventre devint exagéré et, à la fin, il présentait des dimensions telles que la malade dut garder le lit. Le Dr Pignol, qui l'observait à ce moment et lui donna ses soins pendant l'accouchement, affirme qu'on ne pouvait sentir aucune partie fœtale, et même qu'on ne percevait en aucune façon l'utérus ; celui-ci, paraissant noyé au milieu d'un liquide très tendu, en imposait pour de l'ascite.

L'accouchement se passa normalement, mais, après celui-ci, le ventre resta extrêmement développé, donnant toujours la sensation d'une ascite très accentuée. Dès le lendemain apparurent des phénomènes fébriles, une réaction péritonéale assez vive et des vomissements.

Appelé à voir cette malade vers le huitième jour, nous pûmes constater un développement de l'abdomen supérieur à celui que l'on constate au terme d'une grossesse. Sensation de flot ascitique, mais profondément on percevait quelque chose de rénitent occupant toute la région sous-ombilicale et se propageant à droite jusque sous le foie, sans aucune interposition de zone sonore. A droite, l'estomac se révélait comme légèrement distendu. Douleurs très vives, langue saburrale, vomissements, pouls très rapide. Notre diagnostic fut : kyste de l'ovaire s'étant développé avec une très grande rapidité, ayant probablement subi un peu de torsion de son pédicule et ayant déterminé un peu d'ascite. Nous renvoyons à trois ou quatre semaines l'intervention pour laisser passer la période puerpérale.

Au bout d'un mois environ après l'accouchement, l'état général s'étant amélioré et la température étant revenue à 38°2, 38°5, le soir, pour redescendre à la normale le matin, nous décidons l'intervention. Le ventre, devons-nous ajouter, avait sensiblement diminué, mais, ce qui nous préoccupait le plus, instruit par l'observation précédente avec laquelle celle-ci présentait de nombreuses analogies, c'était ce prolongement sous-hépatique du kyste.

L'intervention eut lieu à Sainte-Marthe, il y a 18 jours aujourd'hui même. Après l'incision de la paroi, nous tombons immédiatement dans la cavité abdominale, remplie d'un liquide colloïde, épais, gluant, que nous eûmes grand'peine à détacher complètement des anses intestinales. Le kyste était donc rompu et nous pûmes constater qu'il l'était dans plusieurs endroits. Moins fixé que le précédent aux parois abdominales antérieures, il présentait, comme lui, de nombreuses adhérences à la face inférieure du foie ; une masse solide, du volume du poing, paraissait à peu près complètement détachée de la partie principale du kyste ; peut-être l'avait-elle été pendant la manœuvre d'extériorisation de la masse principale du kyste. Peu d'adhérences à l'intestin. Toilette difficile du péritoine. Drainage à la Mikulicz allant du cul-de-sac postérieur de l'utérus à la partie sus-pubienne de l'incision.

Suites opératoires extrêmement simples. Trois jours

après l'opération, la température était normale et, treize jours après, le Mickulicz fut enlevé. Nous considérons la malade comme guérie opératoirement. Le ventre est souple, revenu à l'état normal. La malade s'alimente bien et rentrera incessamment chez elle.

Les mêmes considérations que nous avons exposées après l'observation précédente s'appliquent à celle-ci. En outre, il y a lieu de noter cette rupture du kyste qui, probablement, s'est produite pendant l'accouchement, ou peut-être immédiatement après, quand la régression de l'utérus a attiré le pédicule en bas.

Ces deux malades guériront-elles définitivement ? Nous en doutons, surtout pour la dernière qui semblait présenter, sur les parois abdominales et sur les anses intestinales, de petits grains colloïdes qui peuvent, à la rigueur, être simplement des dépôts de la substance gélatineuse du kyste, mais qui, aussi, pourraient être des semis de généralisation.

L'enseignement que comporte ces deux observations est donc tout en faveur de l'intervention précoce du kyste, à n'importe quel moment de la grossesse. Celle-ci n'est pas plus grave du fait d'une grossesse concomitante et, en tous cas, permettra d'éviter, après l'accouchement, ces complications presque fatales qui menacent l'existence de la malade, rendent l'opération plus difficile et dangereuse, et même l'exposent à une récurrence qui est, en somme, bien rare, quand l'ovariotomie est pratiquée de bonne heure.

M. Fochier. — C'est un fait courant que ces adhérences solides et larges, mais le fait de les voir consécutives à une grossesse est à retenir.

Séance du 29 novembre 1900. — Présidence de M. FOCHIER.

M. Fochier donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société, sur la tombe de M. Ollier.

DISCOURS DE M. FOCHIER

« Cette Société ne se serait pas constituée si elle n'avait pas eu Ollier à mettre à sa tête, si Ollier n'avait pas été là pour réunir en faisceau les bonnes volontés, provoquer les premiers travaux et animer les discussions. C'est donc avec un respect presque filial que nous devons nous rappeler son rôle parmi nous : la solennité magistrale de ses exposés, l'abondance inépuisable de ses documents, la vivacité juvénile et la ténacité convaincue de ses argumentations.

« Là plus qu'ailleurs, le grand chirurgien qu'il était se sentait écouté par tous ; il soumettait sans restriction ses opinions à la critique parce qu'il la savait compétente ; il ne la redoutait pas, il la provoquait même parce que tous le tenaient pour un grand maître de la chirurgie des membres, de la chirurgie qui doit tout prévoir parce qu'elle peut tout connaître à l'avance.

« Malgré l'exubérance des conquêtes de la chirurgie viscérale, tous les chirurgiens devront lire et méditer l'œuvre d'Ollier. C'est un temple antique, aux lignes pures et sévères, qui émergera longtemps au-dessus de la forêt trop touffue de la chirurgie de l'imprévu.

« Et, à supposer que d'autres acquisitions viennent modifier profondément l'état de notre art, il y aura toujours avantage à prendre contact dans ses œuvres avec cet infatigable travailleur, cet ingénieux expérimentateur, cet anatomiste à qui l'utilité des rapports en a fait découvrir de nouveaux, avec cet opérateur tenace et sûr, et surtout peut-être avec ce merveilleux guérisseur qui souvent ne considérait l'opération que comme le prélude d'un traitement chirurgical.

« Les jeunes chirurgiens, s'ils sont bien conseillés, liront toujours au moins certaines parties de sa grande œuvre, qui sont de véritables chefs-d'œuvre. Qu'y a-t-il, par exemple, de plus parfait et de plus personnel que l'étude de la résection de l'astragale ? De plus éminemment critique que l'étude de la résection du coude ? Et ne sont-ce pas là de ces pages immortelles qui serviront toujours d'exemple et de modèle à l'humanité en marche ?

« Quelle est donc la qualité maîtresse qui a assuré à Ollier cette maîtrise d'autant plus incontestée qu'elle est appréciée de plus loin, et que le temps grandira comme le fait déjà la distance ?

« Cette qualité, c'est la passion qu'il apportait à l'étude de notre art. Rien ne comptait pour lui, il oubliait ou négligeait tout lorsqu'il poursuivait une étude chirurgicale. Et l'on peut résumer et sa vie et son œuvre en disant :

« Il aima passionnément la chirurgie et ce fut un grand « chirurgien. »

La séance est levée en signe de deuil.

Séance du 6 décembre 1900. — Présidence de M. FOCHIER.

M. Condamin, à propos du procès-verbal, revient sur quelques points de sa communication de la séance précédente.

M. Goullioud est du même avis que M. Condamin, sur la nécessité d'opérer les kystes de l'ovaire avant l'accouchement. Il a vu des difficultés opératoires considérables dans un cas opéré par M. Laroyenne. Dans ces conditions la malade guérit, mais avec une certaine éventration.

D'autre part, il redoute beaucoup les kystes colloïdes qu'il considère comme inclus et, dans des cas identiques, il fait la castration double.

* * *

STAPHYLOME DE LA CORNÉE GUÉRI PAR LE RENVERSEMENT TEMPORAIRE DE LA CORNÉE OU OPÉRATION DE GAYET

M. Gayet a déjà fait 40 à 50 opérations de retournement de la cornée. Il avait été frappé de l'impossibilité de pratiquer l'iridectomie en raison de l'absence de la chambre antérieure, et aussi des difficultés venant de l'iris, qui est atrophié et très friable. Il a alors pensé qu'on pourrait faire des iridectomies en agissant d'une manière spéciale. Il a proposé de faire la section de la cornée de dehors en dedans, fixer l'œil par une pince à double fixation de Monoyer, et faire la section au moyen d'un scarificateur bien tranchant qui ouvre la chambre antérieure; l'iris fuit et sa blessure est facilement évitée. Aussitôt l'ouverture faite on peut, au moyen de ciseaux, pratiquer de larges sections iriennes très régulières. Il conseille, pour pouvoir arriver à ce bon résultat et reculer aussi loin que possible la possibilité des iridectomies, de faire une très large section de la cornée et de la renverser en arrière comme un couvercle de tabatière; il utilise pour ce renversement une pince à dent spéciale

qui évite l'écrasement des tissus. Faite sur des cornées d'enfant, cette opération ne laisse aucune trace.

On pourrait craindre l'évacuation de l'œil; il n'en n'est rien.

On peut, après le retournement, faire ce qu'on veut, cocaïniser l'iris, le tamponner, l'assécher, et le soulever avec des pinces; on fait alors un trou avec des ciseaux, et on peut ensuite l'agrandir comme on veut. On peut même enlever le cristallin; ensuite, quand tout est fini, on remet la cornée en place, les deux bords s'accolent très bien, et la réunion est le plus souvent parfaite.

Malheureusement, cette opération ne peut être tentée que pour des cas très graves; il y a presque toujours des lésions profondes; on obtient de beaux résultats immédiats, mais, dans la suite, la vision est très mauvaise, très souvent les papilles sont malades. C'est là ce qui explique le peu de véritables succès définitifs obtenus.

* * *

BRULURES DE LA FACE. — CICATRICES VICIEUSES

M. Gayet présente un cas de brûlure de la face et vient demander ce que l'on peut faire.

Il s'agit d'une jeune fille qui fut brûlée par le contact d'un tuyau de vapeur très surchauffée. L'œil est à peu près complètement obturé par la cicatrice.

La peau de la paupière a été brûlée tout entière, l'orbitaire également. Seule, la conjonctive a été conservée, malgré des altérations profondes de l'œil. La peau a été attirée en recouvrant l'œil qui, du reste, n'a plus aucune vision. On ne peut guère faire qu'une autoplastie par la méthode italienne, en prenant un lambeau sur le bras. M. Gayet s'est demandé, pourtant, si on ne pourrait pas faire un appareil prothétique qui simulerait un œil, car une opération autoplastique donnerait un résultat esthétique très défectueux.

M. Martin. — Il faut attendre que la cicatrisation soit plus complète, et alors, en ouvrant une fente palpébrale, on pourrait mettre beaucoup plus facilement un appareil prothétique.

DÉFAUT DE DÉVELOPPEMENT CONGÉNITAL D'UN FÉMUR

M. Fochier présente, au nom de M. Pollosson, une, fillette de 18 mois atteinte d'un raccourcissement considérable du membre inférieur gauche. C'est une atrophie du fémur gauche. Le cartilage de conjugaison inférieur du fémur existe pourtant complet. Le diamètre bi-condylien n'a que 3 millim. de moins que celui du côté sain. Le corps du fémur est très atrophié. Sa longueur a 7 cent. de différence sur 115 millim. du côté sain. La conduite thérapeutique est difficile à définir. Pourrait-on irriter, comme l'a essayé M. Ollier autrefois, le cartilage conjugal?

M. Fochier a vu des cas analogues, mais en sens inverse: c'étaient des allongements; il a vu aussi des scolioses d'attitude ayant cette origine, mais il n'a pas vu d'atrophie semblable.

M. Gayet — Quel est l'état musculaire ?

M. Fochier. — Les muscles sont normaux, même ils paraissent tassés, et donnent une attitude vicieuse avec rotation en dedans.

RENVERSEMENT TEMPORAIRE DE LA CORNÉE

M. Louis Dor présente une petite malade, âgée de 9 ans, à laquelle il a pratiqué le renversement de la cornée (opération de Gayet) pour la guérir d'un staphylome.

L'enfant avait eu, il y a quelque mois, une kératite qui s'était terminée par une perforation, une hernie de l'iris et, finalement, un staphylome partiel occupant toute la moitié inférieure de la cornée et atteignant les dimensions d'un gros pois; la pupille était intacte dans la moitié supérieure et cachée par le staphylome dans la moitié inférieure; le staphylome ne s'étendait pas en bas jusque sur la sclérotique, mais son bord supérieur était tangent à cette membrane; c'est dans cet état que la malade, soignée en dehors de Lyon, fut amenée à M. le professeur Poncet qui la confia à M. Louis Dor. M. Dor pensa que toute tentative de traitement par l'ésérine serait inutile et comme, d'autre part, il était certain que

le staphylome ne rétrocéderait pas de lui-même et qu'il ne ferait qu'augmenter au point de constituer une difformité gênante, voire même dangereuse pour l'œil opposé, par les menaces d'ophtalmie sympathique qui pouvaient surgir un jour, il fallait avoir recours à une intervention chirurgicale. Dans des cas semblables, Fuchs et Panas déclarent que l'on a vu quelquefois des guérisons par une iridectomie, mais, en règle générale, l'iridectomie est inefficace. M. Dor eut l'idée de pratiquer l'opération de Gayet, le retournement temporaire de la cornée, opération décrite, en 1897, au Congrès d'ophtalmologie et sur laquelle a paru la thèse de Pascheff. Il introduisit donc au-dessus du staphylome un couteau de Graefe dans la chambre antérieure, à peu près comme pour l'opération de la cataracte, mais en mettant le tranchant du couteau en bas afin de sectionner les $\frac{2}{3}$ inférieurs de la cornée au lieu de couper le $\frac{1}{3}$ supérieur; en faisant la section il coupa de part en part le staphylome et termina la section en bas, au-dessous de celui-ci.

La cornée étant alors retournée au moyen de la pince de Gayet, on put voir la pupille constituée par un sphincter irien normal dans les $\frac{3}{4}$ de son étendue, mais manquant dans le quart inférieur; à ce niveau l'iris avait été dédoublé; le feuillet antérieur accolé à la cornée et constituant la paroi antérieure du kyste irien staphylomateux était resté adhérent au lambeau cornéen retourné; le feuillet postérieur, constitué par l'uvée accolée à la cristalloïde antérieure et à la zonule formait la paroi postérieure du kyste et empêchait l'issue du corps vitré et du cristallin; ce feuillet postérieur était limité à droite et à gauche par l'iris normal et il semblait que l'on avait fait une vaste iridectomie inférieure dans laquelle on n'aurait enlevé que le feuillet antérieur de l'iris, lequel se trouvait tout entier accolé à la face postérieure de la cornée. Il fut facile de pratiquer du côté gauche une section franche du bord de l'iris, de façon à faire une iridectomie complète, ce qui avait pour but d'empêcher le décollement progressif des deux feuillets de l'iris; du côté droit, la section fut pratiquée aussi, mais ici il perla une petite gouttelette du corps vitré par une toute petite ouverture de la paroi postérieure du kyste déterminée par la pince. Cette complication n'empêcha pas de prati-

quer le curettage de la face postérieure de la cornée retournée, de sorte qu'en réappliquant la membrane, elle n'était plus constituée que par la cornée dépouillée de l'iris qui lui était accolé.

Pansement occlusif des deux yeux pendant huit jours. Présentation de la malade le quinzième jour; le staphylome a tout à fait disparu, l'œil a sa forme normale, l'acuité visuelle est de 1/10, mais s'améliorera probablement; il ne subsiste qu'un trouble de la partie de la cornée qui avait été staphylomateuse.

Séance du 13 décembre 1900. — Présidence de M. FOCHIER.

PHLÉBITE DU MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE ET APPENDICITE

M. Villard. — Les complications à distance de l'appendicite sont actuellement à l'ordre du jour. Les travaux de Croizat, de Lieulafoy, de Piart, de Gangolphe, ont montré les manifestations pleuro-pulmonaires, hépatiques ou musculaires (psoas) de cette affection. Je veux attirer aujourd'hui l'attention sur une complication mal connue, intéressante au point de vue du diagnostic, du pronostic et de la pathogénie. Je veux parler de la phlébite gauche compliquant l'appendicite dans ses formes aiguës ou subaiguës. J'ai eu, en effet, l'occasion d'observer récemment deux cas où la phlébite est survenue à la suite d'accidents appendiculaires, deux autres semblables nous ont été obligeamment communiqués, l'un par M. le professeur Terrier et notre ami Nové-Josserand, l'autre par M. le professeur A. Poncet.

Le premier malade, âgé de 26 ans, opéré dans la période de refroidissement d'une poussée aiguë d'appendicite vit apparaître, dix jours après le début des accidents, une phlébite du membre inférieur gauche qui s'accompagna d'embolie et d'infarctus pulmonaire grave. Une pleurésie séreuse interlobaire, consécutive à ces accidents évolua heureusement sans complications et, dans des accès de toux, le malade expectora des morceaux spha-

cèles du tissu pulmonaire au niveau duquel s'était constitué l'infarctus. Ce jeune homme présenta donc des accidents de la plus haute gravité, et sa guérison définitive demanda plus de trois mois pour être complète.

Un malade de 20 ans, d'origine corse, fournit le sujet de ma deuxième observation ; atteint d'une appendicite à forme pelvienne, le diagnostic précis de son affection resta plusieurs jours en suspens. L'apparition d'une phlébite totale du membre inférieur gauche fit penser à la localisation possible d'un foyer inflammatoire dans la fosse iliaque gauche et une intervention exploratrice allait être tentée dans cette direction, lorsque le toucher rectal permit de reconnaître, seulement à ce moment, une tuméfaction du cul-de-sac de Douglas. La laparotomie médiane permit de drainer une collection suppurée d'origine appendiculaire profondément située dans le bassin. A la suite de cette intervention, le malade, qui avait été opéré avec un très mauvais état général, sembla se rétablir pendant quelque temps, mais peu à peu survinrent une phlébite à bascule du membre inférieur droit, une néphrite et des accidents aigus de tuberculose pulmonaire qui amenèrent la mort cinq mois après le début de l'affection.

La troisième observation, que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Terrier et de notre ami Nové-Josserand, chirurgien des hôpitaux, a trait à un malade de 38 ans atteint d'appendicite à foyer purulent enkysté recto-cœcal. Onze jours après l'ouverture de celui-ci, apparut une phlébite du membre inférieur gauche. Aucun phénomène inquiétant ne se manifesta du côté de la plaie opératoire, mais la phlébite retarda de six mois la guérison définitive.

Enfin, nous devons à M. le professeur Poncet notre dernière observation. Il s'agit d'une femme de 48 ans, opérée à froid pour des accidents appendiculaires récidivants. L'intervention fut normale, les suites immédiates simples, ce fut seulement 16 jours plus tard qu'une phlébite se montra au membre inférieur gauche. Quelques jours après, la thrombose s'étendait au membre opposé, des escharres fessières apparurent, et la malade succomba

un mois plus tard, emportée par des accidents infectieux subaigus et en pleine ecliticité.

Il existe d'autres observations semblables. M. Roux, de Lausanne, nous a fait savoir qu'il avait observé plusieurs fois la phlébite gauche comme complication de l'appendicite, tant dans ses formes pariétales que dans ses formes aiguës et suppurées. J'ai, d'autre part, connaissance, dans la région lyonnaise, de fait identiques à ceux que je viens de rapporter, mais je laisse à ceux qui les ont observés le soin de venir en donner connaissance à la Société.

Je désire insister sur plusieurs points : sur la pathogénie de cette complication, sur les difficultés qu'elle peut créer dans le diagnostic de l'appendicite, sur le pronostic qu'elle comporte et sur les indications thérapeutiques qu'elle peut fournir.

Au point de vue pathogénique, il faut admettre qu'il s'agit, là, d'une infection générale sanguine, partie du foyer appendiculaire, que celui-ci soit suppuré ou non, et localisée secondairement dans les parois de la veine iliaque gauche. Cette localisation, plus fréquente à gauche de la phlébite dans les infections généralisées, est, du reste, un fait d'observation. On ne peut invoquer un autre mécanisme; il faut rejeter, d'après les observations que nous avons eues entre les mains, l'hypothèse d'une inflammation de la paroi veineuse par contiguité avec un appendice anormalement situé, ou de connexions vasculaires anormales déterminant par altération des vaisseaux mésentériques inférieurs, le retentissement sur la veine iliaque gauche.

Cette notion pathogénique de l'origine infectieuse générale de la phlébite gauche survenant au cours de l'appendicite permet de comprendre pourquoi cette complication assombrit le pronostic. Sur mes quatre malades, en effet, deux sont morts, un troisième a présenté des accidents de la plus haute gravité, et le dernier, enfin, a vu sa guérison retardée de plusieurs mois.

A un autre point de vue, la phlébite gauche, dans les cas où l'appendicite se présente dans une de ses formes anormales, profondes ou pelviennes peut apporter de réelles difficultés dans le diagnostic précis de l'affection origi-

nelle. Ces difficultés je les ai rencontrées dans l'observation II où l'apparition de la thrombose fit penser à une localisation rénale ou péri-rénale gauche.

Enfin, la connaissance de cette nouvelle complication de l'appendicite, nous montrant cette affection comme étant de plus en plus susceptible de devenir le point de départ d'accidents infectieux à distance, il est de toute nécessité de parer, le plus rapidement possible, à l'intoxication de l'organisme, par l'ouverture du foyer purulent de la fosse iliaque ou la résection de l'appendice enflammé.

Lorsque la thrombose est faite, elle ne constitue nullement une contre-indication opératoire, à condition de prendre, toutefois, les précautions nécessaires pour éviter de déplacer le caillot veineux. Le traitement de la thrombose elle-même et des accidents auxquels elle peut donner naissance, ne compte pas d'indications thérapeutiques autres que celles habituellement utilisées.

M. Siraud a observé, en octobre dernier, une appendicite avec phlébite gauche. Vers le dixième jour, il intervint et ouvrit un abcès rétro-cœcal qui fut drainé par voie abdominale et lombaire. Vers le vingtième jour, après l'intervention, il se déclara une phlébite gauche très typique mais bénigne et le malade guérit fort bien de sa phlébite d'abord, de son appendicite ensuite.

M. Batut rapporte, à propos de phlébite, un cas de phlébite de la région fessière chez un syphilitique secondaire.

Il a vu plusieurs cas de phlébite blennorragique, à droite du reste et non à gauche.

M. Fochier. — M. Villard vient de poser un jalon intéressant dans la question de l'appendicite. Il y a, là, des éléments à quelques rapprochements avec la puerpéralité. Mais la phlébite est-elle si grave, et les deux morts rapportées sont-elles dues à la phlébite ou à l'infection appendiculaire? Il y a certainement là des formes bénignes et la présence de la phlébite ne donne pas la mesure de la virulence de l'appendicite. Elle peut être, comme en obstétrique, la conséquence d'une grande ou

d'une faible infection ou même d'un accouchement apy-
rétique.

UN CAS DE POCHE DIVERTICULAIRE CONGÉNITALE DE L'URÈTHRE PÉNIEN

M. Durand. — J'ai l'honneur de vous présenter une poche congénitale développée, sur un enfant de deux ans, sous forme d'un diverticule de la face ventrale de l'urèthre pénien. Cette malformation dont quelques exemples seulement sont relatés dans les classiques, porte généralement le nom de *dilatation congénitale de l'urèthre*. Je n'ai pas cru devoir lui conserver ce nom qui consacre une sorte d'erreur anatomique, puisqu'il s'agit, non d'une dilatation, mais d'un diverticule, et je préfère l'appeler *poche diverticulaire de l'urèthre pénien*. Je publie cette observation parce que sa rareté la rend intéressante et que, d'autre part, l'examen microscopique que M. Paviot a pratiqué de cette poche, permet de discuter certains points de pathogénie. Je vous fais passer une photographie des organes génitaux de cet enfant : le brouillard qui règne ces jours ne nous a pas permis d'en obtenir une bonne ; on se rend compte pourtant, sur cette épreuve, de la disposition générale des parties et des dimensions de la dilatation.

Voici d'abord l'observation :

P. M..., âgé de 2 ans, sans antécédent héréditaire connu, car c'est un enfant de la Charité, entre salle St-Pierre, dans le service de mon ami Nové-Josserand, que j'ai l'honneur de suppléer en ce moment. Il est amené pour une malformation de la verge, seul vice de développement qu'on retrouve sur lui à l'examen.

On constate une malformation considérable de la verge. Sa partie terminale est renflée, globuleuse, appendue à la région pubienne, comme par un pédicule, par une partie du pénis qui a gardé son calibre normal. On se rend facilement compte que cette déformation est due à la présence sur la face ventrale du pénis d'une poche qui s'étend presque depuis sa racine jusqu'à son extrémité et déforme le fourreau. Cette poche est molle, fluc-

tuante, sans changement de couleur de la peau qui reste translucide. On remarque pourtant que le raphé, loin de représenter une simple ligne brune, est comme distendu et ressemble à une assez large surface pigmentée de forme ovalaire.

La pression, au niveau de cette poche, en fait sourdre par le méat quelques gouttes d'urine. Si l'on relève le prépuce pour mettre à nu le gland, on découvre celui-ci et on voit l'urine s'écouler par le méat. Après avoir rompu quelques molles adhérences balano préputiales, on voit que gland et prépuce sont normaux et que la poche dont on a constaté l'existence ne peut être considérée comme une dilatation du prépuce. A l'aide d'un stylet introduit dans l'urèthre, on constate que la partie antérieure du canal est constituée normalement. Mais, en faisant suivre à la boule du stylet le plancher du canal, on se rend compte, qu'à 1 centimètre du méat, ce plancher fait défaut et que le stylet entre dans la poche où il peut être senti.

On peut donc penser, d'après les données fournies par le stylet, que l'on a affaire non à une dilatation fusiforme que traverserait l'urèthre, mais à un diverticule sacculaire qui communique avec le canal par un orifice de 1 centimètre de longueur et assez étroit, en forme de boutonnière.

Le volume de la poche est variable; au-delà d'une certaine limite elle se vide spontanément, mais jamais entièrement. Dans sa plus grande distension, elle donne à la partie déformée de la verge un diamètre de 4 centimètres environ.

Le 12 décembre. — Intervention. — Je pratique une incision longitudinale suivant le raphé, incision assez longue pour pouvoir disséquer la poche et en faire l'ablation. Cette poche est ouverte largement d'un coup de bistouri. Elle a une paroi assez peu épaisse, mais résistante. Sa face interne a nettement l'aspect d'une muqueuse rosée, souple et lisse, sans production anormale visible. Sa face externe est séparée de la peau par une couche mince de tissu cellulaire assez serré pour X que la séparation ne puisse s'effectuer par arrachement, mais exige une véritable dissection. Peu à peu, conduite

avec précaution, cette dissection m'amène vers l'orifice qui apparaît, au fond de la poche ouverte, comme l'examen clinique me l'avait fait prévoir, sous la forme d'une petite boutonnière étroite, à la faveur de laquelle la muqueuse de la poche se continue avec le revêtement de l'urèthre. A mesure que je me rapproche de ce point, la dissection devient plus pénible. Je parviens enfin à la terminer et, réservant une très légère collerette muqueuse autour de l'orifice, je résèque la poche anormale. Restait, dès lors, la restauration des parties. Isolant la petite collerette conservée, je la retourne vers l'urèthre, de façon à ce qu'elle en forme le plancher au niveau de la perte de substance et je la maintiens en place par trois points de catgut passés à l'aide d'une fine aiguille dans le corps spongieux qui limite l'orifice. Je résèque l'excédent de peau du fourreau et je ferme la plaie cutanée par quelques points de suture. L'urèthre, examiné au cours de l'intervention, m'avait paru d'un calibre normal. Je ne mis point de sonde à demeure et appliquai pour tout pansement une compresse imbibée de liquide (1).

La poche, mise de côté, fut envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique des Hôpitaux, et notre ami, M. Paviot, l'examina et voulut bien nous adresser la note suivante :

« Nous avons eu l'attention attirée par les deux questions qui nous étaient posées et nous pouvons répondre :

« 1^o Que l'épithélium de revêtement de la poche est partout normal, partout identique à lui-même et partout de même épaisseur.

« 2^o Que toutes les tuniques du canal sont présentes et ont partout le même développement ; que, notamment, le corps spongieux n'offre que des variations de richesse

(1) Les suites opératoires furent simples, mais une partie des sutures préputiales se désunirent et il se forma une fistule assez large au niveau de l'orifice anormal. Une intervention secondaire vint d'être pratiquée dans le but d'amener l'occlusion de cette fistule et semble actuellement avoir produit ce résultat.

vasculaire d'un point à l'autre, mais ne subit ni atrophie ni disparition s'étendant sur un certain parcours.

« Nous ajouterons que les faisceaux musculaires lisses semés dans la paroi conjonctive en dehors du corps spongieux, sont également disséminés partout ».

Je ne veux discuter ici que la pathogénie de cette malformation dont j'ai assez mis en relief la rareté au début de cette communication ; c'est là, je le répète, un cas exceptionnel, car on n'en connaît que quelques exemples.

Au point de vue pathogénique, il est évident qu'il s'agit là d'une lésion congénitale et on ne saurait penser un instant qu'elle est acquise. Sa production me paraît avoir un mécanisme analogue à celui qui préside au développement des kystes congénitaux du raphé périnéal dont plusieurs exemples ont été relatés dans ces dernières années. Les auteurs ont pensé que ce qu'ils appellent *dilatations uréthrales* pourrait s'expliquer de la façon suivante.

L'urètre, pour se développer normalement, a besoin d'avoir sa muqueuse soutenue par le corps spongieux. Si celui-ci arrive à manquer en un point, la muqueuse va faire hernie à travers l'orifice spongieux comme le péritoine fait hernie au niveau des orifices de la paroi abdominale. Or, cet orifice congénital du corps spongieux s'explique très facilement par un défaut de soudure des lèvres de la gouttière uréthrale de l'embryon. On est ainsi amené à expliquer notre malformation par la grande théorie des *arrêts de développement*.

C'est une singulière idée de vouloir à toute force considérer les malformations comme la persistance d'un stade donné du développement embryonnaire. C'est par cette bizarre théorie qu'on a voulu expliquer le *spina bifida* par non-soudure des lames vertébrales, sans tenir compte de l'existence des productions anormales qui sortent par l'orifice osseux qu'on veut seul considérer. C'est ainsi encore qu'on a prétendu expliquer l'exstrophie vésicale par la non-soudure des parois droite et gauche de l'abdomen, oubliant que la vessie naît d'un bourgeon unique et que la paroi abdominale ne se développe pas davantage, au moins pour son plan cutané, aux

dépens de deux lames marchant l'une vers l'autre pour se rencontrer sur la ligne médiane.

1/ Les malformations ne sont pas et ne peuvent pas être expliquées par la persistance d'un stade du développement normal, ce ne sont pas de *simples arrêts de développement*, le processus est plus complexe et doit être considéré comme un *trouble du développement*. L'examen microscopique de la poche vient apporter un puissant argument à cette théorie, car il nous montre que le corps spongieux est bien formé et revêt toute la dilatation muqueuse. Ce revêtement n'a donc pas fait, à travers un orifice spongieux, une simple hernie: le trouble est plus complexe.

Si on veut bien se rappeler que l'orifice de communication est très étroit par rapport à la cavité, on peut songer à ce qui se passerait si cet orifice n'existait pas. On aurait alors une poche formée par toutes les tuniques de l'urèthre, mais indépendante de ce canal. On aurait, autrement dit, un kyste médian sous-urétral qu'on chercherait à expliquer par une anomalie du développement de la gouttière uréthrale et non par un arrêt de soudure de ses bords. C'est une semblable pathogénie que nous adopterons et nous admettrons que notre diverticule est dû à un trouble du développement de la gouttière uréthrale embryonnaire, trouble qui a porté à la fois sur tous ses éléments: 1° la muqueuse qui a donné une vaste poche; 2° la tunique spongieuse qui tapisse partout ce diverticule; 3° la peau de la verge qui s'est développée en excès et, de plus, marque encore un trouble de croissance par l'aspect élargi et anormal de la ligne brune qui constitue son raphé.

SUR UNE CONSÉQUENCE ÉLOIGNÉE DES LIGATURES APRÈS L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

M. Fochier. — Je présente à la Société un fil de soie qui a été le noyau d'un calcul vésical.

Une femme de 67 ans entra, l'an dernier, dans mon service avec des fibromes donnant des pertes rouges et blanches fétides. On sentait des masses, les unes dures,

les autres molles, d'une consistance suspecte. L'hystérectomie fut normale. Le vagin était cependant un peu raccourci, sclérosé, sclérose qui ne me paraît pas avoir le pronostic sombre qu'on a voulu lui accorder. Je fais l'hystérectomie suivant le plan de Doyen, mais tout prêt à le modifier à chaque pas. Je ne fais pas la suture en bourse, et je fais la ligature des ovariennes dans le péritoine et non au-dessous et mets sur l'utérine un gros fil dont un des chefs est coupé ras alors que l'autre, laissé long de 6 cent. environ, est laissé pendant dans le vagin, pour qu'on puisse l'enlever, s'il ne tombe pas spontanément. Le fil que je présente devait donc avoir été mis sur l'utérine.

La malade partit le 17^e jour, après avoir présenté une grande agitation vésanique qui empêcha de la garder plus longtemps et de l'examiner complètement. Six mois après, elle vit apparaître des signes de cystite et le médecin fit des injections vésicales. Un beau jour, il vit sortir par l'urèthre l'extrémité d'un fil. Je fus prévenu et fis de loin le diagnostic de calcul dû à un fil ayant traversé la paroi vésicale. L'examen local, une fois la malade revenue à la Charité, me donna raison et le calcul morcelé fut enlevé. La cystite est en grande voie de guérison.

Dorénavant, je ne laisserai plus de fil dans semblable vagin. Il n'a pu sortir par ce conduit et a passé à travers la vessie. Il ne faut donc pas laisser ainsi des fils en dehors du péritoine. On connaît bien des migrations transvésicales, j'en ai eu deux pour ma part. Toutes deux se firent après des salpingectomies compliquées ayant exigé la mise en place d'un drainage à la Mikulicz.

On connaît donc des cas de migration des fils intrapéritoneaux, mais je crois qu'on ne les a pas signalés pour des fils laissés dans le vagin sans qu'il y ait eu de fistule vésico-vaginale et je crois que l'état de sclérose du vagin a été la cause de cette rare complication.

M. Condamin se demande si un catgut n'aurait pas été résorbé sans accident et si la soie n'a pas ici un grave inconvénient.

M. Claudot. — On tend à revenir au catgut, mais oserait-on laisser un catgut sur une utérine? Y a-t-il moins d'inconvénient à laisser un fil dedans que sous le péritoine?

M. Fochier. — Il faudrait du bon catgut et celui-ci a donné tant de désillusions au point de vue de sa résorption et aussi au point de vue du desserrement des nœuds, qu'on ne peut se fier à lui. La soie est donc beaucoup plus sûre et les accidents qu'elle donne sont infiniment rares.

Il aime mieux, d'autre part, noyer un fil dans le péritoine que dans le tissu cellulaire, car il y est bien mieux toléré. Il ne craint pas d'y laisser des corps étrangers, tandis que dans le tissu cellulaire, ils donnent souvent des réactions dangereuses. Le catgut chromique cheminerait probablement tout aussi bien que la soie à travers.

M. Gayet. — Ne pourrait-on utiliser la torsion artérielle ?

M. Fochier. — On a bien essayé de l'angioplastie, mais je crois que l'utérine est mal disposée pour cela et que l'angioplastie a peu de partisans. Dans les vaisseaux minces et dilatés autour des tumeurs, on ne peut compter que sur la ligature.

M. Villard s'est toujours servi du catgut et s'en trouve fort bien. Il a fait, avec ligature au catgut, plus de vingt hystérectomies abdominales, sans provoquer le moindre incident, alors que la soie lui a permis d'en observer de multiples et très graves. Le catgut ne se résorbe pas avant deux jours au moins et personne ne craint d'enlever après 48 heures des pinces laissées au fond du vagin, quand on a adopté cette voie, sur des pédicules d'hystérectomie.

M. Durand s'étonne que les gynécologues aient tant peur du catgut. Pourquoi ne lie-t-on pas l'utérine au catgut, redoutant qu'il lâche, alors qu'en chirurgie générale, où le catgut semble retrouver chaque jour de plus nombreux adeptes, on ne craint pas d'en laisser sur des artères du volume de la fémorale ? Comme M. Villard, il a vu de très nombreux accidents dus à la soie et, chaque fois qu'on parle de ligature à la soie, il lui revient à la mémoire l'histoire lamentable d'une malade qui, à la suite d'une petite suppuration due à un fil de soie, eut des fistules intestinales devenues pyo-stercorales qui exigèrent plusieurs laparotomies. La malade s'en tira bien, du reste, mais ces complications la conduisirent à deux doigts de la mort.

M. Fochier a pu laisser sans accident d'innombrables ligatures à la soie, et lui est très reconnaissant des services qu'elle lui a rendus. Il n'est pas, toutefois, systématiquement opposé au catgut, mais n'oserait pas en user sur certaines utérines dilatées, altérées et amincies au voisinage des fibromes.

Séance du 20 décembre 1900. — Présidence de M. FOCHIER.

M. Durand donne lecture du procès-verbal.

M. Vallas. — On vient de parler de la tolérance du péritoine vis-à-vis du catgut et de la soie. Un fil dans le péritoine n'est plus à craindre après deux, trois jours. On en voit, au contraire, provoquer des accidents septiques, après trois semaines, dans le tissu cellulaire. M. Vallas a l'habitude de formuler cette opinion de la façon suivante : « Il est plus difficile de faire vingt cures radicales de hernie sans suppuration, que vingt laparotomies sans accident ».

M. Durand rapporte une observation venant à l'appui de ce qu'a dit M. Fochier du catgut chromique. Dans un cas de suture du tendon long fléchisseur du pouce, faite avec cette substance, tout alla bien jusque vers le dixième jour. A ce moment apparurent des phénomènes infectieux, et il s'en suivit une suppuration légère qui dura pendant six semaines, et se termina après expulsion d'un fil de catgut chromique qui n'avait subi, malgré son long séjour dans les tissus, aucune modification. Le catgut chromique a donc les mêmes inconvénients que la soie, au point de vue des infections tardives.

LA MÉTHODE DE BOTTINI DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

M. Rochet. — La méthode a été, pendant longtemps, appliquée par son auteur seulement, puis quelques Allemands l'ont employée; il ne croit pas qu'elle ait jamais été utilisée en France. L'instrument se compose essentiellement, comme le lithotriteur, auquel il ressemble

extérieurement : 1^o de deux branches, mâle et femelle ; la branche mâle est remplacée ici par une lame de platine, très épaisse, qui doit faire la section galvano-caustique ; 2^o d'une roue située à la place du pavillon, et servant à faire reculer ou avancer la lame.

Il montre l'appareil et en explique le fonctionnement, insistant sur l'utilité indispensable du courant d'eau froide qui traverse l'appareil et l'empêche de brûler l'urèthre, ce qui est parfois arrivé quand le courant d'eau fonctionnait mal. L'opération demande, la plupart du temps, l'anesthésie. On introduit l'appareil dans la vessie avec les précautions qu'exige le cathétérisme avec les instruments rectilignes rigides. On tourne l'instrument de façon à ce que le bec soit en bas, dans le bas fond, puis on retire jusqu'à ce que ce bec accroche la base du lobe moyen. Quand on en a bien senti le contact, on fait passer le courant pendant 10 ou 15 secondes, de façon à ce que la lame soit au point voulu de rougeur. Alors, maintenant très ferme l'instrument au contact de la prostate, en prenant, sur le pubis, un ferme point d'appui avec la main gauche qui suit l'instrument, on donne un tour de roue toutes les secondes, pas plus, jusqu'à ce qu'on ait parcouru de 3 à 4 cent., ce qu'on voit facilement sur la graduation de l'instrument. Il ne faut pas alors retirer rapidement la lame en arrière, il faut la chauffer de nouveau, plus fort même, comme au premier temps et, après dix ou quinze secondes d'attente, on tourne la roue en sens inverse jusqu'à ce que la lame soit cachée. On dégage alors le contact électrique et on retire l'instrument comme un lithotriteur. Actuellement, on ne se borne plus à la « section basse » ainsi faite, on y joint deux sections latérales écartées chacune de la précédente, de 30° environ.

Les accidents post-opératoires ne sont pas attribuables à l'opération, si on la pratique avec la rigueur de détails qui est nécessaire. Il est facile de comprendre, en effet, que cela est délicat et demande une étude préalable. Quelques-uns ont perforé la vessie, accident qu'il est facile d'éviter avec un peu d'attention. Les hémorrhagies semblent d'abord devoir être attribuées moins à l'opérateur qu'à l'opération et, cependant, si on va lentement, sans surchauffer l'instrument, en se tenant dans les limites

spécifiées plus haut, on n'a pas d'hémorrhagie notable. C'est probablement en opérant au rouge blanc qu'on a eu des hémorrhagies sérieuses et même inquiétantes.

Si, au contraire, on ne chauffe pas assez la lame, opérant avec des accumulateurs chargés depuis longtemps, on déchire sans brûler. Dans un cas, bien qu'il ait vérifié l'appareil avant de l'utiliser, M. Rochet éprouva une résistance très sérieuse. Quand il tenta de ramener l'appareil au retour, il ne put y réussir et dut le renfoncer par un effort brusque, ce qui fut difficile. Pour retirer l'appareil de l'urèthre, il éprouva la même difficulté et put voir que, comme il s'y attendait, la lame était écartée de un centimètre et demi de sa position de fermeture et qu'elle était faussée. Le malade eut de l'hématurie sans accident, la miction était assez facile. L'urèthre n'eut aucune lésion. Il importe donc de bien vérifier le courant de l'accumulateur et le fonctionnement de l'appareil avant de l'utiliser. On a signalé de la fièvre comme dans toutes les interventions sur les voies urinaires, il n'y a rien ici de spécial à l'opération.

Il n'a appliqué la méthode que sur les malades au troisième degré du prostatisme. Deux d'entre eux avaient subi la lithotritie pour calculs secondaires. D'autres avaient des lésions rénales. Les résultats furent les suivants : trois choses sont indéniables, au moins, au point de vue immédiat, il reviendra plus tard sur les résultats éloignés :

1^o Les douleurs sont très nettement améliorées. L'un des malades entraînait pour se faire tailler et souffrait d'une façon intolérable, sans que le cathétérisme le soulageât. Dès le lendemain il ne souffrait que peu, n'eut besoin que de deux cathétérismes par jour, bientôt un seul lui suffit.

2^o Le cathétérisme devient facile, quand les malades ne récupèrent pas la miction spontanée.

3^o Le troisième fait c'est la récupération de la miction spontanée. Tel malade qui n'urinait que par la sonde émet maintenant 1.000 et 1.500 grammes d'urine par jour. Ce qui ne veut pas dire, d'ailleurs, qu'ils n'étaient plus rétentionnistes.

Bottini croit que sa méthode agit d'une façon définitive

et cela en creusant dans la prostate une sorte de tranchée qui reste toujours perméable et devient un nouvel urètre que la cicatrisation creuse par rétraction excentrique. Il ne semble pas que cet optimisme soit justifié encore. On peut plutôt croire qu'elle agit comme une section du col amenant cessation du spasme cervical. Il n'y a jamais eu, en effet, incontinence vraie, ce qui se verrait si la théorie de Bottini était vraie.

La méthode paraît donc bonne à retenir, parce qu'on n'a dans cette affection que des opérations prétendues radicales qui donnent une forte léthalité ou des opérations palliatives qui, dérivant l'urine, laissent après elles des inconvénients aussi graves que la maladie elle-même.

M. Gayet se demande quelle est la cause de la torsion qu'a subie la lame dans les mains de M. Rochet. Il lui semble qu'il a dû y avoir un mouvement de latéralité.

M. Vallas. — Quel est le traitement consécutif ? Faut-il, ou non, mettre une sonde à demeure ?

M. Rochet. — On en met quelquefois, mais, en principe, on n'en doit pas mettre.

M. Vallas. — Ce procédé qui a donné les résultats rapportés plus haut, ne semble pas devoir mériter le nom de curateur, car il ne peut remédier aux lésions vésicales. Mais quelle place va-t-il tenir dans l'échelle des traitements du prostatisme, échelle qui va de la sonde à demeure à la taille ? Il lui semble que c'est comme une sorte de cathétérisme forcé et il devra donner les mêmes résultats qu'un bon cathétérisme.

Il semble que, *a priori*, ce qu'on a à craindre, c'est l'hémorrhagie. On n'a, pour s'en mettre à l'abri, que le pouvoir hémostatique du platine au rouge sombre, pouvoir qui ne lui a paru jamais bien considérable. Du reste, M. Rochet dit de le chauffer fortement.

M. Fochier a vu deux fois sur la table d'amphithéâtre, il y a déjà de longues années, des prostates incisées par un de ses collègues avec l'instrument de Mercier. Les malades avaient eu des hémorrhagies considérables et cela avec de très petites incisions. Ils avaient présenté, pendant plusieurs jours des suintements sanguins qui avaient fini par amener la mort.

M. Gayet est surpris d'entendre M. Vallas dire qu'il

n'a jamais pu arrêter une hémorrhagie avec le thermocautère. Il croit, lui, en avoir arrêté une très grande quantité. Il a l'habitude d'enlever les cancroïdes des paupières au Paquelin et, quand il opère bien lentement, et au degré voulu, il n'a pas d'hémorrhagie. Si M. Vallas vient dire qu'il est très difficile d'arrêter une hémorrhagie prostatique avec le platine rougi, il s'associe à cette opinion, mais si on veut porter la question sur le terrain général, il croit devoir élever la voix.

M. Rochet. — M. Gayet a dit ce que lui-même avait l'intention de dire et on ne saurait comparer l'appareil de Bottini à celui de Mercier. Les accidents qu'on vient de craindre n'ont pas été signalés. Y aurait-il un peu d'hémorrhagie qu'il n'y aurait pas grand mal, mais ce qui serait un danger, c'est l'accumulation du sang dans la vessie. Or, cela n'a jamais été observé.

On a essayé de suivre de l'œil les phases de l'opération en annexant un cystoscope au Bottini. Un Russe y est parvenu, ce qu'il n'aurait pu faire s'il y avait eu hémorrhagie, même légère ; chacun sait, en effet, que la moindre hémorrhagie empêche la cystoscopie. On doit donc dégager l'opération de ces reproches d'être une source d'hémorrhagie.

M. Fochier. — L'instrument de Mercier ne coupait pas assez profond et c'était là une cause d'hémorrhagie ; la saillie du Bottini, plus grande, incise vraiment la prostate, ce qui peut empêcher l'hémorrhagie. Dans les cas qu'il a rapportés plus haut, il a encore la vision d'une petite veine sous-muqueuse sectionnée et restée béante de 1 à 2 millimètres de diamètre et il lui semble que l'incision large peut mettre à l'abri de ces accidents.

Séance du 27 décembre 1900. — Présidence de M. FOCHIER.

M. Durand donne lecture du procès-verbal. Le procès-verbal est adopté.

PRÉSENTATION DE MALADE COXA VARA

M. Durand présente, avec sa radiographie, une malade atteinte d'une coxa vara du côté droit. La radiographie montre que le col fémoral a subi un redressement

tel qu'il est maintenant, à peu près perpendiculaire à la diaphyse. L'observation fera ultérieurement le sujet d'une communication.

* *

MUCOCÈLE FRONTALE DROITE

M. Batut. — Le nommé X..., du 121^e d'infanterie, que j'ai l'honneur de présenter à la Société, a déjà été atteint à gauche il y a trois ans, en 1899, d'une tumeur semblable à celle dont il est porteur à la partie supéro-interne de l'orbite droite. A cette époque il fut opéré par M. le professeur Gayet, qui fit une incision dont on voit encore la trace ; cette incision donna issue, paraît-il, à un liquide filant ; nous ne savons si on rugina le squelette. Quoi qu'il en soit, il est resté une fistule persistante d'où s'écoule constamment du pus ; le stylet conduit sur une surface osseuse dénudée, sans communication probable avec le sac lacrymal.

L'ethmoïde gauche fait une saillie marquée, ainsi que l'unguis en avant et cette hyperostose paraît contemporaine de la lésion primitive ; il ne semble pas qu'il y ait d'ostéome libre pédiculé : c'est une tumeur en masse.

Les conduits lacrymaux gauches sont libres jusqu'au sac ; à droite il en est de même : on ne peut passer de sonde de Bowman dans le canal lacrymo-nasal. Le nez présente une contraction des ailes, et la rhinoscopie antérieure permet de voir un cornet inférieur dominant un méat qui présente un peu de mucus sans ulcérations ; le cornet moyen n'est pas visible ; il existe un rétrécissement marqué de la fosse nasale droite. Même état à gauche.

La lésion actuelle consiste en une tumeur rénitente, de la grosseur d'une aveline, siégeant au côté supéro-interne de l'orbite droite, en avant de l'unguis et du bord antérieur de l'os frontal hypertrophié, résistant sous le doigt. Le globe oculaire est dévié en bas et en dehors ; il est à 3 mill. au-dessous de l'œil gauche ; la fente palpébrale n'est pas élargie, la pupille droite a son centre à 4 cent. de l'axe du nez, la pupille gauche à 3 cent. 5 ; l'exophtalmie est bien manifeste. L'acuité visuelle est de 1/6 des deux côtes, diminuée volontairement ; pas d'œdème

papillaire, pas de lésion du fond de l'œil, pas d'hydropisie nasale, pas de diplopie ou de rétrécissement du champ visuel.

Aucun antécédent grippal ou infectieux ; rien aux oreilles, aux amygdales, au pharynx ; céphalée frontale persistante orbitaire et latéralisée à droite de la ligne médiane.

Pas de sécheresse marquée d'une narine par rapport à l'autre. Pas de symptômes de méningocèle ou de tumeur orbitaire. Pas de syphilis ni de tuberculose, aucune malformation congénitale.

Diagnostic : mucocèle frontale, suite d'hydropisie du sinus frontal, sans polype du méat moyen, proliféré en étendue dans le sinus frontal sans kystes muqueux.

VARICES LYMPHATIQUES DU CORDON ET FILARIOSE.

M. Batut. — Le nommé X..., gendarme, âgé de 40 ans, entre à l'hôpital Desgenettes, il y a un mois environ, pour paludisme chronique et anémie tropicale ; il a eu, il y a dix ans, un chancre de la verge suivi d'un gros bubon de l'aîne gauche ; un mois après, ce bubon a été soigné à l'hôpital Saint-Louis par la pommade mercurielle et n'a pas suppuré ; il a rétrogradé entièrement, mais, vers le second mois de cette affection, on a signalé une éruption généralisée qui a été traitée par l'iodure de potassium. Depuis cette époque aucun autre accident spécifique n'a été signalé.

Le malade est très vigoureux, sanguin ; il a des symptômes de surexcitation cérébrale et M. le médecin major Bernard a porté le diagnostic de paralysie générale commençante. X..., est évacué sur le 2^e service de blessés, le 23 décembre courant, pour une hernie inguinale gauche, datant d'un mois environ. A l'examen on constate un testicule gauche assez gros, légèrement descendant, un scrotum normal, un cordon qui donne l'impression d'un varicocèle modéré avec la sensation habituelle de paquet de ficelles ; on réduit le contenu de ce cordon, en l'exprimant par refoulement et, lorsque l'on fait tousser le malade, il semble que l'on ait sous l'index, placé dans l'anneau inguinal externe, la sensation d'un corps mou qui glisse sous le doigt. Pas de sensation de gargouillement,

mais tumeur allongée et vaguement empâtée; pas de choc sous l'index dans l'effort de toux, ni de gonflement apparent à la paroi, au-dessus du ligament de Poupart.

Il existe, en outre, deux noyaux à la tête de l'épididyme, arrondis, bien distincts l'un de l'autre, le premier plus gros que le second, du volume d'un gros pois, dur et résistant; à la queue de l'épididyme, masse molle et empâtée, de la grosseur d'une noisette.

On porte le diagnostic d'épiplocèle légère, descendant à peine au-dessous de l'anneau, dans un canal vaginopéritonéal congénital, avec tractus probable descendant jusqu'au testicule; ce dernier présenterait des indurations spécifiques, datant de deux ans environ, stationnaires, sans orchite scléro-gommeuse, ni vaginalite secondaire, ou hydrocèle diathésique.

Opération sous l'éther, le mercredi 26 décembre 1900; incision classique dans la direction du cordon empiétant sur ce dernier et sur la paroi abdominale, mise à nu, de l'aponévrose du grand oblique au fond d'un puits constitué par une couche de graisse de trois travers de doigt d'épaisseur; isolement du cordon que l'on trouve entouré à la racine par un gros lipome; recherche du canal déférent en arrière, isolement d'un groupe veineux postérieur, et apparition d'une formation kystique transparente de la grosseur d'une petite aveline que l'on prend pour un kyste sacculaire; dissection de ce kyste suivi d'un second, puis troisième série de boursoufflements noueux, transparents à contenu séreux; ce cordon, moniliforme, se poursuit et est isolé jusqu'à la queue de l'épididyme; un second cordon, semblable au premier et situé un peu en avant de lui, est également isolé; on lie ces deux cordons en haut et en bas, on les résèque entre quatre ligatures et on porte en ce moment le diagnostic de varices lymphatiques avec filarioses probables, en raison du séjour de dix ans fait par l'intéressé à l'île de la Réunion. Continuant l'opération, on fend la paroi antérieure du canal inguinal, on continue la dissection du cordon et on trouve, en haut, un sac transparent, vide, à parois internes lisses, radiées vers un collet supérieur, sans brides, et dont on ne peut détacher les éléments du cordon plaqués sur elles. Dissection du canal déférent, attiré en dehors et ligature haute, en masse, de tout le sac

en y comprenant les vaisseaux, le canal exclus, avec un catgut n° 3.

Réfection de la paroi antérieure par le procédé usuel de Lucas-Championnière, rétrécissement des piliers par huit fils de catgut n° 2, drainage et suture cutanée aux crins de Florence.

M. le médecin Niclot, répétiteur à l'École, veut bien examiner, dans l'après-midi, les pièces qui lui ont été remises ; il sacrifie une des varices, centrifuge le contenu séreux et nous montre des filaires nombreuses, adultes, à mouvements très vifs, entourées de globules blancs.

Nous présentons à la Société la seconde varice lymphatique immergée dans le liquide de Zincker en vue des coupes histologiques qui seront faites ultérieurement.

Nous relevons, dans notre cas, cette particularité de l'absence d'éléphantiasis du scrotum ou des membres inférieurs, l'absence d'adéno-lymphocèle, de chylosurie, ou d'ascite laiteuse ; les urines n'ont jamais été hématuriques ni grassieuses ; elles présentent, ce matin, des précipités phosphatiques et une couleur roséique. La filaire sera recherchée ce soir dans le sang et dans les urines.

Ce cas est intéressant par sa rareté ; l'affection est endémique à l'île Bourbon où de nombreux collègues du malade en sont atteints, sous forme d'orchite ou d'hydrocèle, au point que le suspensoir y est obligatoire. Elle diffère des cas publiés par Trélat, Lancereaux (1886-1888, avec trois observations), le Dentu, Chipault, en ce que l'aîne, est indemne, ainsi que le scrotum ; il existe vraisemblablement des ganglions pelviens que l'on ne peut sentir en raison de l'adipose actuelle. Le pronostic opératoire a toujours paru grave jusqu'ici ; nous espérons, toutefois, vous présenter, dans quelque temps, le malade complètement rétabli.

OSTEO-ARTHROPATHIE NERVEUSE.

M. Gangolphe présente un malade qui a subi l'amputation du pied, par le procédé Ollier, pour une ostéo-arthropathie nerveuse du tarse antérieur. Il présente, en

outre, la photographie et la radiographie du pied ainsi que la pièce anatomique obtenue par l'amputation.

M. Fochier. — La rareté de cette localisation antetarsienne dans les arthrites nerveuses et la présence des signes histologiques de tuberculose permet de discuter l'interprétation donnée par M. Gangolphe.

M. Gangolphe. — Les symptômes cliniques et tous les signes constatés en dehors de la présence des nodules tuberculeux ont semblé confirmer ce diagnostic.

SYMPHYSE STAPHYLO-PHARYNGÉE

M. Albertin présente un petit malade atteint de symphyse staphylo-pharyngée avec destruction de l'épiglotte et sténose laryngée.

Il se propose, après avoir dilaté le larynx, de libérer le voile comme il a déjà eu l'occasion de le faire et d'appliquer l'appareil prothétique que M. Martin a imaginé pour ces cas.

M. Rochet. — Le malade de M. Albertin est fort intéressant; il a eu, lui-même, à en opérer un qui portait les stigmates de l'hérédo-syphilis. L'indication opératoire était due surtout à des écoulements purulents inquiétants qui imposaient l'intervention pour ainsi dire d'urgence. Dans d'autres cas, il semble qu'on peut, au contraire, ne pas opérer. Il s'est servi d'une rugine coudée analogue à celle de Trélat et sépara ainsi le voile du pharynx. Il mit l'appareil Martin et le laissa six mois sans accident. Il crut alors à la guérison, mais, au bout d'un mois, le résultat était perdu. Peut-on prévoir les cas qui donneront des succès, et ceux qui font craindre des récurrences? Quelles sont, dès lors, les indications de l'intervention?

M. Albertin demande que la discussion de cette question soit mise à l'ordre du jour.

NOTE SUR DEUX CAS DE DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE DÉVELOPPÉS DANS LE MOIGNON CERVICAL APRÈS HYSTÉRECTOMIE SUB-TOTALE POUR FIBROME.

M. Condamin — En face d'un fibrome utérin volumineux douloureux, ou à évolution progressive, le seul point en discussion actuellement en chirurgie est de savoir s'il est préférable de faire l'hystérectomie totale ou l'hystérectomie sub-totale ne laissant que le col utérin. Cette dernière semble avoir gagné du terrain dans ces dernières années, en partie sous l'influence de Ternier qui s'est rallié d'une façon formelle à la « sub-totale ».

Sans entrer dans la discussion des arguments qui ont été donnés en faveur de la première ou de la seconde de ces méthodes, nous voulons rapporter les observations de deux malades que nous avons opérées de fibrome par l'hystérectomie sub-totale, et qui ont succombé, dans les deux années qui ont suivi cette intervention, par dégénérescence maligne survenue dans le moignon cervical. Nous laisserons parler ces deux faits qui nous semblent, plus que les raisonnements, plaider en faveur de l'hystérectomie totale.

Dans un premier cas il s'agissait d'une femme C..., de Monplaisir, âgée de 58 ans, qui présentait avec un fibrome remontant au-dessus de l'ombilic, des pertes abondantes, non fétides, et des phénomènes extrêmement douloureux.

L'hystérectomie abdominale fut pratiquée suivant le procédé de notre maître, le professeur Laroyenne, dit procédé avec collerette péritonéale. Cette méthode consiste, après la section des ligaments larges, à décoller le péritoine jusqu'à l'isthme du col, point où l'on pratique la section de l'utérus et du fibrome après ligature des vaisseaux, puis les bords de la collerette péritonéale sont suturés aux bords inférieurs de la plaie opératoire.

Aucun incident opératoire ni post-opératoire. Ce n'est qu'un an environ après l'intervention que l'on vit survenir d'abord une éventration au niveau de la plaie opératoire, puis de nouvelles pertes hémorragiques et,

dans la suite, une masse molle, bourgeonnante au niveau de l'enfouissement du moignon cervical. Phénomènes de cachexie progressive et mort. Cette malade, au moment de l'opération n'avait rien présenté de suspect au niveau du col ou du fibrome qui était dur et ne présentait aucun caractère de tumeur maligne.

Le second cas se rapporte à une malade de 40 ans opérée pour un fibrome, ou plutôt une série de fibromes, le 24 janvier 1889. Même opération que précédemment, c'est-à-dire ablation abdominale sub-totale par le procédé à collerette péritonéale de M. Laroyenne.

Pas d'accidents opératoires ou post-opératoires. Elle rentre chez elle le 21 février, présentant encore un petit trajet fistuleux au niveau de la marsupialisation de la collerette péritonéale. On y maintient une mèche de gaze iodiformée.

Le 14 mai de la même année, la malade est revue. La cicatrisation est complètement terminée. Il n'y a pas d'éventration. Le col est très haut, fortement attiré du côté de la cicatrice abdominale. La malade s'est modifiée considérablement du côté de l'état général.

Le 17 avril 1890, la malade est revue : elle présente une large éventration en bas de la ligne d'incision.

Le 20 avril, nous pratiquons la cure radicale de son éventration ; on retrouve le noyau cervical induré et paraissant plus gros que nous ne l'avions laissé au moment de la première intervention.

Résection de toute la paroi qui constitue l'éventration, et suture abdominale sur trois plans ; guérison rapide.

En juin 1890, la malade revient dans le service pour des pertes et des douleurs abdominales assez vives. On constate une dégénérescence épithéliale du col et une augmentation très notable du moignon cervical très nettement appréciable au-dessus du pubis. Le mois suivant, en juillet, le néoplasme a progressé et envahit la plaie abdominale. La malade meurt en août la même année.

Ces deux observations se passent de réflexions.

M. Goullioud a déjà entendu signaler cet inconvénient, par Pozzi, à l'un des derniers Congrès. Il demande à M. Condamin s'il s'agissait d'épithéliomas, ou bien

était-ce la continuation du processus primitif devenu malin? Au point de vue du manuel opératoire, le procédé de la collerette empêche de faire ultérieurement l'ablation du col ou, du moins, la rend difficile. Avec les techniques le plus en usage actuellement, on peut, au contraire, enlever les néoplasmes qui se produiraient sur le moignon cervical après l'intervention. Il serait intéressant aussi de savoir s'il s'agit de femmes mères ou de nullipares. Il semble que les vierges qui n'ont jamais, ou presque jamais, de cancer, ont très fréquemment des fibromes. M. Goullioud a, du moins, eu fréquemment, l'occasion de faire cette remarque à propos de nombreuses religieuses qu'il a été appelé à soigner.

M. Condamin a opéré, lui semble-t-il, autant de fibromes chez des mères que chez des vierges. Cette considération ne semble pas devoir influencer sur la décision à prendre en face d'un fibrome. Les cancers dont il parle étaient des épithéliomas.

M. Gangolphe. — On pourrait penser qu'au moment où M. Condamin a opéré ses fibromes, il y avait déjà des débuts de cancer et que l'examen de la muqueuse du col pourrait parfois être indiqué. Le procédé de Kelly est meilleur, semble-t-il, que le procédé de la collerette.

M. Fochiér fait remarquer combien est juste et intéressante la remarque de M. Goullioud touchant l'état de la virginité. Il n'a jamais vu non plus de cancer utérin chez les vierges et a observé, au contraire, dans la région uro-génitale, trois cancers de la vessie chez des religieuses.

M. Condamin répond à M. Goullioud que ses opérations datent de 1893 et, à ce moment, dans le service de M. Laroynne, on pratiquait couramment cette intervention par le procédé de la collerette. Sa technique s'est perfectionnée depuis ce moment. On peut répondre à M. Gangolphe que le col était absolument net et vierge de tout épithélioma. On sait que, suivant M. Bard, une tumeur en appelle une autre. En tout cas, il n'y avait pas de cancer cliniquement appréciable, et ce début, quatre ans après l'hystérectomie, en est une preuve convaincante.

M. Goullioud est, lui, partisan de l'hystérectomie totale, mais comme la sub-totale est actuellement moins grave, il continuera jusqu'à plus ample informé à lui donner la préférence.

M. Fochier. — Cette distinction de gravité n'est indiquée que par des statistiques qui ne permettent nullement de formuler des conclusions nettes. Il y a lieu de faire quelques réserves sur les statistiques apportées aux divers Congrès de chirurgie, et ce n'est pas cet argument qui peut faire se décider les chirurgiens en faveur d'une intervention ou d'une autre.

Les Secrétaires : Dr DURAND.
Dr NOVÉ-JOSSERAND.

Le Gérant : Dr VALLAS.



BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

—*—
Année 1900-1901



Tome IV, 2^{me} Fascicule
JANVIER-FÉVRIER
1901

LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Anc^{ie} Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1899-1900



BUREAU

<i>Président</i>	MM. FOCHIER.
<i>Vice-Président</i>	GAYET.
<i>Secrétaire général</i>	VALLAS.
<i>Trésorier-archiviste</i> ...	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i>	{ DURAND NOVÉ-JOSSERAND.

MEMBRES

ALBERTIN.	JABOULAY.
AUBERT.	LAROYENNE.
AUGAGNEUR.	MARTEL.
BÉRARD.	MARTIN.
BERNE.	NOVÉ-JOSSERAND.
CHANDELUX.	POLLOSSON (Maurice).
CLAUDOT.	POLLOSSON (Auguste).
CONDAMIN.	ROCHET.
CORDIER.	ROLLET.
DURAND.	SABATIER.
FOCHIER.	SIRAUD.
GANGOLPHE.	TIXIER.
GAYET.	VALLAS.
GOULLILOUD.	VILLARD.
HORAND.	VINCENT.

MEMBRES CORRESPONDANTS

BATUT.	LABONNARDIÈRE.
CURTILLET.	RUOTTE.

MEMBRES DÉCÉDÉS

MARCUS, <i>Membre Correspondant.</i>	OLLIER, <i>Président d'honneur.</i>
-----------------------------------------	----------------------------------------

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Séance du 10 janvier. — Présidence de M. FOCHIER.

M. Durand donne lecture du procès-verbal de la séance du 27 décembre 1900.

* * *

FIBROME DE L'UTÉRUS. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE. — DRAINAGE VAGINAL SOUS-PÉRITONÉAL. — GUÉRISON.

M. Gangolphe. — R. C..., 49 ans, ménagère.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. Réglée à quinze ans et, depuis, toujours régulièrement ; elle n'a pas cessé de jouir d'une excellente santé.

Le premier décembre la malade éprouva des douleurs violentes dans les reins. Huit jours après commençaient à apparaître des troubles urinaires : les mictions étaient à la fois peu abondantes et fréquemment répétées. Enfin, le mardi 8 décembre, subitement, au milieu d'une miction, le jet d'urine s'interrompt brusquement. En même temps elle ressent des douleurs très vives dans les reins et dans le bas-ventre. Un médecin, appelé en hâte, sonda la malade et lui conseilla de rentrer à l'hôpital.

La malade entre à l'hôpital le 14 décembre.

Elle ne peut émettre aucune goutte d'urine. On doit la

sonder deux fois par jour. Elle accuse une constipation opiniâtre.

Le ventre est volumineux. L'utérus semble remonté et en rétroversion. Au toucher vaginal on constate que le col est comme effacé ; le cul-de-sac postérieur est très accusé ; le cul-de-sac antérieur peu profond ; l'orifice utérin est reporté en avant près de la paroi vaginale. Le col semble se continuer en avant avec la tumeur.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Incision de deux ou trois travers de doigt au-dessus du nombril jusqu'à la région prépubienne. Il est impossible d'amener la tumeur en avant du pubis, soit parce qu'elle est enclavée, soit à cause de la sangle abdominale. La vessie apparaît, très remontée. Je pratique des débridements latéraux sur les bords inférieurs des grands droits, ce qui me donne un jour plus considérable. J'opère une traction énergique avec le désenclaveur. Je pose une pince longue au dessous des annexes gauches, la pointe de cette pince arrivant en contact avec le fibrome. Une ligature en chaîne est faite au dessus. On voit les vaisseaux par transparence. On enlève la pince et on excise les annexes. Je répète à droite la même manœuvre.

La décortication en raquette se fait assez facilement ; d'abord la valve gauche ; ligature de l'utérine qui est pour ainsi dire rompue par des efforts de traction et pincée aussitôt. A droite on pratique la ligature de l'utérine qui paraît très remontée. L'utérus, peu à peu, est violemment attiré au devant du pubis. Une longue pince courbe, introduite dans le vagin, vient pointer dans le cul-de-sac postérieur. Le vagin est incisé et coupé circulairement dans les trois quarts postérieurs de la tumeur. Dans sa partie antérieure on incise, avec la plus grande précaution, en arrachant en quelque sorte le fibrome pour éviter de léser les uretères ou la vessie dont la conservation a été la préoccupation constante de l'opérateur. La tranche vaginale est saisie, au fur et à mesure, par des pinces ; je ferme le dôme vaginal par une suture en surjet au catgut, en rabattant même sur celui-ci une couche de tissu utérin ou fibromateux conservé en avant. J'espérais ainsi fermer le vagin et conserver la collerette due à la décortication pour la marsupialiser à la partie inférieure de l'incision

abdominale. De cette façon le tissu cellulaire sous-péritonéal eût été parfaitement drainé et le péritoine refermé. Je dus renoncer à cette manœuvre à cause de la tension excessive qui aurait été exercée sur la collerette pour la marsupialiser. Pour éviter la présence de cet *espace mort* sous-péritonéal, une longue pince est introduite par le vagin, défonce un peu la ligne de suture, apparaît dans le fond, saisit un drain du volume du petit doigt et l'entraîne en se retirant par le vagin. On a donc un drainage vaginal sous-péritonéal. Les lèvres de la collerette sous-péritonéale sont refermées par un plan de suture. On pratique la suture de la paroi, après avoir placé un petit drain dans l'espace prévésical. Suites simples; le drain et la mèche sont enlevés le 5^e jour; la malade quitte le service trois semaines plus tard.

M. Fochier adresse ses remerciements à M. Pamard, d'Avignon, qui a bien voulu envoyer à la Société de Chirurgie, un exemplaire du beau volume qu'il vient de publier.

Ce volume est déposé aux Archives de la Société.

VARICES LYMPHATIQUES DU PLI DE L'AINE

M. Goullioud. — A l'occasion de la communication de M. Battut, je désire présenter à la Société une jeune fille que j'ai opérée pour des varices lymphatiques du pli de l'aîne, et qui présentait sans doute la même maladie, parasitaire, la filariose, contractée pendant un long séjour à Cayenne.

Cette malade, J. T..., est entrée dans mon service de l'hôpital St-Joseph, le 21 juin 1899, pour une arthrite du genou et une arthrite vertébrale, que j'ai attribuées à du pseudo-rhumatisme infectieux, d'origine génitale, quelques semaines après une fausse couche. Elle allait quitter le service, guérie, après un séjour de plusieurs mois dans une gouttière Bonnet, quand, vers le 15 novembre, elle se plaignit de douleurs au pli de l'aîne gauche,

irradiées dans la fosse iliaque et dans la cuisse, et aussi d'une petite tumeur qu'on me signala comme une petite hernie crurale. Cette tumeur augmente quand la malade se lève, le soir surtout, et la gêne alors.

Nous examinons un peu rapidement la malade et je constate, au-dessous de l'arcade crurale, se perdant dans la graisse assez abondante de la partie interne du haut de la cuisse, vers la pointe du triangle de Scarpa, une petite masse qui donne l'impression d'un sac graisseux ou d'un lipome mou et mal délimité. Quand la malade tousse elle grossit, et il y a une communication certaine entre la tumeur et l'abdomen, communication qui se fait par le canal crural. Cependant on ne se sent rien qui rappelle le passage de l'intestin ou même de l'épiploon.

La petite tumeur a des limites peu nettes, à cause de sa mollesse ; elle ne donne pas l'impression d'un ganglion lymphatique. On pense à quelque petit lipome herniaire. L'indication paraît nette de délivrer la malade de son affection, avant son départ de l'hôpital.

Opération le 15 décembre 1899. — Incision comme pour une hernie crurale. On trouve d'abord des ganglions qui sont mous et peu distincts de la graisse de la région, puis la tumeur principale, grosse comme une figue.

En coupant le pédicule d'un des ganglions, on voit sourdre, des mailles du tissu, un liquide séreux, légèrement teinté en rose par le sang du champ opératoire. On essaie de pénétrer dans le trajet avec un stylet, mais ce trajet est cloisonné. En cherchant à le disséquer, on reconnaît manifestement qu'on a affaire à des varices lymphatiques, qu'on enlève comme les veines dans la phlébectomie, mais elles en diffèrent par une moindre consistance. Le suintement séreux continue et il est manifeste qu'il vient de l'abdomen.

Je me rappelle alors un fait important de son histoire, oublié pendant son séjour à l'hôpital : c'est qu'elle a habité longtemps la Guyane-Française. Il s'agit donc d'une affection lymphatique, d'origine exotique.

On se demande un instant si ce suintement séreux, abondant, ne peut donner lieu à une fistule. On l'arrête

en partié par compression et on draine la plaie suturée.

Les suites furent simples, malgré un fort suintement le premier jour, et un peu d'œdème de la cuisse; le 15 janvier tout était cicatrisé.

Le sérum, les ganglions, furent soumis à l'examen de M. Mérieux; toutes les cultures restèrent stériles.

Les ganglions et le liquide lymphatique examinés au microscope avec ou sans coloration, n'ont présenté ni microbes, ni parasites. M. Mérieux ajoutait: dans la maladie exotique supposée, la bilharzia ou filariose, les parasites ne se trouvent qu'à certaines heures de la nuit et cela, concurremment avec une poussée fébrile.

Cette malade, née en France de parents français, a été emmenée par eux dans un pays marécageux, les environs de Cayenne, à l'âge de 4 ans et elle y a fait un séjour de 19 ans. Elle a eu des fièvres intermittentes; la tumeur du pli de l'aîne parut vers la fin de son séjour. Les cas d'éléphantiasis étaient nombreux autour d'elle.

Un an après l'opération, une petite tumeur a reparu quoique bien moindre au pli de l'aîne, et elle détermine un peu de gêne quand cette femme se fatigue. Une partie de la cicatrice s'est ectasiée et dans un point on voit la peau cicatricielle amincie et distendue par du liquide sous-jacent. Pour éviter la formation d'une fistule, je fais porter une pelote herniaire qui, exerçant une légère compression sur la petite tumeur, empêche son expansion.

A part un léger œdème dur du bas de la jambe, un examen complet des organes et spécialement du système lymphatique ne révèle rien.

M. Batut, en faisant des recherches, a vu que Le Dantec n'a jamais retrouvé la filaire dans le sang au cours de recherches poursuivies très rigoureusement pendant deux ans à Cayenne.

M. Condamin a pu constater de l'œdème et des dilations de gros troncs lymphatiques dans le pédicule d'un utérus enlevé par hystérectomie.

M. Goullioud a eu l'occasion de faire la même constatation dans la paroi abdominale d'une malade porteur du plus gros fibrome qu'il ait jamais vu. Il n'y eut pas d'intervention.

FRACTURE RÉCENTE DE LA ROTULE TRAITÉE PAR LA SUTURE DES AILERONS

M. Batut. — Le malade que nous avons l'honneur de présenter, soldat au 99^e d'infanterie, fait une chute dans un escalier de la caserne le 27 juin dernier et ne peut se relever. Soutenu par ses camarades, il est transporté à l'infirmerie, puis cinq heures après à l'hôpital Desgenettes où nous le voyons le soir même; il existe une hémarthrose volumineuse, une fracture transversale de la rotule à la partie moyenne; pas de plaie ni d'ecchymoses; le malade n'a pu faire un pas depuis sa chute. Néanmoins, le lendemain matin, notre intervention, faite à l'aide d'un lambeau en U à convexité inférieure large et mettant à découvert tout le genou, nous permet de constater une déchirure des ailerons s'étendant à deux et trois centimètres de chaque côté; l'écart des fragments rotuliens est de deux centimètres environ. Nettoyage avec des tampons aseptiques de l'intérieur de l'article, suture des ailerons au catgut dans l'éther au sublimé aux 1/100, suture périostique, sutures cutanées aux crins de Florence, poudre de talc et bismuth stérilisés.

Au trente-cinquième jour, le malade commence à marcher, le massage et l'électrisation combattent l'atrophie musculaire, et M... sort de l'hôpital au 71^e jour, montant et descendant les escaliers sans difficulté et fléchissant les cuisses sur le bassin au point d'obtenir le contact des fesses et des talons.

Aujourd'hui, après six mois écoulés, on constate l'uniformité absolue de la rotule dont la palpation ne révèle aucun cal saillant; les bons résultats obtenus dès le début se sont maintenus, l'atrophie musculaire a disparu et le sujet est apte à reprendre son service militaire tout comme il a pu se livrer à la culture durant son congé de convalescence.

Il n'existe aucun œdème malléolaire, même après une journée de fatigue; le procédé de M. Vallas nous paraît, jusqu'à présent le procédé de choix dans le traitement des fractures récentes de la rotule. Il en est tout autrement des fractures anciennes.

M. Ruotté a dans son service un malade sur lequel il a pratiqué, avec le même excellent résultat, la même intervention. Il publiera ultérieurement cette observation.

* * *

ÉNORME KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE, REMARQUABLE PAR SA CONSISTANCE SOLIDE, SON DÉVELOPPEMENT RAPIDE.

M. Gangolphe.— J'ai l'honneur de vous présenter une énorme tumeur de l'ovaire remarquable par son développement rapide et aussi par certains détails cliniques.

C'est dans l'espace d'une année environ que s'est produit l'énorme accroissement de la tumeur ; en effet, au dire de la malade, c'est à la fin du mois d'août 1899 qu'elle avait constaté la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche. La rapidité de l'évolution, l'altération de la santé générale avaient fait penser à un néoplasme malin et inopérable. L'examen clinique me montra qu'il s'agissait d'une tumeur de l'ovaire, difficilement mobilisable à cause de son volume, mais qu'il était possible d'enlever.

Ce qu'il y eut de plus remarquable, ce fut la constatation d'une pleurésie droite avec épanchement abondant remontant jusqu'au-dessous de l'épine de l'omoplate.

Faisant prendre, de parti pris, la température des sujets que je dois opérer, on trouva chez cette femme un état fébrile difficile à soupçonner autrement. D'abord, sans cause appréciable, l'auscultation restant négative, cette fièvre put être bientôt rattachée à une pleurésie droite. Je n'ai pas besoin de dire la gravité de la situation à ce moment-là ; la dyspnée était extrême, toutefois, je ne ponctionnai pas, et nous vîmes la situation s'améliorer progressivement. Le 20 décembre, il ne restait aucune trace d'épanchement ; les forces étaient revenues ; le 1^{er} janvier, le malade se levait. Je résolus de profiter de cette amélioration pour l'opérer.

L'opération ne présenta aucune autre particularité, qu'une adhérence totale du tablier épiploïque à la partie

supérieure de la tumeur, adhérences nécessitant un grand nombre de ligatures ; à noter aussi deux ou trois adhérences avec la région des gros vaisseaux pré-vertébraux. Le pédicule était large, il y avait de l'ascite ; aucun signe de généralisation péritonéale ou hépatique. Rapidement menée, l'intervention eut les suites les plus favorables. La tumeur pesait 12 kilogs environ et était formée d'une multitude de petits kystes ce qui expliquait la prolifération rapide. M. le professeur Tripiier nous a fait dire qu'il s'agissait d'un kyste multiloculaire appartenant au type classique. Voici, du reste, l'observation résumée, prise par mon secrétaire :

Louise R..., 31 ans, pâtissière, entre à l'hôpital le 9 octobre 1900.

Rien à noter comme antécédents héréditaires. Réglée à 11 ans 1/2 et régulièrement depuis, mariée à 18 ans, elle s'est toujours bien portée Elle a quatre enfants en bonne santé.

La malade eut ses époques comme d'habitude, le 20 août 1899 et huit jours après, ressentit une douleur vive au niveau de la fosse iliaque gauche, une grosseur survint en même temps à ce niveau.

Elle prit un lavement et s'alita une journée, puis une purgation fit passer la douleur.

Mais, presque en même temps, survinrent des pertes rouges qui persistèrent huit jours, disparurent pendant huit autres jours et reprirent ensuite. La malade se crut enceinte et sentit même remuer dans son ventre au mois de novembre.

En mars, rétablissement de l'état général et réapparition des règles. On crut à une fausse couche ou à un accouchement prématuré. On patienta jusqu'au mois de juin.

Au commencement de juillet, un médecin, consulté, détrompa la malade sur la nature de sa grossesse et posa le diagnostic de tumeur.

Le 8 octobre 1900, l'anorexie et l'épuisement sont tels que la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Actuellement, voici ce que l'on note :

A l'inspection du ventre, on soupçonne une tumeur

multilobulée, dure à la palpation et non mobilisable. La percussion révèle une matité qui s'étend dans tout le bas-ventre et remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; matité aussi dans les flancs, sauf à deux travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque gauche où l'on constate une légère sonorité.

Ascite révélée par la sensation de flot, obtenue en plaçant la main d'un côté et en tapotant du côté diamétralement opposé.

Au toucher, col dévié à droite, utérus mobilisable et refoulé en arrière. Cul-de-sac antérieur effacé, cul-de-sac postérieur normal, bien que le doigt y pénètre difficilement. Cul-de-sac latéral gauche normal. Le doigt pénètre dans le cul-de-sac latéral droit, mais on a la sensation que ce dernier est légèrement pris; col largement entr'ouvert.

Etat général bien atteint, cachexie, faciès jaunâtre, amaigrissement marqué.

Urines rares, sans sucre, ni albumine.

La température était de 39°5. La malade est examinée soigneusement au point de vue pulmonaire; on ne constate absolument rien.

Le 16 octobre, la température s'est maintenue élevée; on constate les signes d'un épanchement pleurétique droit.

Cet épanchement se résorba en trois semaines environ, en même temps que la température s'abaissait à la normale.

Le 1^{er} janvier. — La malade se lève, a repris de l'appétit, mais est encore très amaigrie.

4 janvier. — L'opération est décidée.

9 janvier. — Opération. Incision étendue de l'appendice xyphoïde au pubis, par suite de l'impossibilité de réduire le volume du kyste par des ponctions.

Ecoulement d'une notable quantité d'ascite. Libération d'adhérences épiploïques très considérables; ligature et section du pédicule qui est très large. Suture à trois plans de la paroi.

Les suites furent simples; l'opérée quitte le service trois semaines plus tard.

M. Condamin. — Pourquoi M. Gangolphe n'a-t-il pas ponctionné les différentes masses qui apparaissent très nettement; on aurait ainsi facilité l'opération?

M. Gangolphe fait toujours la ponction. Il en a fait une sixaine sans résultat.

* * *

SYMPHYSE STAPHYLO-PHARYNGÉE

M. Albertin. — Je vous ai prié d'examiner dans notre séance du 27 décembre 1900, un petit malade qui m'a été adressé, par M. le docteur Garel, pour être opéré d'une symphyse staphylo-pharyngée. Son histoire détaillée est la suivante. On ne trouve pas d'antécédents, chez les parents, pouvant permettre d'admettre une syphilis héréditaire. L'enfant n'a pas eu de lésion tuberculeuse. En fouillant ses antécédents personnels on ne peut noter que les faits suivants: L'enfant a dix ans actuellement, il va à l'école depuis l'âge de six ans; à cette époque l'enfant présenta sur la lèvre inférieure un bouton qui, par sa durée et son aspect, inquiéta les parents qui en recherchèrent la cause et purent se rendre compte qu'à l'école les enfants buvaient indifféremment dans les verres des uns et des autres. Au milieu de l'hiver 1897-98, il se produisit, alors que le bouton labial était guéri, de l'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire et des plaques blanchâtres apparaissaient dans la bouche puis de l'enrouement.

Selon toute probabilité, la série de ces accidents doit être rapportée à la syphilis. Un médecin qui donna des soins à cette époque pensa à la syphilis et institua un traitement spécifique. L'enfant fut soumis à un traitement mais on peut dire que la symphyse du voile se fit immédiatement à l'insu du médecin et des parents. A la fin de 1898 on reconnut la symphyse en pratiquant l'examen de la gorge à l'occasion d'une rougeole. En 1899 il fut admis à Luriboisière où on fit le diagnostic de synéchie congénitale du voile et de la paroi postérieure du pharynx. Ce diagnostic ne saurait être admis, l'état cicatriciel apparent du voile permet de le rejeter pour en faire le résultat d'une affection ulcéreuse inflammatoire.

En juillet 1900, l'enfant a été atteint d'otite suppurée bilatérale, alors que la symphyse du voile du palais avait déjà été reconnue. Ces accidents nous paraissent devoir être considérés comme une conséquence de l'oblitération du cavum par l'adhérence staphylo-pharyngée.

Actuellement ce petit malade présente des lésions doubles : 1^o du côté du larynx, 2^o du côté du voile du palais.

L'examen laryngoscopique pratiqué, par M. Garel, a révélé une modification de calibre de la partie supérieure du tube laryngien. Il existe une atrésie de la portion sus-glottique du larynx qui rend difficile l'inspection des cordes vocales. Il y a eu, à ce niveau, des phénomènes ulcéreux ayant provoqué de l'atrésie cicatricielle. La dyspnée est continue et s'exagère au moindre effort en s'accompagnant de cornage; elle s'explique par l'état du larynx supérieur, que M. Garel nous a dépeint comme notablement modifié par la destruction presque complète de la portion libre de l'épiglotte par l'atrésie cicatricielle de la portion sus-glottique. La synéchie du voile est complète et tout l'air respiratoire passe par la cavité buccale. L'enfant est sujet à s'enrhumer et a fréquemment de petites atteintes de bronchite; la voie est rauque, enrouée et souvent éteinte.

Du côté du voile du palais il y a adhérence totale entre le bord libre du voile qui s'est fusionné avec la paroi pharyngienne et sur la face buccale du voile on retrouve des lignes cicatricielles, vestiges du processus ulcéreux antérieur.

En résumé, nous pensons avoir à faire à une symphyse staphylo-pharyngée consécutive à des lésions syphilitiques secondaires du voile et du pharynx. L'hypothèse du chancre labial me paraît acceptable; la nature de cet accident est souvent méconnue; les trois derniers cas que j'ai observés viennent encore à l'appui de cette assertion. Dans l'un il s'agissait d'une marchande d'huîtres, d'une écaillère installée à la porte d'une brasserie, où elle prenait ses repas, et y vivant familièrement, allant à l'office.

Elle vint me trouver, me montrant un bouton à la partie médiane de la lèvre inférieure, que je reconnus pour un beau chancre induré. L'âge avancé du sujet, sa mora-

lité me permirent d'admettre la contagion par l'usage des verres à boire, utilisés sans toilette préalable; deux garçons du même établissement étaient, en effet, porteurs d'accidents secondaires, et c'était très probablement de là que parlait la contagion. Dans un autre cas, un jeune marié atteint d'accidents secondaires buccaux méconnus (la roséole fut prise pour une rougeole) donna un chancre labial, le jour de ses noces, à la fois à sa femme et à la demoiselle d'honneur. J'eus à soigner ainsi tout l'état-major de la noce atteint de « syphilis *insuntium* ». Nous pensons donc qu'il n'y a pas lieu de refuser la seule étiologie de l'affection qui ressorte des antécédents, et d'en admettre la nature syphilitique.

Actuellement le voile est complètement symphysé et l'obstruction pharyngienne du cavum est complète. La luette, appliquée contre la paroi postérieure du pharynx, est fusionnée avec lui, et de là partent des traînées cicatricielles qui s'irradient en divergeant sur le dôme staphylin.

Le processus modificateur paraît complètement terminé; il n'y a pas de sclérose bien marquée en dehors de celle qui comporte le tissu cicatriciel. En somme, c'est un cas favorable à l'intervention. Elle consistera dans l'exécution des différents temps de notre procédé :

1^o Libération du voile du palais.

2^o Mise en place de l'appareil prothétique de Martin.

Avant de procéder à l'opération, nous allons, pour nous mettre à l'abri de toute complication d'ordre asphyxique, faire calibrer le larynx en confiant le malade au docteur Sargnon qui se propose de faire le tubage méthodique. Alors que nous serons maîtres des phénomènes dyspnéïques, nous pourrons en toute sécurité intervenir.

Séance du 17 janvier 1901. — Présidence de M. FOCHIER.

Le procès-verbal est lu et adopté.

M. le président donne lecture de la dépêche suivante:
« Société de Chirurgie de Moscou exprime son pro-

fond regret à la France et à la famille Ollier, de la perte douloureuse d'un honorable savant.

« Président : professeur BOBROFF. »

SYMPHYSE STAPHYLO-PHARYNGÉE

M. Albertin. — Dans une des dernières séances, à la suite d'une présentation de malade, on m'a invité d'exposer mon opinion sur deux points de la question :

1^o Quelles sont les indications opératoires de la symphyse du voile du palais.

2^o Toutes les formes de symphyse staphylo-pharyngée sont-elles également justiciables de l'intervention ?

Je me permets de vous rappeler qu'outre les communications et publications que j'ai faites sur ce sujet, j'ai inspiré à M. Rousset une thèse où l'on pourra trouver un grand nombre de documents sur la question (De la symphyse staphylo-pharyngienne et de son traitement. Rousset, Th. de Lyon, 1897).

Les indications résultent des symptômes observés, caractérisés par des troubles fonctionnels du côté des voies respiratoires, des voies digestives supérieures, des organes de l'odorat et de l'ouïe.

Du côté des voies respiratoires, on observe de la dyspnée facile. La respiration s'exécute par la voie buccale, les fosses nasales ne permettant plus le passage de l'air respiratoire. Les malades sont sujets à des laryngites fréquentes, ont de la trachéïte, de la bronchite chronique; ils respirent la bouche ouverte et l'air arrivant directement au larynx, sans que sa température soit modifiée par le contact de la pituitaire, sans que les corps étrangers véhiculés subissent le crible des poils ou des cils vibratils de la muqueuse nasale; il en résulte les conséquences que nous avons signalées.

Nous avons eu, parmi nos malades, une tuberculeuse avec lésion des sommets, dont l'état pulmonaire s'amé-

liora très vite, à la suite du rétablissement de la perméabilité du naso-pharynx.

Les troubles de la déglutition existent toujours. Lorsque la symphyse est incomplète, les malades rejettent les liquides par les fosses nasales, lorsqu'elle est totale le bol alimentaire ne passe qu'avec peine dans l'entonnoir pharyngé plus ou moins rigide, plus ou moins immobilisé.

L'absence d'ouverture postérieure au cavum trouble profondément l'exercice du sens de l'odorat. Le plus souvent, il est supprimé lorsque la symphyse date déjà d'un certain temps.

Il existe du coryza chronique, quelquefois de l'ozène, une sensation de gêne, de l'enchifrènement qui constituent un grief important contre cet état ; les malades s'en déclarent très gênés, persécutés qu'ils sont par ce malaise continu.

A côté de ces lésions des fosses nasales et des troubles de l'odorat, il faut placer les troubles de l'ouïe qui existent toujours. Il est fréquent de voir se développer de la tubite, de l'otite moyenne suppurée, du catarrhe de la caisse, une diminution plus ou moins considérable de l'acuité auditive.

Voilà, ce me semble, des raisons suffisantes pour chercher, par l'intervention, une modification à cet état de choses. On sait combien est pénible la sensation de plénitude des sinus dans le cours d'un coryza et l'expression populaire de « rhume de cerveau » indique combien le malade est gêné, diminué dans l'exercice de ses facultés intellectuelles. Nos malades se plaignaient beaucoup de l'ensemble des symptômes qui, par suite des modifications de l'ouïe, de l'odorat, des sécrétions et des excrétions des sinus et des fosses nasales, leur rendait tout travail pénible, leur procurait un malaise insupportable.

Arrivons maintenant aux variétés cliniques que nous avons pu observer. Je classerai immédiatement mes observations en deux catégories. Dans la première, on peut faire entrer les faits de symphyse staphylo-pharyngée cicatricielle où tout phénomène, tout processus actif est éteint. Les tissus se présentent avec tel ou tel aspect, tel ou tel caractère et, lorsque la libération sera

pratiquée, à part une certaine rétraction cicatricielle inévitable, le résultat restera acquis.

Dans la seconde catégorie, je placerai les cas de symphyse du voile où il existe en outre un processus sclérosant en évolution.

Dans une de mes observations, alors que le voile du palais symphysé paraissait être définitivement cicatrisé, j'ai vu les tissus libérés se modifier malgré tout, s'épaissir, s'indurer et l'atrésie de l'orifice augmenter malgré tout. En même temps la langue était le siège de lésions scléreuses qui évoluaient parallèlement. Cette seconde forme me paraît beaucoup plus grave et c'est lorsqu'on s'adresse à elle qu'on risque de voir l'intervention sinon échouer du moins ne pas vous donner les résultats attendus. Je dus, en six mois, faire deux fois la libération des adhérences staphylo-pharyngiennes. Après la seconde intervention, je fis porter l'appareil Martin pendant plus de deux mois à mon opérée. J'en pratiquais l'ablation temporaire tous les dix ou quinze jours pour en permettre la toilette. On désinfectait les fosses nasales par de larges irrigations, etc. Je finis par obtenir un orifice de communication entre le cavum et le pharynx, admettant le pouce. Cet orifice, situé derrière la luette qui est restée immobile, paraît immuable actuellement.

Depuis l'ablation de l'appareil, il y a eu de la sclérose des piliers qui se sont de nouveau en partie fusionnés avec le pharynx, mais cette portion médiane est restée souple et l'orifice est toujours très perméable. Il n'a pas changé depuis six mois.

En résumé, on pourrait dénommer ces variétés cliniques :

1^o Forme cicatricielle, passive ;

2^o Forme sclérosante, active.

La seconde variété est plus grave et sa thérapeutique n'assure pas toujours le succès. On devra, en pareil cas, adjoindre à l'acte opératoire la bienfaisante influence du traitement ioduré.

M. Ruotte a eu l'occasion d'observer, en Algérie, de nombreux cas de symphyse staphylo-pharyngée chez des indigènes. Il a trouvé que presque toujours la syphilis

est en cause, surtout la syphilis héréditaire tardive. Il se produit une perforation qui divise le voile du palais dont les bords vont se coller contre les parties correspondantes du pharynx. Il a vu une fois ce processus évoluer devant lui sans qu'il soit possible de l'arrêter. Dans un cas où il y avait des accès de suffocation, ceux-ci furent atténués par des excisions.

M. Jaboulay ne croit pas à la constance de la nature syphilitique de ces lésions.

La tuberculose de l'arrière-gorge et du voile du palais peut amener des déformations de même espèce.

M. Horand rappelle qu'on a, en effet, à un moment donné, incriminé la scrofule. Pour lui, il s'agit presque toujours de syphilis, et particulièrement de syphilis contractée pendant la première enfance, par exemple d'une nourrice infectée. Il croit que l'intervention peut difficilement donner des résultats dans les cas anciens, à cause de la tendance considérable à la rétraction des tissus.

M. Aubert croit aussi qu'il s'agit, le plus souvent, de syphilis acquise de la première enfance, la plupart des vrais syphilitiques héréditaires mourant de bonne heure.

M. Ruotte. — Les indigènes qu'il a observés paraissent bien avoir de la syphilis héréditaire.

M. Vallas croit aussi à la fréquence de la syphilis contractée pendant la première enfance : il a vu un nourrisson infecté par sa nourrice. Il a vu, dans un cas, une lésion tuberculeuse produire une obstruction complète du pharynx nasal ; pour lui les cas où il y a des pertes de substance relèveraient plutôt de la syphilis.

M. Jaboulay fait remarquer que, dans son cas, l'iodure n'a aucunement modifié l'ulcération dont la nature syphilitique reste, par conséquent, très douteuse.

LYMPHO-SARCOME OPÉRÉ CHEZ UNE ENFANT DE 2 ANS SANS RÉCIDIVE AU BOUT DE TROIS MOIS

M. Nové-Josserand présente une fillette âgée de deux ans, dont voici l'histoire :

Sans antécédents notables, on remarqua, à l'âge de dix mois, dans la région sus-claviculaire droite une tumeur grosse comme la moitié d'une noix. Celle-ci resta stationnaire jusqu'à l'âge de 19 mois, puis elle se mit à grossir lentement d'abord puis de plus en plus vite si bien que, dans les quinze derniers jours, elle s'accroissait à vue d'œil, bien que l'état général restât assez satisfaisant.

A l'entrée, à la Charité, on constate que la région sus-claviculaire droite est remplie par une tumeur bosselée, formée par deux masses ganglionnaires agglomérées, encore faiblement adhérentes à la peau qui est saine, et paraissant assez mobiles sur les plans profonds. Quelques petits ganglions durs le long du bord antérieur du trapèze. Les autres groupes ganglionnaires sont indemnes : le foie, la rate, le sang sont normaux. Cliniquement, le diagnostic de lympho-sarcome n'est pas douteux.

L'extirpation de la tumeur, semblant anatomiquement possible, est pratiquée le 8 octobre 1900. La tumeur est enlevée largement avec la portion adhérente de la plaie, un petit morceau de l'acromion et une languette assez étendue du trapèze. La dissection des petits ganglions fut poursuivie jusqu'en haut du cou, en disséquant les vaisseaux, carotide et jugulaire, et parut complète.

Les suites opératoires furent simples et, actuellement, trois mois après l'opération, il n'y a pas trace de récurrence. L'enfant se porte bien.

L'examen macroscopique de la pièce confirma de tout point le diagnostic clinique ; on ne trouva aucun point ramolli ou caséeux ressemblant à de la tuberculose.

L'examen histologique, pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique, est relaté dans la note que je rapporte *in extenso*.

Examen histologique. — Les coupes révèlent des alvéoles limitées par du tissu conjonctif et remplies par du tissu ganglionnaire avec réticulum adénoïde. Il n'y a aucune formation spécifique et, notamment, pas de tubercule. Reste à savoir si la tumeur du tissu ganglionnaire est, dans ce cas, bénigne ou maligne ou inflammatoire simple. Elle n'est pas inflammatoire simple, parce que le tissu conjonctif qui fait les alvéoles est tantôt un tissu conjonctif très finement fibrillé, tantôt un tissu fibroïde à cellules fusiformes, jamais à grosses fibres ; de plus, les vaisseaux

que l'on rencontre dans ces travées sont tous de formation très imparfaite; ce sont des cavités limitées par un endothélium, puis le tissu ambiant. Enfin, ces vaisseaux n'ont aucune trace d'endartérite.

Donc, tumeur au sens propre du mot.

Mais tumeur fort probablement maligne, c'est-à-dire lympho-sarcome, car le tissu ganglionnaire que l'on observe, semble être en dehors d'un ganglion normal, car, fréquemment, dans les travées, on rencontre des fibres musculaires striées, dissociées et en raréfaction.

Il n'est donc pas douteux qu'il s'agisse ici d'un lympho-sarcome. Cette tumeur n'est, d'ailleurs, pas très rare chez l'enfant puisque en trois ans j'ai en déjà observé quatre cas

Elle est fatalement mortelle et c'est en raison de ce pronostic que j'ai tenté l'extirpation dans ce cas où une intervention complète semblait encore possible. L'absence de récurrence au bout de trois mois me donne quelque espoir d'obtenir un résultat qui serait d'autant plus intéressant qu'on sait la gravité des tumeurs malignes chez les enfants.

M. Villard. — Le cas présenté par M. Nové-Josserand est intéressant, car, au point de vue clinique, il cadre absolument avec ce que l'histologie nous a fait connaître sous le nom de lympho-sarcome. Des cas semblables jettent un peu de lumière sur l'obscurité qui existe encore actuellement dans les tumeurs malignes de l'appareil lymphatique. Ces tumeurs, en effet, sont très mal connues, très mal classées, et des lésions inflammatoires même ont été confondues et décrites comme de véritables néoplasmes. Les idées de M. le professeur Bard sur la spécificité cellulaire et sur la lymphadénie infectieuse ont considérablement simplifié les choses.

Dans l'appareil ganglionnaire lymphatique deux ordres d'éléments cellulaires peuvent donner naissance à des tumeurs :

1° La charpente adénoïde du ganglion; 2° les cellules lymphatiques migratrices qui y sont contenues. Si ce sont les cellules conjonctives du tissu adénoïde qui dégèrent, on assistera à l'évolution d'une tumeur reproduisant du tissu adénoïde réticulé, plus ou moins adulte;

de là une forme bénigne, *lymphadénome* qui, est l'hyper-trophie ganglionnaire simple, et une forme maligne avec généralisation du tissu réticulé, le *lympho sarcome* se comportant comme une tumeur cancéreuse avec extension locale et noyaux secondaires. Dans ces deux variétés, lymphadénome, et lympho-sarcome, peu ou pas d'augmentation du nombre des leucocytes.

Si, au contraire, c'est la cellule lymphatique qui a dégénéré, il s'agit d'un véritable cancer du globule blanc, cancer du sang, s'accompagnant d'une augmentation énorme du nombre des leucocytes dans le sang et dans les ganglions, d'où une augmentation simultanée des principaux organes lymphatiques. C'est la *leucocythémie*.

Une dernière affection peut simuler les précédentes, par l'augmentation du volume des ganglions et du nombre des cellules blanches; elle a été considérée longtemps comme une maladie néoplasique, c'est la *lymphadénie infectieuse*, isolée par MM. Bard et Guillermet. C'est là une infection s'accompagnant d'une réaction inflammatoire du côté des ganglions et d'une hyperleucocytose consécutive. Au point de vue clinique, la lymphadénie infectieuse est caractérisée par des poussées thermiques plus ou moins élevées.

L'existence connue de la lymphadénie infectieuse a pu faire croire à certains esprits éclairés que les tumeurs malignes ganglionnaires étaient, pour la plupart, dues à des micro-organismes; à l'heure actuelle, il convient de séparer nettement ces pseudo-tumeurs de celles engendrées par la dégénérescence néoplasique soit du tissu adénoïde des ganglions lymphatiques, soit des leucocytes eux-mêmes.

Le cas présenté par M. Nové-Josserand doit être considéré comme un lympho-sarcome; en effet, au point de vue clinique, il s'agissait d'une tumeur maligne locale, ne s'accompagnant pas d'une augmentation des globules blancs dans le sang, et l'analyse histologique a démontré l'hyperproduction du tissu réticulé. Ce cas était donc justiciable d'une intervention chirurgicale, puisque l'on peut espérer que les limites du mal ont été dépassées. Toute tentative semblable aurait été contre-indiquée s'il s'était agi d'une leucocythémie ou d'une lymphadénie in-

fectieuse. On voit donc de quel secours est, au point de vue clinique, une classification histologique exacte de ces tumeurs ganglionnaires, et l'importance thérapeutique qui en résulte lorsqu'il s'agit de décider de l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

M. Gangolphe. — Il faut diviser les tumeurs ganglionnaires en deux variétés : les unes sont des tumeurs limitées aux ganglions, dans lesquelles l'intervention est justifiée. Les autres sont des maladies infectieuses qui ne s'accompagnent pas forcément d'altérations du sang, et où les tuméfactions ganglionnaires donnent l'impression d'une réaction secondaire, ils ne sont pas du ressort de la chirurgie.

M. Fochier rappelle que la classification de Virchow n'était pas très différente de celle de M. Bard.

Il insiste sur l'utilité de l'examen macroscopique pour le diagnostic de la nature des lésions ; ainsi l'envahissement des muscles se fait tout différemment par les inflammations et les cancers.

* * *

HYSTERO-TRAUMATISME. — TRAITEMENT PAR LA GALVANO-FARADISATION

M. Gangolphe. — J'ai l'honneur de vous présenter un fait d'hystéro-traumatisme, ou plutôt de contracture hystérique des fléchisseurs des trois derniers doigts de la main gauche observée sur un ouvrier des usines d'aciérie de Grand-Croix.

Cet homme, âgé de 27 ans, d'une bonne santé antérieure, non alcoolique, aurait eu, le 31 juillet 1900, la main gauche comprimée entre un cric et une pièce de bois. Il n'y eut pas de plaie, mais le main se tuméfia surtout à la face dorsale. Un médecin, appelé, extrait de la face palmaire quelques échardes de bois.

Les jours suivants, rien de particulier, si ce n'est une gêne dans les mouvements de flexion et d'extension de tous les doigts et des douleurs assez vives. Depuis l'accident le malade avait des insomnies et des cauchemars.

Dans le courant du mois d'août, il se présenta à l'Hôtel-Dieu de Lyon, à cause des souffrances qu'il éprouvait. La main était à peine tuméfiée. Il ne fut pas admis. De même, à Saint-Etienne, M. le Dr Duchamp ne constata rien de particulier.

Le 15 septembre, souffrant toujours et toujours gêné pour mouvoir les trois derniers doigts, il entre à l'hôpital de Saint-Etienne; il est anesthésié et, par une incision faite à la face palmaire et dont nous notons aujourd'hui les traces, M. Duchamp extrait plusieurs petites échardes, il n'y avait et il n'y eut plus de suppuration; réunion immédiate. Chose singulière, la motilité des doigts ne fut en rien améliorée. Bien plus, ils se fléchirent complètement d'une façon progressive.

Dans les premiers jours de décembre, il me fut adressé par M. le Dr Garcin de Grand-Croix et je constatai l'état suivant :

1° Les trois derniers doigts de la main gauche sont absolument fléchis sur la paume de la main. Les ongles s'y inscrutent en quelque sorte. Il est impossible, soit volontairement, soit passivement de modifier cette attitude. L'index et le petit doigt sont mobiles, mais s'étendent complètement avec peine. Teinte violacée et abaissement de la température de la main, pas d'atrophie musculaire de l'avant-bras. Il m'est impossible, par suite, de savoir ce qui existe du côté palmaire.

2° L'exploration de la sensibilité montre qu'il existe une anesthésie complète au contact et à la piqûre sur les trois derniers doigts, une grande partie de la paume de la main, côté cubital, et de la partie inférieure et moyenne de l'avant-bras. Le bord radial a conservé sa sensibilité.

3° Cette anesthésie à la piqûre et à la pression existe aussi pour la température.

4° Toutes les régions susdites sont le siège d'une hyperesthésie considérable à la pression.

5° Réflexes pharyngien et conjonctival normaux. Un examen ophthalmologique montre un notable rétrécissement du champ visuel. Le diagnostic me semble être celui de contracture hystérique et je tente la suggestion. Le malade refuse de prendre les pilules fulminantes

comme trop dangereuses. J'emploie les bains locaux très chauds et prolongés sans aucun succès. Finalement, j'adresse le malade à M. le Dr Bordier qui m'envoie la note suivante relative aux réactions et aux traitements électriques employés pour ce malade.

Examen des réactions électriques des muscles.

L'excitabilité faradique est conservée partout; en la comparant avec celle des muscles symétriques du côté sain on ne trouve aucune diminution.

Les secousses de fermeture à la cathode sont normales qualitativement et quantitativement. Donc pas de trace réaction de dégénérescence.

Abaissement notable de la température cutanée de la main et de l'avant-bras gauche.

Le 10 décembre, le traitement est commencé et appliqué de la façon suivante.

Une électrode de 20 centimètres carrés est placée sur le point moteur des fléchisseurs des doigts, pendant qu'une électrode hémicylindrique de 90 centimètres carrés et appliquée à la face inférieure du bras.

La forme de courant utilisée a été la galvano-faradisation; le pôle négatif étant en relation avec l'électrode active de l'avant-bras. Ce courant a été appliqué tous les jours pendant 20 minutes sans interruption ni rythme.

Cette technique a été employée dans le but de produire une tétanisation et d'amener l'épuisement musculaire des muscles contracturés.

Après la galvano-faradisation, je faisais contracter avec du courant faradique simple et rythmé au moyen du métronome, les extenseurs des doigts et de la main. Durée 10 minutes

Cette faradisation rythmée avait pour but de développer la force des extenseurs antagonistes des fléchisseurs contracturés.

Enfin, pendant 5 minutes, le rouleau galvanique, relié au pôle positif avec une intensité de 15 à 20 milliampères, était promené sur la main et l'avant-bras.

Le 14 décembre, le malade ouvre un peu la main; les doigts se séparent de la paume d'environ 1/2 centimètre.

Le 17, le bout des doigts s'éloigne de 2 centimètres de

la main dont la paume est très concave résultat de la pression continue exercée par les doigts.

Le 22 décembre, les doigts s'ouvrent en allant à peu près au milieu de leur course.

Peu à peu l'amélioration s'accroît et le malade ouvre la main à peu près complètement le 29 décembre.

A noter que la température de la main et des doigts revient à sa valeur normale, 10 jours après le commencement du traitement.

Le malade, volontairement, étend à peu près complètement les trois derniers doigts de la main gauche, mais, si on veut compléter le mouvement d'extension, on provoque de la douleur et de la résistance. Les trois doigts restent toujours collés les uns aux autres dans ce moment. Si on cherche à les écarter on provoque de la douleur. L'index et le pouce possèdent l'intégrité de leurs fonctions. Une cicatrice, longue d'environ 2 centimètres perpendiculaire au pli de la main, située dans l'axe de l'annulaire mobile, n'oppose aucun obstacle à l'extension. L'obstacle vient tout entier de la contracture des fléchisseurs. Anesthésie au contact et à la piqûre dans le domaine des trois derniers doigts, face dorsale et face palmaire. La paume de la main est insensible dans ses 2/3 internes. La douleur à la pression a à peu près complètement disparu : l'hyperesthésie a fait place à l'anesthésie. Impossibilité de distinguer le chaud et le froid dans la zone susdite.

* * *

BRIÈVETÉ ACQUISE DES FLÉCHISSEURS DES DOIGTS

M. Vallas présente un malade qui, à la suite d'une d'une opération faite dans l'enfance, pour une ostéite du radius, actuellement entièrement guérie, a présenté une rétraction des muscles fléchisseurs ne permettant l'extension complète des doigts que lorsque le poignet est fléchi. Pas de troubles de la sensibilité. Il ne s'agit évidemment pas d'une lésion nerveuse ni d'une contracture.

M. Jaboulay observe que ce malade présente quelques signes de névropathie, notamment absence du réflexe

pharyngien ; il pense que ce pourrait être une contracture hystérique.

M. Nové-Josserand a observé chez deux enfants, une lésion analogue qui était survenue à la suite de l'application de bandages trop serrés, pour des fractures soignées à la campagne. Il ne s'agit pas de contracture car les mouvements persistent dans de certaines limites et l'anesthésie ne modifie rien.

On pourrait peut-être essayer de faire l'allongement de ces tendons.

M. Vallas.—Ce n'est pas une contracture, car le malade exécute tous les mouvements lorsqu'il a la possibilité mécanique de les faire.

M. Gangolphe rappelle qu'il existe, sur cet ordre de faits une publication récente de Little et Wood ; la rétraction est due à une destruction partielle du muscle suivie de sclérose.

FRACTURE DE LA ROTULE

M. Ruotte.—J'ai l'honneur de vous présenter un homme de mon service auquel j'ai pratiqué la suture des ailerons et du périoste rotuliens, pour une fracture transversale de la rotule avec déchirure totale des parties fibreuses latérales, déchirure allant jusqu'aux insertions condyliennes des ligaments latéraux du genou.

L'observation a été publiée récemment dans la thèse de M. Pons ; je me contenterai, en vous montrant le résultat, de la compléter au point de vue des détails de l'intervention.

L'opération fut faite sans bande d'Esmarch, pour éviter le suintement habituel après son application ; quelques pinces furent mises sur des artérioles qui n'exigèrent même pas la ligature. L'articulation, pleine de sang, fut nettoyée à sec avec des compresses montées sur des pinces ou roulées sur le doigt ; je dois dire que ce nettoyage fut très complet, les cartilages et la synoviale apparaissant sous leur aspect absolument normal.

La suture, faite avec du gros catgut, conservé dans la solution de sublimé dans l'éther à 1/100, fut faite à points séparés, commençant à l'angle interne de la déchirure ; les fils, placés à 1 centimètre environ, tra-

versaient toute l'épaisseur des plans fibreux et aussi la synoviale ; leur anse se trouvait donc à l'intérieur de l'articulation.

Après la suture de l'aileron interne, les fragments étaient déjà rapprochés et presque maintenus au contact ; après la suture bi-latérale, le contact fut parfait. Le périoste pré-rotulien, relevé au-devant des fragments, fut également suturé ; mais cette manœuvre ne nous paraît pas indispensable ; les fils n'ont d'autre but que de le maintenir et non pas d'agir pour maintenir le contact, car ces lambeaux étirés n'offrent aucun point d'appui.

Opéré le 7 novembre, les fils furent enlevés le 24 et la mobilisation commencée le 8 décembre ; l'articulation ne présentant ni épanchement, ni épaissement de la synoviale, le retour du mouvement fut facile et rapide ; aujourd'hui, l'opéré commence à monter les escaliers.

Localement, vous pouvez constater l'état de la rotule qui paraît normale ; la radiographie nous a fait voir un cal osseux avec une petite rainure superficielle, due peut-être à quelques-uns de ces lambeaux périostiques qui auront produit une légère interposition, malgré le soin mis à les relever en totalité ; peut-être vaudrait-il mieux alors les réséquer.

M. Vallas constate l'excellence du résultat et met en relief deux points de technique important : c'est qu'il ne faut pas se servir de la bande d'Esmarch afin de pouvoir faire une hémostase bien complète, et qu'il faut s'abstenir de lavages et nettoyer la synoviale avec des tampons, en respectant le mieux possible le revêtement de la séreuse.

* * *

MALFORMATION CONGÉNITALE DES DEUX MEMBRES SUPÉRIEURS TRANSMISE EXACTEMENT DE LA MÈRE A SON ENFANT.

M. Jaboulay présente la radiographie d'une malformation rare, transmise exactement par une mère à sa fille. La main droite n'a que quatre doigts, tandis qu'à gauche on constate une absence complète du radius et du pouce.

Séance du 21 janvier 1901. — Présidence de M. FOCHIER

M. DURAND donne lecture du procès-verbal. Il est adopté.

* *

MYXOME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. — QUELQUES POINTS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE POUR LA RÉSECTION DE CET OS.

M. Jaboulay présente un malade auquel il a enlevé la moitié droite du maxillaire inférieur pour une tumeur développée de ce côté. Il a dû faire, après la section médiane, une recoupe enlevant la partie de la moitié gauche située en avant de la canine.

Le malade porte les cicatrices des incisions. Dans ce cas, M. Jaboulay n'a pas fait la partie ascendante de l'incision classique. Cette petite incision, bien que courte, a l'inconvénient de léser la parotide et aussi quelques filets du facial. Il a encore modifié, ainsi qu'il suit, le procédé ordinaire: après section du ptérygoïdien interne, il a abandonné tout instrument et, poussant plus loin que ce chirurgien la manœuvre de Maisonneuve, il a, par traction et torsion, sans aucune section, arraché le maxillaire, désinsérant ainsi le temporal, le ptérygoïdien-externe et les moyens d'union de l'articulation temporo-maxillaire.

Trois points sont donc à noter: l'incision la manœuvre de torsion et surtout la rareté de la tumeur qui est un myxome, ce serait seulement la troisième observation de myxome du maxillaire inférieur. Il pense que, après pose de l'appareil Martin, pour la prothèse immédiate, il ne faut pas faire les irrigations dans la première journée, car on a, ce qui s'est produit dans ce cas, des hémorragies en nappes pouvant devenir inquiétantes. Il ne faut les commencer que le lendemain, quand les vaisseaux, ouverts par l'intervention, ont eu le temps de s'oblitérer.

M. Josserand fait remarquer que la pointe de la coronoïde est en partie arrachée. A l'amphithéâtre on obtient des déchirures du muscle temporal quand on

oublie, ce qui arrive souvent aux élèves, de sectionner la coronôide ou le temporal.

M. Jaboulay. — On ne peut assimiler, au point de vue de sa résistance, le temporal d'un cadavre qui peut, aux exercices de médecine opératoire, être déjà modifié par les putréfactions, et le même muscle d'un sujet vivant. Dans le cas présent, le maxillaire s'est décortiqué de son périoste d'une façon aussi parfaite que si on l'avait ruginé avec soin.

EFFONDREMENT SYPHILITIQUE DU NEZ. — INJECTION DE VASELINE SOUS LA PEAU POUR MODIFIER LA FORME DU NEZ.

M. Jaboulay présente un malade qui a subi un effondrement syphilitique du nez. Il lui avait fait d'abord une fente médiane du nez et avait appliqué le trépied de M. Martin. Au bout d'un mois, la pièce passa à travers les téguments et dut être enlevée. Le nez était plus laid qu'avant. Il lui fit faire un nez en carton. A ce moment, il connut un travail de Gersuny qui fait de la prothèse au moyen de vaseline injectée chaude dans les parties molles et refroidie ensuite. Cette substance n'est pas résorbée et, soulevant les téguments, modifie la forme des organes suivant le désir de l'opérateur qui peut, en quelque sorte, modeler la face du patient. Il constata qu'après l'injection qui fut faite il y a vingt-quatre jours, il y eut un soulèvement net de la peau augmenté par un processus inflammatoire qui n'alla pas jusqu'à la suppuration. Il pense, en face du résultat obtenu, que cette prothèse à la vaseline fera peut-être une sérieuse concurrence à l'appareil de M. Martin.

M. Fochier. — Quelle quantité a été injectée à la fois ?

M. Jaboulay. — Deux centimètres cubes. Cette vaseline ne se résorbe pas et l'augmentation de volume qu'a subie le nez n'a pas diminué depuis l'injection.

Séance du 31 janvier 1901. — Présidence de M. FOCHIER

M. Durand donne lecture du procès-verbal de la séance du 24 janvier. Il est adopté.

**EMPALEMENT D'UN ENFANT SUR UNE TIGE DE FER. —
LAPAROTOMIE. — GUÉRISON. — CALCUL VÉSICAL SECON-
DAIRE. — LITHOTRITIE. — GUÉRISON.**

M. Rochet. — Le petit malade que j'ai l'honneur de vous présenter tomba, du haut d'une échelle, sur une tige de fer placée debout dans le coin d'une remise. L'extrémité libre de la tige, qui était mousse, entra à côté de l'anus, par le périnée, perfora le rectum à quatre centimètres environ au-dessus de l'anus, suivit la cavité du rectum pendant un certain temps, puis perfora de nouveau le rectum pour passer entre lui et la vessie, et vint, en traversant tout le reste de l'abdomen, ressortir à un travers de doigt au-dessous et à gauche de l'ombilic. Il y eut des symptômes de péritonite, des vomissements bilieux ; on mit de la glace sur le ventre et on donna de l'opium. Au bout de trente-six heures les médecins qui le soignaient pratiquèrent une laparotomie qui leur montra, dans le péritoine, du sang, mais pas de matière fécale, ni d'urine. On draina le péritoine par la plaie abdominale et par l'orifice traumatique périnéal, au moyen d'une mèche et d'un drain et on attendit. Les phénomènes de péritonite disparurent et on put croire le malade guéri. Bientôt il ne put plus uriner spontanément par l'urèthre, et on vit que les urines passaient par la plaie rectale. La vessie était vide ainsi que le démontrait le cathétérisme. On endormit de nouveau le malade, on mit une sonde à demeure qui permit l'écoulement des urines, sauf lorsqu'elle venait à s'obstruer : les urines passaient alors par le rectum. Un mois après, on put sans inconvénient retirer définitivement la sonde et tout paraissait guéri. Mais bientôt apparurent tous les symptômes des calculs vési-

caux ; douleurs, hématurie, arrêt brusque du jet d'urine. Un calcul engagé dans l'urèthre put être enlevé par les voies naturelles, mais bientôt de nouveaux accidents calculeux se produisirent et c'est alors que le malade me fut adressé. A ce moment l'enfant, qui souffrait, se prêtait mal à l'examen : je ne pus sentir le calcul. La famille se refusait à me laisser pratiquer la taille, de sorte que, après quelques hésitations, je finis par faire la lithotritie. Je pus, après anesthésie, faire le broiement assez facilement, bien que la partie gauche de la vessie ait comme disparu, alors que sa partie droite était bien conservée. On avait la sensation que la vessie était obstruée vers la gauche, comme par une cloison fibreuse tendue d'avant en arrière. Le toucher rectal faisait percevoir, en ce point, une sorte de lame résistante, cicatricielle, se continuant avec la cicatrice saillante dans la cavité de la vessie. Le calcul phosphatique principal semblait du volume d'une grosse amande ; il était accompagné de plusieurs petites concrétions, mais beaucoup moins volumineuses.

Il y a trois semaines de cette intervention qui s'est très bien terminée ; il n'y a plus aucun symptôme de calcul.

Plusieurs points sont à noter dans cette curieuse observation. D'abord le traumatisme : la tige entrée dans le rectum et le péritoine a pu faire dans l'abdomen un assez long parcours sans produire de blessure d'aucune anse grêle.

Au point de vue thérapeutique, le simple débridement, sans recherche ni suture intestinale, a réussi à arrêter la marche des accidents péritonéaux. Le point le plus remarquable de l'accident, c'est la perforation secondaire de la vessie. Il est certain que cet organe n'a pas été perforé par le passage de la tige de fer ; les trois médecins qui ont pratiqué la laparotomie sont très affirmatifs sur ce point que l'abdomen ne renfermait pas d'urine, et que ce n'est que plusieurs jours après l'accident que ce liquide a commencé à couler par le drainage de la plaie périnéale.

On doit surtout remarquer l'intérêt que présente ce cas au point de vue de la thérapeutique des calculs vésicaux chez l'enfant.

Il semblait, *a priori*, que l'état de la vessie, peu solide et infectée, se prêtait mal à la lithotritie.

D'autre part, le malade était très anémié et le traumatisme de la taille pouvait être mortel. On pouvait craindre aussi que l'enfant supportât mal le drainage hypogastrique consécutif à l'intervention, car il n'aurait pu être question de suturer la vessie infectée. Je finis donc par adopter, malgré les difficultés qu'offre l'étroitesse de l'urèthre infantile, la lithotritie qui me semblait devoir donner un choc opératoire moindre.

Les manœuvres devaient être sans doute difficiles chez cet enfant, dans une vessie petite, sans bas fond, peu susceptible d'être distendue et, qui ne pouvait admettre, par un petit urèthre, qu'un petit lithotriteur. Il faut faire, en pareil cas, un broiement et une évacuation très parfaits, car on a facilement, dans les jours qui suivent, s'il reste quelques débris de calcul, une dangereuse obstruction de l'urèthre.

Malgré ces conditions peu favorables, je pus mener mon intervention à bien et évacuer complètement la vessie, ainsi que je l'ai déjà dit.

Au centre de l'un de ces calculs extraits, je vis un petit ver blanc, de 5 à 8 m/m de long, qui devait venir de l'intestin. Dans les lavages qui suivirent l'évacuation, on retrouva aussi un de ces petits vers, mais libre alors et non encroûté de phosphates. Je tiens à signaler, en terminant, cette origine calculeuse.

M. Fochier. — Il serait intéressant de montrer ce ver à l'helminthologiste remarquable qu'est M. Drivon. Il déterminerait la nature de ce ver dont la présence au centre d'un calcul vésical est fort curieuse.

M. Goullioud. — Cette observation soulève, outre la question du traitement des calculs vésicaux, celle du drainage abdominal dans les traumatismes. Il peut, à ce propos, rapporter le fait suivant : Une bicycliste est renversée par un camion ; la roue lui passe sur le corps. Il constate des signes de péritonite et pratique une laparotomie sous hépatique. Il s'écoule, non de la bile, mais de la sérosité. Il ne fit aucune recherche, mit un Mikulicz et la malade guérit très bien. Cette malade présentait, outre ces phénomènes abdominaux, du pneumo-thorax sans fracture de côtes.

Il a vu un autre malade qui tomba à la renverse sur un pieu qui passa par l'anus et embrocha la vessie. Il guérit, mais subit secondairement la taille pour un calcul au centre duquel il y avait un fragment de pantalon.

M. Tixier a vu un malade qui était tombé sur une pioche pointue dont la dent était entrée sous le foie. Le malade, très gravement atteint, vomissait. En regardant la pioche, il put voir que 15 cent. au moins, avaient pénétré dans l'abdomen. L'état était si grave que, placé dans de mauvaises conditions matérielles, il ne crut pas devoir intervenir, pensant qu'il y avait épanchement fécal et hémorrhagique et péritonite généralisée. Le malade guérit pourtant, à la suite d'une évacuation, par l'anus, de pus et de sang. Cette guérison est due au simple traitement opiacé.

M. Bérard. — Les chirurgiens anglais et, récemment, Kultner, ont montré que les plaies par balles sont relativement peu graves, et que le repos et l'opium furent meilleurs que la laparotomie dans la guerre du Transvaal.

M. Vallas. — Les plaies de la guerre du Transvaal ne doivent pas être choisies comme type général de plaie abdominale, car le Mauser et le fusil anglais ont des projectiles très petits dont les plaies sont minimales, moins dangereuses pour l'intestin que beaucoup d'autres agents pénétrants.

M. Jaboulay. — Il faudrait bien distinguer, dans les plaies abdominales, les cas avec et les cas sans perforation de l'intestin. Les derniers sont le plus souvent sans gravité ; ceux, au contraire, qui ont produit des perforations demandent au moins à être drainés. Dans le cas du confrère qu'il eut l'occasion de drainer, il y a quelques mois, il semble que, sans le drain qu'il mit dans le péritoine, ce malade serait mort.

M. Batut. — Il y a de nombreuses observations de plaies par bayonnette avec guérison ; il est bien probable que, dans ces cas, il n'y a pas de perforation intestinale.

M. Goullioud. — On pourrait peut-être dire, que s'il n'y a pas de perforation, la laparotomie n'a pas de gravité ; s'il y en a, elle est indispensable, de sorte qu'en fin de compte, elle est toujours indiquée.

**FLEXION PERMANENTE DES DEUX DERNIÈRES PHALANGES
DES QUATRE DERNIERS DOIGTS PAR RÉTRACTION CICATRI-
CIELLE DES FLÉCHISSEURS.**

M. Vallas. — B..., Antoine, 18 ans, présente des antécédents nerveux ; sa mère serait morte à Bron, son père, vivant, présenterait des troubles psychiques. Ayant joui d'une excellente santé jusqu'à 12 ans, il fut opéré, à cet âge, à la Charité, pour une ostéite de la partie moyenne du cubitus droit. Les suites furent simples et l'enfant alla finir sa convalescence à Giens, où il fit un séjour de six mois. C'est là, trois mois environ après l'opération, qu'apparut peu à peu une flexion des doigts, d'abord localisée aux deux derniers, puis s'étendant, en deux ans, aux quatre derniers doigts.

Actuellement, le malade vient à l'Hôtel-Dieu demander qu'on le débarrasse de cette infirmité. Celle-ci consiste en une flexion permanente des quatre derniers doigts de la main droite. Disons de suite que le pouce est complètement libre.

Pour les autres doigts, quand le poignet est dans l'extension, la main dans l'axe de l'avant-bras, les doigts sont fléchis, chacune des 2^e et 3^e phalanges étant à angle droit sur le segment précédent, les premières étant étendues sur la main.

Si on essaye de vaincre cette flexion, on ne peut y arriver que très incomplètement et, malgré une force considérable, l'extension complète ne peut être obtenue ; à ce moment, on provoque de la douleur soit au niveau de la paume de la main, soit à la partie inférieure de l'avant-bras. Quand, au contraire, la main est fléchie à angle droit sur l'avant-bras, l'extension complète et volontaire des doigts est facile.

Les mouvements volontaires, d'autre part, sont conservés d'une façon parfaite entre les limites que nous venons d'indiquer. La force dynamométrique des deux mains est très sensiblement égale (32 ou 33 kil., à droite, 33 à 35 kil. à gauche) ; dans la position rectiligne de la main, le malade peut facilement fermer le poing et l'ouvrir jusqu'à la limite indiquée.

La main étant fléchie sur l'avant bras, il peut étendre et fléchir complètement les doigts. Dans tous ces mou

vements, les masses musculaires de l'avant-bras se contractent et se relâchent successivement. Les extenseurs des doigts semblent avoir leur force normale. Les réactions électriques des muscles sont normales.

L'avant-bras droit est légèrement atrophié, en circonférence et en longueur, par rapport au gauche.

Sur la partie moyenne du cubitus, on observe une cicatrice de 9 centimètres de long environ, adhérente à l'os.

Aucun point douloureux sur les trajets nerveux.

Rien à signaler dans tout le reste de l'examen du malade sauf de l'anesthésie pharyngée et un peu d'anesthésie conjonctivale. Pas d'hémi-anesthésie, pas de rétrécissement net du champ visuel, aucune zone hystérogène. Jamais le malade n'a eu de crises nerveuses. J'ai opéré le malade après avoir obtenu de lui l'autorisation de ne faire qu'une légère intervention.

Le malade étant endormi, je ne constatai aucune modification des symptômes. Je rouvris l'ancienne incision et, faisant tirer sur les doigts, je vis un tiraillement se produire dans les muscles adhérents au cubitus. Je libérai cet os à la rugine et, quand il fut dépériosté, la masse cicatricielle devint mobile et, cessant de fixer les tendons au cubitus, leur rendait tous mouvements. La gangue qui les soudait était bien entraînée par eux, et on avait la sensation qu'il s'agissait non d'une brièveté, mais d'une fixation de ces tendons. Je les libérai autant que je pus et mis les doigts en bonne position. Aujourd'hui, il n'est pas encore guéri et je veux, non pas montrer un résultat définitif, mais expliquer la pathogénie de cette singulière affection. On voit que les mouvements, sans être parfaits, sont suffisants. J'ai bien peur, cependant, que le pouvoir invincible de la rétraction cicatricielle ne compromette mon succès thérapeutique. Je m'attends presque à une récurrence et je songe, sans m'y être arrêté cependant, à introduire une lamelle métallique par exemple, entre les tendons et l'os.

M. Fochier. — Pourquoi ne tenterait-on pas la transplantation de graisses au lieu de métal pour isoler les tendons de l'os?

**APPENDICITE AVEC PÉRITONITE SUPPURÉE DIFFUSE. —
INCISIONS ABDOMINALES MULTIPLES. — DRAINAGE
ABDOMINO-VAGINAL. — GUÉRISON**

M. Bérard. — Cette observation, recueillie avec l'assistance du docteur Gélibert, se rapporte à une jeune fille de 14 ans 1/2, Simonne D., et a été publiée en partie dans la thèse de M. le docteur Carle, sur le drainage abdomino-vaginal.

Depuis un an, la malade accusait, de temps à autre, des douleurs abdominales assez vagues, mais localisées de préférence dans le côté droit. Constipation habituelle. Le 7 mai 1900, elle ressentit des souffrances assez vives dans la fosse iliaque droite, et dans les lombes, avec langue saburrale et perte de l'appétit. Pendant 4 jours ces symptômes persistèrent, pour s'atténuer, puis cesser avec l'apparition des premières règles.

Le 29 mai, après une période de bonne santé apparente, marquée seulement par quelques troubles digestifs, légères coliques, qui durèrent pendant 2 jours, sans que la jeune fille interrompît ses occupations habituelles.

Le 31, dans l'après-midi, frissons assez violents, et vomissements après l'administration d'un verre de vin sucré. Dans la nuit, les vomissements continuent; les douleurs abdominales s'accroissent à un degré tel, que tout mouvement devient impossible. Néanmoins la malade est transportée, dans ces conditions, du pensionnat où elle se trouvait, à St-Didier, chez ses parents, à Monplaisir.

Le docteur Gélibert porte alors le diagnostic d'appendicite, administre de l'opium et fait placer de la glace sur le ventre.

Le 3 juin, nous constatons l'état suivant : facies péritonéal très caractérisé, peau sèche et très chaude (40°2 à 5 heures du soir), pouls à 130, ventre ballonné en totalité, excessivement douloureux spontanément et à la pression, avec maximum dans les deux fosses iliaques. A droite, pourtant, l'empâtement iliaque est plus net, sans zone de matité. Urines rares, selles absentes, vomissements porracés.

Devant une telle diffusion des symptômes nous attendons,

pendant trois jours, une localisation du ou des foyers inflammatoires, en continuant l'opium et la glace. Les vomissements disparaissent, mais la température se maintient entre 38°5 et 39°3. L'empâtement s'accroît dans la fosse iliaque droite, avec un ballonnement persistant de tout l'abdomen; on délimite même à ce niveau une zone de matité qui commande l'intervention.

Le 8 juin, *incision iliaque droite au lieu d'élection*. Evacuation d'une quantité de pus évaluée à 1/2 litre. La collection est mal limitée par les anses intestinales; un drain est placé dans la fosse iliaque, un autre dans la direction de l'ombilic, sans qu'on ait recherché l'appendice au milieu des fausses membranes de péritonite. Les douleurs cèdent un peu, mais la température se maintient entre 38°5 et 39°5. L'état général fléchit, et l'abdomen reste ballonné.

Aussi, le 16 juin, après la constatation, *dans la fosse iliaque gauche*, d'une zone plus empâtée et rénitente, quoique sonore, une nouvelle intervention est décidée.

Le 18 juin, *incision iliaque gauche*, qui donne issue à beaucoup de pus mélangé de gaz. L'exploration de la cavité péritonéale montre que le foyer s'étend en arrière jusqu'à la colonne, et qu'il envoie un autre prolongement dans le bassin. Les anses intestinales sont agglutinées en paquet derrière l'ombilic; les deux incisions droite et gauche ne peuvent être réunies à travers l'abdomen par un drain.

Pour assurer l'évacuation de ce vaste foyer, une longue pince courbe est introduite à travers l'hymen, déprime le cul-de-sac postérieur du vagin, et permet d'inciser celui-ci par l'intérieur de la cavité abdominale. La même pince, légèrement ouverte, ramène à la vulve *un long drain en anse abdomino-vaginal*. Deux autres drains, entourés de mèches, sont introduits par la plaie dans les collections abdominales les plus élevées.

Le lendemain de l'intervention, la température monte à 40°, bien que les douleurs se soient atténuées beaucoup et que l'état général se relève. Des matières fécales passent par les drains vaginaux et abdominaux, ce qui confirme l'ulcération intestinale ou appendiculaire, déjà soupçonnée par la présence des gaz, au moment de l'incision iliaque gauche.

La malade accuse des douleurs articulaires et hépatiques qui sont calmées par le salicylate de soude et la quinine.

Pendant huit jours encore, la température oscille entre 38° et 39°, et quelques matières passent par le drain abdomino-vaginal, à travers lequel on a fait des lavages pendant quatre jours. Le 29 juin, ce drain vaginal, progressivement raccourci, est définitivement enlevé.

Le 6 juillet, la malade est convalescente et, à partir de ce moment, elle reste apyrétique. Les douleurs ont disparu complètement ; les selles, d'abord provoquées par des lavements, reviennent spontanément et régulières. La cicatrisation des plaies est hâtée par une suture secondaire des parois bourgeonnantes. Le 20 juillet, la guérison est complète.

La malade, revue à la fin de janvier 1901, a engraisé de 5 kilog. Son état général est excellent, elle n'accuse plus aucun malaise. Les règles ont reparu. Pas d'éventration au niveau des cicatrices abdominales.

Nous avons cru devoir publier ce cas, à cause des particularités suivantes :

1° *Début de la première poussée aiguë d'appendicite au moment de l'apparition des premières règles*, sans qu'une autre cause déterminante ait pu être relevée chez cette jeune fille qui était une constipée habituelle, et qui avait ressenti déjà de vagues douleurs abdominales depuis plusieurs mois. C'est un fait à rapprocher des nombreux cas d'appendicite liés aux autres manifestations de la vie génitale, grossesse ou état puerpéral. Nous connaissons deux autres faits où le début de l'appendicite coïncida nettement avec celui de la menstruation.

2° Ce cas rentre dans les faits de *péritonite suppurée diffuse* guéris par l'intervention chirurgicale et qu'on a trop souvent publiés sous le titre de péritonite suppurée généralisée. Le péritoine est infecté seulement dans sa grande loge inférieure, au-dessous du méso-colon transverse. Les anses grêles, agglutinées avec l'épiploon, presque en un seul paquet, ne laissent entre elles aucun espace vide pouvant être le point de départ de petits abcès cloisonnés.

3° Autant qu'on peut en juger par l'évolution des lésions, *l'appendice devait se trouver dans la position transversale*

postérieure, qui s'observe assez fréquemment. L'extrémité de l'appendice repose alors sur le promontoire ou à son voisinage. C'est ce qui explique que le pus ait envahi à la fois les deux fosses iliaques et le bassin, et que la fistule stercorale temporaire se soit ouverte à gauche. Comme, dans toutes les appendicites ulcérées, cette fistule se tarit spontanément et en peu de jours.

4^o Enfin, le drainage abdomino-vaginal, ordinairement délaissé, chez les vierges, pour le drainage abdominal simple ou pour le drainage abdomino-rectal (Jaboulay), a pu être *ici très facilement réalisé sans compromettre en rien l'intégrité de l'hymen*. Ce drainage nous semble, en pareil cas, le plus simple et le plus efficace.

M. Fochier demande comment l'incision gauche a pu permettre d'arriver au cul-de-sac de Douglas.

M. Bérard. — Il fut assez facile d'inciser, avec des ciseaux ordinaires, le cul-de-sac vaginal refoulé par une pince de Richelot.

M. Jaboulay continue à penser qu'il vaut mieux drainer le cul-de-sac, surtout chez les vierges, par le rectum que par le vagin.

On ne risque pas de faire passer les matières du rectum dans le péritoine, puisque les malades ont leur intestin immobilisé et que, de plus, il ne s'agit pas simplement de pratiquer un orifice recto-péritonéal, mais d'abaisser par une invagination véritable, l'orifice créé et de l'amener au-dessous de l'anus. Il n'est pas indifférent de sacrifier l'hymen d'une fillette.

M. Bérard. — Une pince ne le compromet pas.

M. Goullioud veut relever deux détails intéressants de cette observation : c'est d'abord la temporisation pendant quelques jours, comme Roux de Lausanne, et non l'intervention d'emblée, comme la préconise Dieulafoy. D'autre part, M. Bérard a fort bien distingué la péritonite diffuse et la péritonite généralisée, distinction qui est d'un très haut intérêt pronostic.

M. Chandelix. — Il faut bien savoir que les péritonites peuvent donner lieu à des interventions multiples.

Dans un cas d'appendicite, il pratiqua l'intervention et obtint la guérison, mais, quinze jours après, il eut une nouvelle poussée péritonéale donnant lieu à une nou-

velle intervention suivie de guérison. Mais il survint une nouvelle poussée amenant une grosse collection encore péri-hépatique qui fut évacuée. On put voir alors que la péritonite était généralisée et la mort s'en suivit. Il faut noter que le malade est mort seulement après la troisième intervention. Il avait donc résisté, grâce à l'intervention, à deux graves poussées, de sorte que cet échec définitif devient pourtant un argument en faveur de la laparotomie.

M. Vallas. — Ces poussées secondaires sont assez fréquentes et paraissent graves. Le chirurgien trouve un abcès et l'évacue, tout rentre dans l'ordre; mais les récurrences peuvent se produire avec des caractères de plus en plus graves et finir par amener la mort du malade. Elles ne se produisent pas seulement au cours de l'appendicite, mais aussi dans d'autres lésions abdominales.

Il y a quelques semaines, je fus appelé auprès d'une malade que je trouvai en pleine péritonite. J'hésitai sur le siège de la lésion causale. Songeant à une appendicite je fis une laparotomie iliaque droite; je vis les anses intestinales rouges, distendues, avec des pseudo-membranes. Devant l'intégrité de l'appendice, je crus devoir pratiquer une laparotomie sus-ombilicale médiane. Là, je trouvai plus de liquide. Je drainai pensant qu'il s'agissait d'une perforation gastrique et je partis faisant un sombre pronostic. J'appris, quinze jours après, qu'elle était guérie de cette péritonite que j'ai vue généralisée à la faveur de mon incision iliaque droite.

Quelques jours après, je fus rappelé et pus voir un abcès sous-phrénique. Je l'incisai, le drainai et la malade va bien depuis cette intervention. C'est donc là un cas encore de foyers multiples successifs.

M. Fochier. — Y a-t-il lieu d'avoir un si grand respect de l'hymen que le pense M. Jaboulay?

M. Jaboulay. — Le drainage rectal est plus facile et plus complet que les autres; une valve déprimant la paroi rectale postérieure, on voit bien la collection bomber sur la paroi rectale antérieure, de sorte qu'on peut l'inciser. Le malade de M. Rochet a, du reste, été drainé par le rectum et c'est peut-être à cela qu'il a dû de guérir.

M. Goullioud. — L'hémorrhagie fournie par l'incision rectale pourra-t-elle être arrêtée aussi facilement que lorsqu'il s'agit d'une incision vaginale ?

M. Jaboulay. — Si on attire la plaie rectale en dehors de l'anus, ainsi qu'il l'a conseillé, l'hémorrhagie n'est pas plus à craindre que l'infection ascendante du péritoine, puisqu'on a sous les yeux, et non au fond du rectum, l'orifice qu'on a créé et qu'on peut à son aise pratiquer l'hémostase avec autant de soin qu'on le désire.

Séance du 7 février 1901 — Présidence de M. FOCHIER.

M. Durand donne lecture du procès-verbal de la séance du 31 janvier.

Le procès-verbal est adopté.

HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE POUR DES KYSTES D'ORIGINE INFLAMMATOIRE DES OVAIRES

M. Fochier. — Je voudrais entrer dans quelques considérations sur l'hystérectomie abdominale, à l'occasion d'un cas récent dont je regrette de ne pouvoir vous présenter les pièces.

Une malade subit, dans mon service, il y a huit ans, une colpotomie pour une salpingite. Elle resta longtemps en assez bon état, puis prit des douleurs, surtout menstruelles. En septembre, je vis la malade et je fis le diagnostic de collection ovaro-salpingienne, probablement inflammatoire, avec réserve pour un kyste ovarique vrai. La malade entra, ces jours derniers, à la Charité, pour subir une laparotomie. A l'incision je vis qu'il s'agissait de kystes des deux ovaires, non de kystes d'origine épithéliale, mais de kystes d'origine inflammatoire, malgré le volume de la masse principale. En décortiquant ces collections qui tenaient à l'intestin et surtout à l'S iliaque et au rectum, j'éprouvai la plus grande difficulté. Je tenais à tout enlever et, voyant que l'utérus était fibromateux, gros comme un poing, je

l'enlevai par le procédé de l'hystérectomie subtotal. Pour cela je fis la section préalable des deux ligaments larges en haut, je rejoignis ces deux incisions et décortiquai jusqu'aux utérines que je pinçai après section.

Par dissection et sans rien de bien méthodique, je finis par pouvoir faire ma section cervicale. Craignant d'intéresser la vessie que je croyais proche, je coupai en plein muscle, laissant une lame utérine constituée par la partie antéro-inférieure de l'organe. La fin de l'intervention, hémostase et sutures, n'a pas d'intérêt. Je dois dire cependant que je mis un tamponnement à la Mikulicz.

La pièce en mains, on voyait que la partie toute postérieure de l'utérus n'avait plus de péritoine et était perdue au milieu des adhérences du Douglas. En avant, on avait le fond et non la face antérieure de l'utérus qui était en anteversion et anteflexion très marquée.

Les fibromes, qui paraissaient être sur le fond de l'utérus, portaient en réalité sur la face postérieure bosselée par eux.

Certainement cette femme aurait continué à souffrir avec un pareil utérus si je l'avais conservé après l'ovariotomie, de sorte que c'est encore là un des cas où l'hystérectomie s'impose après l'ovariotomie, notion qui devient de mieux en mieux établie.

Ceci m'amène à parler de ce que je pense des moyens d'aborder le col. Suivant Doyen il y aurait intérêt à suivre une ligne de conduite fixe. On doit aborder le cul-de-sac postérieur, décortiquer l'utérus, etc., tout cela très méthodiquement. Ce sont des préceptes trop absolus qui deviennent classiques. Je crois qu'il y a deux faits principaux : 1^o la ligature de l'utéro-ovarienne, 2^o ligature de l'utérine. Ceci fait, la grande indication est remplie. Il est très brillant de décoller du doigt la vessie et d'énucléer l'utérus d'un coup, mais, ce n'est pas toujours facile et ce n'est jamais absolument nécessaire.

Il faudrait dire : « Les artères liées, enlevez l'utérus comme vous pourrez ». Doyen dit l'inverse : « Enlevez l'utérus et faites votre hémostase ». Or, même entre ses mains, l'hémostase dure parfois très longtemps d'où il résulte que son procédé n'est pas parfait, bien que très élégant. Mieux vaut lier avant d'enlever lorsque le Dou-

glas n'est pas facilement abordable, c'est là ce qui me frappe le plus au fur et à mesure que j'enlève plus d'utérus. Je reconnais cependant que le procédé Doyen a le grand avantage de faire la ligature de l'utérine après avoir isolé cette artère de l'urèthre, grâce aux tractions que subit l'utérus.

Pour revenir à mon observation elle présente deux faits dignes d'être mis en relief :

Difficulté de trouver la cavité interne, la pièce en mains, de sorte que, durant l'intervention, je craignais pour la vessie quand j'en étais séparé par une partie du corps utérin.

Il faut souvent enlever l'utérus quand les lésions anncielles sont bilatérales et que l'utérus lui-même n'est pas sain.

M. Vallas est heureux d'entendre M. Fochier faire table rase des innombrables procédés récemment mis au jour. Il lui paraît impossible de décrire et d'adopter un procédé unique, car il est impossible de préciser les rapports imposés aux organes par les productions pathologiques. On doit se « débrouiller » comme on peut, une fois le ventre ouvert. Il est certain que le pincement immédiat des deux pédicules bilatéraux permet de travailler à blanc dans le pelvis et de faire ce qu'on voudra. Le reste n'est plus qu'accessoire et varie suivant les cas. Il est un point qu'il veut soulever. On parle énormément du procédé américain dont beaucoup de chirurgiens sont très partisans. Pour lui, il préfère enlever complètement l'utérus toutes les fois qu'il le peut. Dans le cas contraire, il aime mieux le vieux procédé du pédicule externe qui a au moins l'avantage d'une grande bénignité. Il préfère l'hystérectomie totale parce que ce qu'on cherche, c'est d'éviter de laisser ouverte la partie inférieure de l'incision abdominale. Or, après l'américain, il hésite à tout fermer, car, même après la ligature préalable, l'hémostase de la tranche n'est jamais parfaite, et il hésite, même après occlusion par la lame péritonéale, à tout réduire, craignant l'écoulement du sang dans le péritoine et l'infection par la tranche utérine.

Avec la totale, on a des conditions tout autres, quand on a occlus le péritoine, l'espace cellulaire sous-jacent

s'ouvre par le vagin et le drainage est parfaitement assuré.

Il combat donc la sub-totale et lui préfère la totale, en thèse générale bien entendu, et en réservant les cas spéciaux.

M. Condamin a rapporté, il y a quelques jours, deux cas d'une complication grave de la sub-totale, la dégénérescence maligne secondaire du moignon. Il a donc fourni un argument à ajouter à ceux de M. Vallas.

Il croit que le procédé Doyen est le plus précieux de tous les procédés. Il a quelques avantages qui méritent d'être mis en relief. M. Fochier disait que le temps important c'est la ligature de l'utérine loin de l'uretère. Or, le décollement à la Doyen attire l'utérine, laissant l'uretère en place, écartant aussi plus que les autres le danger de blesser l'uretère.

Un autre avantage c'est que si on commence à lier les veines utéro-ovariennes on empêche en grande partie le retour du sang veineux, de sorte que l'utérus est gorgé et qu'il vaut mieux commencer par lier l'artère utérine laissant béantes les voies de retour. On se rend bien compte de ce fait en examinant les utérus après leur ablation. Par le Doyen l'utérus est exsangue, après les procédés faisant la ligature des utéro-ovariennes, l'utérus est gorgé de sang et l'hémostase est certainement plus pénible.

Un troisième point c'est le drainage. Ce qu'a dit M. Vallas de la cavité sous-péritonéale drainée par le vagin, est très vrai, mais pas complètement, car, par le vagin, on ne draine pas tout et il reste au fond du Douglas un cul-de-sac qu'il faut drainer, d'où la nécessité de défoncer ce cul-de-sac pour passer les mèches vaginales, ce qui permet de fermer le vagin et de faire ainsi l'hémostase de sa tranche.

Systématiquement, il fait la totale et tend de plus en plus à abandonner le pédicule externe ; il se rappelle une malade qui suppura pendant deux mois après qu'on lui eut appliqué ce procédé. Combien sont dans ce cas !

Il reconnaît donc trois avantages au Doyen : il éloigne l'uretère et le laisse en sûreté, il permet à l'utérus de se vider de son sang veineux, il assure le drainage pelvien.

M. Villard est tout à fait d'avis d'abandonner le vieux procédé du pédicule externe, comme M. Condamin, mais il doit dire que le Doyen n'est pas si fameux que le prétend ce dernier orateur. La première difficulté pratique consiste dans l'obstruction du Douglas par des fibromes qui l'emplissent sans y adhérer. Il semble que toujours il a pu réaliser le procédé américain qui permet de basculer l'utérus, de lier les artères aussi tôt et aussi bien que le Doyen sans danger pour l'uretère. Dans plusieurs cas qu'il a opérés ainsi, le Doyen eût été impossible. Comme M. Vallas il n'a pas à se louer de la sub-totale. Le décollement du ligament large laisse un énorme espace mort dans lequel les liquides s'accumulent et peuvent s'infecter soit par un fil soit par l'orifice utérin. Il met en fait que l'infection de cet espace mort est très difficile à éviter. Le moignon utérin qu'on laisse est tellement nocif qu'il a dû, dans un cas, l'enlever pour parer à des accidents septiques graves, regrettant d'avoir laissé ce moignon obstruant le vagin c'est-à-dire empêchant le drainage, alors qu'il était si simple de l'enlever. Quand on est arrivé au temps de la section cervicale, il est très facile de pénétrer dans le vagin et de faire la totale, alors que la tranche laissée par la sub totale est très difficile à rendre exsangue.

Enfin, l'idéal auquel on doit tendre, c'est de fermer la paroi abdominale des hystérectomisées comme celle des ovariectomisées, et l'on doit rechercher le procédé qui donnera le plus de facilité à éviter la nécessité du Mickulicz. L'hystérectomie totale est certainement l'opération qui remplit le mieux cette indication, puisqu'elle draine parfaitement et cela par le vagin.

M. Goullioud fait, depuis quelque temps, la sub-totale et, laissant peu de col, il n'a jamais eu d'inconvénient, bien qu'il n'établisse, généralement, aucun drainage, ni abdominal ni vaginal. Quant à cet espace mort il lui est arrivé de le drainer. Il a, en agissant ainsi, l'impression d'opérer dans le ventre, en dehors du vagin sans toucher à celui-ci, c'est-à-dire sans avoir risque d'y puiser, pour les apporter dans le péritoine, des agents d'infection.

M. Condamin, ayant été traité de défenseur du procédé Doyen, veut encore mieux mériter ce qualificatif.

Quand, comme M. Villard, on a des fibromes en arrière, on les enlève isolément d'abord par une véritable myomectomie abdominale; c'est là un temps à part qui n'augmente pas la gravité de l'opération. On passe ensuite au procédé type.

M. Fochier. — La discussion s'est élargie, mais a dévié, partant d'un cas d'ovaire kystique pour arriver au traitement des fibromes. Le Doyen, dans le cas présent, était inapplicable, et il n'en saurait être question. Il n'y avait pas de Douglas; en y touchant, c'était fatal, on ouvrait le rectum. Donc le Doyen était inapplicable. Il n'a pas voulu dire autre chose.

Il lui semble, en élargissant le débat, qu'il faut faire la totale quand la sub-totale n'est pas très simple. Quand on a un de ces vastes espaces morts de M. Villard, mieux vaut laisser le vagin largement ouvert et drainer par là. Mais, dans les cas où le col est très allongé, l'utérus bien pédiculé, cas qui étaient autrefois très favorables au pédicule externe, on n'a pas à ouvrir largement les ligaments larges, on ne leur fait qu'une fente, et le moignon peut alors être fermé très facilement et très complètement.

Il vient d'avoir, dans son service, une femme ayant un fibrome œdématisé; la sub-totale était si facile qu'il ne venait pas à l'idée de faire autre chose. Le 14^e jour, la malade quittait la Charité.

En résumé, il est partisan du Doyen, mais un partisan tout prêt à l'abandonner pour la sub-totale, quand elle est très simple, ou à refaire ce qu'il a fait hier quand il retrouvera un cas pareil.

On a donc comparé, dans cette discussion, des choses d'ordre différent; un gros fibrome, chez une femme exsangue, ne ressemble en rien au cas d'hier et ce qu'il a fait hier ne peut être appliqué à des fibromes. L'important, en matière d'hystérectomie, c'est de pouvoir parer à tous les cas et d'avoir plus d'une corde à son arc.

M. Jaboulay. — Il y a une autre corde à cet arc, c'est l'ablation sous-péritonéale qu'il a préconisée. On fait l'incision médiane sans ouvrir le péritoine qu'on soulève avec les doigts. On pénètre ainsi dans le ligament large, on pince les utérines, on sectionne le col

pour une sub-totale, ou les culs-de-sac vaginaux pour une totale ; on saisit le col avec une pince érigne, on l'attire en avant, à travers la plaie abdominale. On poursuit, pendant ces tractions, la décortication de bas en haut de l'utérus et on termine l'opération après pincement de l'utéro-ovarienne.

Il doit dire, d'autre part, à propos de l'hystérectomie dans les lésions ovariennes, qu'il a eu à faire cette opération deux fois : une fois par le ventre, l'autre par le vagin.

M. Vallas connaît le procédé de M. Jaboulay qui semble très élégant, mais il doute que l'on puisse faire une opération extra-péritonéale pour enlever un fibrome de volume suffisant à en justifier l'ablation. Il conçoit bien la recherche et la ligature sous-péritonéale de l'utérine, mais, après, on ne pourra plus faire, au niveau du fond, l'extirpation sous-péritonéale et il faudra bien entrer dans la séreuse, alors pourquoi tergiverser si longtemps avant d'y pénétrer et rendre les manœuvres difficiles dans le seul but de retarder la pénétration dans le péritoine ?

M. Jaboulay. — Il est bien entendu qu'on ne peut enlever tout un utérus sans entrer dans le péritoine. Les premiers temps seuls sont sous-péritonéaux, on fait seulement sous le péritoine les trois premiers quarts environ de l'intervention, mais, pendant tout ce temps, on n'est pas dans la séreuse et on évite les chances d'infection et la provocation du choc abdominal.

Séance du 14 février 1901. Présidence de M. FOCHIER.

M. Durand donne lecture du procès verbal qui est adopté.

A PROPOS DU PROCÈS VERBAL. — PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE D'HYSTÉRECTOMIE TOTALE

M. Fochier a enlevé, samedi, un fibrome par hystérectomie totale. Le diagnostic, vérifié par l'intervention,

était : fibrome utérin avec gros prolongement inclus dans le ligament large gauche.

L'utérus, dont la cavité est longue de 23 centim. et large, à son fond, de 4 centim. seulement, cercle en avant, en haut et un peu en arrière la tumeur intraligamenteuse.

A la laparotomie, il pensait pouvoir faire un Doyen, mais, le ventre ouvert, on voyait, très rapprochées, les veines utéro-ovariennes, il n'y avait point de Douglas, le cul-de-sac péritonéal était supprimé à ce niveau.

Il lie les deux paquets utéro-ovariens, mais ne peut énucléer la masse gauche, car elle était fixée par de solides anneaux musculaires, formant une vraie capsule qu'il fallut énucléer.

Il parvint, à travers cette coque, vers le vagin qui est ouvert, et le col est amené au dehors avec la pince de Doyen.

L'utérine est coupée à gauche, le ligament large gauche est sectionné. L'utérus basculé à droite, le ligament large droit est sectionné. L'utérine avait été coupée à gauche au dessous de ses branches et il fallut faire l'hémostase de chacune de ses branches. Il était heureux que la section ait porté sur le tissu utérin à cause de l'uretère et, comme on le vit plus tard, il était presque impossible d'éviter ce canal en restant en dehors de l'utérus intimement appuyé sur lui.

Le plancher pelvien fut restauré par un surjet qui unit le péritoine de la collerette antérieure à celui des fosses iliaques et de la région du promontoire où se terminait la séreuse, car, plus bas, il n'y en a plus. Des mèches de gaze sont tassées sous le péritoine, leur bout passant par le vagin et assurent l'hémostase définitive et le drainage.

La malade va très bien actuellement. La période critique étant passée, il est à croire qu'il ne se produira rien d'inquiétant.

Voilà donc un de ces cas où les hémostases successives sont indispensables ; le Doyen vrai était impossible et il fallait faire comme on pouvait.

ANGIOME DE L'ORBITE

M. Gayet rappelle qu'il a déjà présenté à la Société une fillette de 7 ans, atteinte d'une tumeur de l'orbite, de nature vasculaire, qu'il se proposait d'opérer. Il vient, aujourd'hui, compléter cette observation.

Il s'agissait d'une tumeur congénitale, située à la partie interne de l'œil gauche. En soulevant les paupières, on apercevait, au-devant de la sclérotique, et non adhérent à cette membrane, un tissu rouge, légèrement adhérent à la partie interne de la paupière supérieure ; la tumeur paraissait s'être développée en arrière de l'œil, car il y avait un peu d'exophtalmie. Les veines de la partie supéro-interne de la paupière supérieure étaient dilatées. Cette tumeur serait, au dire de la mère, congénitale, mais aurait augmenté de volume surtout depuis un an.

En dehors de cette tumeur, s'en trouvait une autre, située vers la tête du sourcil ; son volume était d'un œuf de pigeon, elle adhérait à l'os, la peau glissant librement sur elle. A la palpation, légère sensation de fluctuation mais perception, à l'intérieur de la tumeur, d'un noyau assez dur.

Au bout de quelques jours de séjour à la clinique, la tumeur, sous l'influence, probablement, des examens répétés, est devenue plus grosse, la peau a rougi, adhère à la tumeur. Le 15 mars 1900, opération. Incision curviligne autour du sourcil, de la base du nez à environ la moitié du bord supérieur de l'orbite. Dissection de la tumeur qui est devenue adhérente à la peau ; pendant la séparation d'avec les plans profonds, grosse hémorrhagie. La tumeur extirpée est grosse comme une aveline, lardacée peu vascularisée ; on n'a enlevé que la partie saillante et on s'est contenté de cautériser au fer rouge la portion intra-orbitaire.

L'examen histologique a montré une tumeur composée de tissu fibreux, traversé par un lacis de capillaires distendus à revêtement endothélial très net et très régulier.

A la suite de l'opération, il y eut des phénomènes infectieux inquiétants ; la température subit des oscillations en clocher de cathédrale, rappelant le type thermométrique de l'infection purulente. A chaque élévation

elle atteignait 40° et quelques dixièmes. Ces accidents ont persisté pendant deux mois, avec des rémissions de cinq à six jours entre les accès. Il est évident qu'il se produisait des poussées de phlébite, gagnant successivement les différentes parties de la tumeur restée en place.

Ces accidents, après avoir causé de vives inquiétudes, ont eu au moins ce bon côté d'achever la guérison par un processus d'oblitération des vaisseaux de l'angiome et, en effet, aujourd'hui il ne reste plus trace de la tumeur, l'œil est à sa place et l'enfant peut être considérée comme guérie.

M. Fochier pense qu'il n'est pas exceptionnel de voir guérir un angiome, alors qu'on ne l'a pas enlevé entièrement ; bien souvent, une ablation partielle suffit à les faire rétrocéder.

M. Gayet répond, que dans son cas, il a voulu faire une opération aussi complète que possible ; la vision baissait déjà sous l'influence de la compression que causait la tumeur voisine, et si l'on s'était contenté d'enlever la partie saillante, sans détruire au fer rouge la portion intra-orbitaire, il est douteux que le mécanisme invoqué par M. Fochier ait suffi pour procurer la guérison.

M. Fochier. — Cette observation montre que les angiomes peuvent guérir après une intervention incomplète.

* * *

OSTÉOMYÉLITE BIPOLAIRE DE L'HUMÉRUS ET DU TIBIA. — PARALYSIE RADIALE RÉSULTANT DE LA SECTION DU NERF PAR UN SÉQUESTRE. — SUTURE NERVEUSE SECONDAIRE. — GUÉRISON.

M. Nové-Josserand présente un petit malade dont voici l'histoire.

Entré à la Charité, le 27 novembre 1897, pour une ostéomyélite aiguë, cet enfant, âgé alors de 8 ans 1/2, subit à ce moment des opérations multiples : trépanation, évidemment et immobilisation de l'humérus et du tibia, ablation de l'astragale qui enrayèrent les phénomènes infectieux.

La convalescence fut longue et compliquée par des

accident multiples: élimination d'un gros sequestre comprenant toute la région juxta-épiphysaire supérieure de l'humérus, fracture pathologique du tibia, élimination de petits sequestres du foyer tibial.

Au mois de mai 1899, l'enfant revenait de faire un séjour à l'hospice des convalescents de Longchêne, lorsqu'on s'aperçut qu'il présentait une paralysie radiale complète. D'après les renseignements qui nous furent donnés, celle-ci se serait produite, trois semaines auparavant, sans traumatisme ni accident quelconque. L'examen montra, au niveau de la face interne du bras, dans son 1/3 inférieur une tuméfaction légère, limitée, de l'étendue d'une pièce de 2 fr., de consistance assez molle et douloureuse à la pression.

Une intervention parut nécessaire. Le 10 juin, le nerf ayant été systématiquement recherché et découvert, on le trouva sectionné; le bout supérieur, renflé en névrome terminal, n'était séparé du bout inférieur que par un intervalle d'un demi-centimètre; il semblait même que quelques fibres conservées formaient un pont entre les deux segments. Au-dessous se trouvait un lit de fongosités dans lequel était englobé un séquestre lamellaire dont le bord coupant correspondait bien à la section nerveuse.

Avivement du nerf qui fut suturé par deux points interstitiels au catgut fin.

Le 20 octobre 1899, on notait déjà quelques symptômes de restauration fonctionnelle: la main n'était plus en griffe, le malade relevait son poignet jusque sur le prolongement de l'avant-bras. Mais les mouvements des doigts étaient encore presque nuls.

Le 7 février 1901 l'enfant est revu, présentant depuis environ trois mois un retour complet de la fonction de son membre. On constate, en effet, que la main et les doigts peuvent exécuter tous les mouvements actifs d'extension avec leur amplitude normale.

Cet enfant présente, en outre, au niveau de la jambe une déformation intéressante. Par suite de l'arrêt de croissance du tibia, le péroné, continuant à grandir, se luxe en haut et en arrière, formant une forte saillie dans le creux poplité, tandis que le pied tend à se mettre en varus.

Ce fait est intéressant au double point de vue de la

pathogénie de la lésion nerveuse et de sa guérison. Il ne paraît pas douteux que la paralysie soit attribuable à l'action du séquestre sous-jacent au nerf; elle s'est, en effet, produite bien longtemps après les interventions sanglantes faites sur l'humérus, et indépendamment de toute cause traumatique. D'autre part, il est bon de souligner le fait de la restauration fonctionnelle complète obtenue au bout d'un temps relativement long; à ce point de vue, je voudrais rapprocher de ce fait un autre cas de suture nerveuse pour une déchirure produite par une fracture de l'humérus. L'observation est reproduite dans la thèse de mon élève Bellissen.

Il s'agit d'une fillette de 7 ans qui, en tombant sur l'angle saillant d'un petit mur, se fit une fracture sus-condylienne de l'humérus. Le médecin appelé ne constata rien d'anormal; il appliqua un bandage silicaté qui fut laissé en place quinze jours, pendant lesquels l'enfant se plaignit constamment d'une douleur au niveau de la région dorsale du pouce. L'appareil enlevé, on trouva une paralysie radiale incomplète, le long supinateur étant resté indemne.

Opération le 23 juillet 1900, soit un mois et demi après l'accident. On trouve le nerf radial complètement sectionné par l'arête vive d'un fragment osseux, au-dessous de la naissance du rameau du long supinateur. Les deux extrémités sont renflées et distantes d'environ 1 centimètre. Après résection à la pince-gouge de la partie saillante de l'arête, le nerf est avivé et suturé par trois points interstitiels au catgut.

Le 11 octobre, on note que l'extension du poignet est devenu possible, mais les doigts restent encore immobiles. Cependant, le retour complet de la fonction ne se fait pas attendre et, à la fin d'octobre, c'est-à-dire au bout de trois mois, la guérison est complète.

Dans ce second cas, la restauration fonctionnelle a été beaucoup plus rapide que dans le premier, puisqu'elle n'a demandé que environ 100 jours.

M. Gangolphe. — Est-ce qu'il restait une petite bandelette, dans le deuxième cas, entre les deux bouts, ou bien étaient-ils séparés?

M. Jossierand. — Ils étaient séparés.

M. Gangolphe. — Ces observations de faits intéressants sont précieuses, parce que les observations de restauration vraie des fonctions motrices sont très rares.

Les paralysies peuvent être tardives après les fractures de l'humérus ou, du moins, on vient de le dire dans une thèse, mais il croit plutôt à des paralysies immédiates, mais reconnues seulement d'une manière tardive chez des malades incomplètement examinés.

M. Durand a vu, dans un cas d'intervention sur une fracture de l'humérus, le radial entouré par une masse encore molle formée de tissu cellulaire et de sang épanché et on avait la sensation que la rétraction cicatricielle de cet épanchement pouvait parfaitement léser le nerf, et amener une paralysie tardive.

M. Villard. — Les cas de régénération sont très rares. Le cas présent est très intéressant car Van Lair a démontré que la régénération nerveuse progresse avec une vitesse de 1 millimètre environ par jour ce qui explique que le nerf, ayant de 30 à 40 centimètres de longueur, a mis un an environ à se régénérer.

M. Fochier. — Ces cas étant exceptionnels, il faudrait dès lors préciser nettement la technique de la suture. Il est probable que la suture et ses plus infimes détails ont une énorme importance.

M. Ruotte a employé dans plusieurs cas, des sutures perforant de part en part les filets avivés, de façon à avoir un large avivement.

M. Gangolphe, ayant essayé la transplantation neuromusculaire, a vu que la forme de l'aiguille a une grosse importance et que l'aiguille aplatie à la Hagedorn ne paraît pas couper les filets nerveux comme le fait une aiguille coupante.

M. Ruotte s'est servi d'une fine aiguille de Reverdin mise à plat.

M. Goullioud a eu un cas de restauration immédiate après suture du cubital sectionné par un traumatisme.

M. Rochet. — L'affrontement bout à bout paraît nécessaire pour admettre la restauration *immédiate* des fonctions qui a été constatée dans quelques cas rares et heureux, mais, dans les restaurations *tardives*, il n'y a qu'à

chercher à ce que le cylindraxe qui bourgeonne puisse ne pas s'égarer. C'est pourquoi des fils de catgut peuvent suffire à le conduire, quand les deux tronçons nerveux sont trop éloignés l'un de l'autre, et, s'ils peuvent être aisément rapprochés, telle ou telle technique de suture peut réussir, sans qu'il faille chercher dans une technique étroitement précisée, le secret de la réussite.

GANGRÈNE DU CORPS CAVERNEUX AVEC CONSERVATION DU CORPS SPONGIEUX ET DU GLAND

M. Gangolphe présente un malade qui a subi ces lésions, consécutivement à une infection d'origine génitale.

Séance du 21 février 1901. — Présidence de M. FOCHIER.

M. Nové-Josserand, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente. Il est adopté.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL SUTURES NERVEUSES

M. Goullioud précise quelques détails de l'observation qu'il a rapportée. Deux nerfs avaient été intéressés : le médian et le cubital. Il fit la suture au fil métallique fin, après avoir avivé les deux bouts. Le résultat est parfait. L'opération date de quatorze ans.

M. Nové-Josserand. — Des observations suscitées par ma communication, deux points sont à retenir.

C'est d'abord le fait qu'au moment d'une lésion grave du membre supérieur, une paralysie peut facilement être méconnue, parce qu'on met les troubles fonctionnels observés sur le compte de l'impotence due à la douleur, et surtout parce que l'attention n'est pas attirée suffisamment sur la possibilité d'une lésion nerveuse. Il est bon, à ce point de vue, de faire systématiquement l'examen

de la motricité dans tous les cas de fracture du membre supérieur.

Le second point est relatif à la technique de la suture. Les faits rapportés montrent que la nature du fil, la forme de l'aiguille n'ont pas une grande importance, puisqu'on a enregistré des succès avec les procédés les plus divers. Pour moi, je me suis toujours servi du catgut fin et d'une aiguille à sutures ordinaire, en ayant soin de la passer parallèlement aux fibres nerveuses pour éviter de les sectionner.

Quant à la façon de faire l'affrontement, il est difficile de poser des règles, car, en réalité, on fait comme on peut, l'écartement des bouts, la friabilité du nerf souvent plus ou moins contus, créant souvent des conditions assez défavorables. Il est certain qu'il faut s'efforcer de réaliser un affrontement aussi exact que possible, mais ce n'est pas dans la perfection de cet affrontement qu'il faut chercher la cause du succès, sauf, peut-être, dans les sutures primitives. Les expériences ont montré que, dans les sutures secondaires, la restauration se fait par le bourgeonnement des fibres du bout central qui pénètrent dans le bout périphérique et le remplissent. Les faits cliniques sont d'accord avec ces recherches, en montrant que la guérison s'obtient même dans des cas où un affrontement parfait n'a pas été possible et, mieux encore, dans des cas où l'on n'a pu faire qu'une suture à distance des deux parties du nerf. Il semble donc difficile d'admettre que l'inconstance des résultats dépend de la technique.

M. Albertin insiste sur l'importance de la recherche de la paralysie radiale après les fractures de l'humérus. Dans un cas de paralysie constatée au bout de six jours, il trouve le nerf comprimé par un fragment et, après l'avoir dégagé, fit la suture osseuse. La paralysie radiale guérit.

*
* *

RÉSECTION DU TRÉPIED ORBITAIRE EXTERNE

M. Gangolphe. — J'ai l'honneur de vous communiquer deux faits de résection du trépiéd orbitaire externe, pratiqués l'un et l'autre dans un but différent.

Chez le premier malade, il s'agissait d'un ostéo-sarcome de l'orbite chez un jeune homme, sarcome assez volumineux pour déformer notablement le visage et dévier le globe de l'œil en haut et surtout en dedans.

La tumeur se montrait sous l'aspect d'une bosselure bleuâtre, occupant la partie externe de l'orbite dans toute sa moitié et paraissant plonger au-dessous de l'œil. De consistance molle, rénitente, la tumeur n'était pas réductible, ne battait pas, n'augmentait pas sous l'influence de la position déclive de la tête. La note suivante, écrite par le malade lui-même, me renseignait sur le développement de la maladie et les troubles fonctionnels qui en étaient la conséquence.

« Je n'ai pas souvenir d'avoir reçu un coup ou d'avoir subi un choc quelconque à l'endroit où la tumeur s'est produite. Aucune douleur névralgique. Deux mois environ avant l'apparition de la tumeur, j'ai cru remarquer, au bord de l'œil, une légère ombre bleutée, à laquelle je n'ai pas attaché d'importance.

« La tumeur a commencé à évoluer aux premiers jours de juillet. D'abord, un peu d'œdème de la paupière et du bord externe de l'orbite ; un noyau de consistance molle. En huit jours, la tumeur atteignit à peu près la moitié du volume qu'elle avait quatre mois plus tard. On sentait, au toucher, un peu de fluctuation et des espèces d'épines osseuses sur le bord de l'orbite. On me fit, vers la fin juillet, deux ponctions à la seringue Pravaz ; elles donnèrent du sang un peu clair, du liquide hématique. La poche d'où provenait ce liquide, se remplit à nouveau presque immédiatement après chaque ponction. A ce moment on diagnostiquait un kyste hématique, accompagné d'un peu de périostite. Aucune inflammation ; la vue de l'œil était normale.

« La tumeur demeura à peu près stationnaire pendant deux mois ; c'est vers la fin septembre qu'elle recommença à augmenter sensiblement, en se portant de plus en plus vers l'os malaire. En même temps, il se produisit un léger soulèvement de la paupière et la vue de l'œil droit faiblit beaucoup. Pourtant, pas de diplopie ; seulement, les objets m'apparaissaient à travers un nuage et je lisais très difficilement de l'œil droit. Quelquefois, j'éprouvais des sensations brusques de lueur, des phos-

phènes. Une 3^e ponction, pratiquée à cette époque, donna du sang à peu près pur, en plus grande quantité que les deux premières fois. Cette ponction semble avoir plutôt accéléré la marche de la tumeur.

« C'est alors qu'on diagnostiqua un ostéo-sarcome. A aucune époque de la maladie, la santé générale n'a souffert de l'évolution de la tumeur. Jamais aucun trouble névralgique dans la région atteinte ».

Je soumis le patient à l'examen de M. Gayet qui constata l'intégrité du fond de l'œil.

Sûr du diagnostic, mais non de l'étendue de la lésion, pas plus que de son point de départ primitif, je devais régler mon intervention de manière à me donner le plus de jour possible ; d'autre part je devais tout faire pour sauvegarder l'œil. Je décidai d'ouvrir largement la cavité orbitaire, en supprimant sa paroi externe. Celle-ci constitue une sorte de trépied formé par l'apophyse zygomatique, l'apophyse orbitaire du frontal et le malaire uni à la tubérosité maxillaire. Une petite lame, fournie par le sphénoïde, complète en arrière et en dehors cette partie de la paroi orbitaire. Sans doute une portion de l'orbite échappe encore au chirurgien, mais c'est la portion la plus reculée formée par la grande aile du sphénoïde et que l'on ne peut toucher sans ouvrir la fosse cérébrale moyenne. J'estimai que la section des trois pédicules du trépied et l'ablation de celui-ci me donneraient un jour suffisant.

Pour ménager autant que possible l'esthétique, je résolus d'employer une incision en Y couché horizontalement.

Sur l'apophyse zygomatique, et parallèlement à elle, l'incision se dirigeait horizontalement en avant pour se bifurquer, l'un des traits passant dans le sourcil, l'autre se prolongeant dans le pli palpébral inférieur.

C'est ainsi que fut réglée et pratiquée l'opération.

Elle fut pratiquée le 17 novembre 1900.

Anesthésie à l'éther.

Incision en Y dont la branche verticale chemine transversalement dans la région temporale, immédiatement au-dessus de l'arcade zygomatique, sur une longueur de 6 à 8 centimètres et s'arrête à l'apophyse orbitaire externe du frontal. Les branches obliques suivent l'une

le bord inférieur, l'autre le bord supérieur du pourtour osseux de l'orbite, sur une longueur de 5 centimètres. La branche supérieure qui suit la ligne sourcilière n'a été tracée qu'après coup ; on a cru ; pendant quelque temps, que l'on pourrait se dispenser de la faire.

L'incision pénètre d'emblée jusqu'à l'os.

Le lambeau triangulaire ainsi délimité, et qui comprend la région de la commissure palpébrale, est récliné en dedans, au moyen d'une pince hémostatique à griffes. On pince, chemin faisant, toutes les grosses veines sous-cutanées que l'on a à sectionner, et on isole aisément la partie proéminente de la tumeur.

On s'aperçoit alors que celle-ci s'implante solidement sur la portion malaire du rebord orbitaire, et paraît plonger profondément dans l'orbite. Le sacrifice de l'os malaire, absolument inévitable, est décidé.

On dénude alors, au bistouri d'abord, puis à la rugine, les trois pédicules osseux qui relient cet os au massif facial, à savoir : l'apophyse orbitaire, l'arcade zygomatique et l'angle antéro-inférieure du malaire, s'articulant avec le maxillaire supérieur. Puis on sectionne ces pédicules au moyen de la cisaille de Liston, mais très prudemment, afin d'éviter, pour le pédicule supérieur, la production possible d'un trait de fracture qui, suivant le plafond de l'orbite, irait ouvrir la cavité crânienne ; pour le pédicule inférieur, l'ouverture du sinus maxillaire qui est à craindre, car la tumeur descend jusqu'au plancher de l'orbite.

L'os malaire devenu mobile, on le saisit avec un davier et on le fait basculer en dedans ; cet os entraîne avec lui un fragment du plafond du sinus. On bouche momentanément cette ouverture avec une mèche de gaze iodoformée, on libère le malaire des adhérences musculaires et périostiques qui le retiennent encore, et il ne reste plus qu'à disséquer le prolongement orbitaire du sarcome.

Au cours de ces manœuvres, la tumeur s'est rompue et vidée en partie ; il en est sorti une matière solide, analogue à du frai de poisson.

Reste la membrane limitante qui adhère solidement à l'os malaire, puis à la graisse orbitaire et au muscle droit externe. On dissèque cette poche à coup de ciseaux et on l'enlève sans en rien laisser.

Toilette de la plaie opératoire. L'œil, intact, reprend sa place. Sitôt après l'ablation de la tumeur, les vaisseaux périphériques ont cessé de saigner, et l'on peut suturer sans faire une seule ligature.

Mèche de gaze dans le sinus.

Drain dans la partie supérieure de la plaie. Pansement légèrement compressif.

Je retirai la mèche au premier pansement, trois jours après l'opération ; je laissais un petit drain ; les fils à suture furent enlevés le sixième jour et, le dixième jour, le sujet quittait Lyon ayant encore un petit drain qu'il supprima peu après.

L'ouverture du sinus, nécessitée par l'implantation même de la lésion, n'eut donc pas d'autre suite qu'une certaine prolongation du drainage.

Actuellement l'état local et général ne laisse rien à désirer.

* * *

Le second malade était atteint d'un épithéliome très étendu de la face et de l'orbite.

Voici son observation :

Le nommé Ch..., Albert, âgé de 44 ans, jardinier, est adressé à M. Gangolphe par le Dr Sturm. Il entre salle Sainte-Marthe, n° 22, le 17 janvier.

Rien à noter comme antécédents héréditaires, ni personnels, à part ceux relatifs à son affection actuelle. Il y a deux ans cet homme remarqua une petite verrue dans la région de la commissure palpébrale externe, du côté droit ; cette sorte de verrue s'ulcéra, le sujet y mit une pommade rouge. Assez rapidement l'ulcération s'étendit et gagna les régions orbito-temporales, la joue, la paupière inférieure et pénétra dans l'orbite.

Actuellement la lésion est très étendue ; non seulement elle occupe les points précités, mais la conjonctive bulbaire est envahie, de telle sorte que le 1/3 au moins du globe de l'œil est recouvert par l'épithélioma, de même l'infiltration cancéreuse exigera le sacrifice total de la paupière inférieure. Les mouvements du globe de l'œil sont intacts, de même que les fonctions visuelles.

Les ganglions sont égaux des deux côtés. L'état général est bon.

Au premier abord il paraissait difficile d'entreprendre une opération radicale, surtout à cause du prolongement intra-orbitaire de l'épithélioma.

Il fallait préserver l'œil et enlever la lésion ; d'autre part, je devais me préoccuper de la restauration post-opératoire. Je résolus de sacrifier le trépied orbitaire, non seulement pour atteindre les prolongements intra-orbitaires très complètement, nettoyer le globe de l'œil, enlever les points où l'épithélioma pouvait toucher l'os, mais encore pour supprimer des reliefs osseux inutiles et gênant les tentatives de restauration.

En opérant *largà manu* j'allais détruire une étendue considérable de téguments sains ou malades, mettre à nu une très notable portion du squelette de la face, je pensais que l'étoffe me manquerait pour la recouvrir. Pour supprimer, en partie, cet inconvénient, je devais enlever les reliefs osseux. Ce n'est donc pas pour réserver des portions osseuses supposées ou reconnues atteintes par le néoplasme, que je décidai de faire ce sacrifice.

Au cours de l'opération, et comme on peut le voir sur cette pièce, une érosion de deux ou trois millimètres était la seule altération du squelette.

Le 21 janvier l'opération fut pratiquée suivant les données générales.

1^o Anesthésie à l'éther. Longue incision en raquette, la queue partant du tragus parallèlement à l'arcade zygomatique, permet de reconnaître l'absence de ganglions pré-auriculaires ; la raquette circonscrit très irrégulièrement, bien entendu, les limites de l'ulcération.

Les tissus sont enlevés jusqu'au squelette, la paupière inférieure est supprimée en entier, le point lacrymal inférieur est seul conservé.

2^o Section à la cisaille des trois branches du trépied, le zygomatique, le frontal, puis le malaire.

3^o La conjonctive bulbaire, les tissus de la partie externe de l'orbite sont expurgés de toute lésion ; la graisse rétro-bulbaire apparaît intacte.

A ce moment la surface cruentée mesure bien 8 à 9 centimètres dans le sens antéro-postérieur, et 7 ou 8 dans son grand diamètre.

L'hémostase est facilement faite.

4^o Sutures. — Il est impossible de refermer par un procédé autoplastique une telle surface, ce serait dépouiller Pierre pour habiller Paul. Je pratique la suture forcée. C'est là un expédient plutôt qu'une méthode sur les avantages duquel j'ai attiré l'attention dans la thèse de M. Decornoz. Une première rangée de sutures, placée à bonne distance des bords de la plaie (de manière à être serrée sans qu'elle puisse couper) est serrée et diminue notablement la plaie ; une seconde, puis une troisième finissent par réduire à une étendue très minime cette large surface. Il est inutile de faire remarquer que sans le sacrifice préalable du trépied orbitaire, on n'aurait pas obtenu ce résultat. Je m'attache particulièrement à attirer fortement la paupière supérieure en bas, de manière à ce qu'elle protège l'œil ; c'est à la paupière supérieure, restée seule, que devra incomber cette fonction.

Les suites furent des plus simples. Aujourd'hui, vingt jours après l'opération, la cicatrisation est totale, ou peu s'en faut, comme vous le voyez ; d'autre part le globe de l'œil est préservé, intact et la paupière supérieure suffit à son occlusion. J'ajoute que la déformation due à la résection du trépied orbitaire est extrêmement peu considérable.

Après ma première opération, je fis des recherches bibliographiques pour savoir quelle avait été la conduite des chirurgiens mis en présence de cas analogues au mien. C'est ainsi que je connus en détail la publication de Krönlein (Beitrage für Klinische Chirurgie, 1889).

Imaginée en 1887, pratiquée en 1888, publiée en 1889 pour aborder les lésions rétro-bulbaires en évitant l'énucléation, son opération diffère de la nôtre, soit par les sections osseuses, soit par l'incision cutanée. Krönlein fait une incision convexe en avant, embrassant le bord externe de l'orbite, la section osseuse, triangulaire, a son sommet dans la fente sphéno-maxillaire. La base comprend l'apophyse orbitaire externe du frontal et l'apophyse orbitaire de l'os malaire ; les deux côtés sont l'inférieur horizontal, le supérieur oblique et aboutissent

tous deux à la partie la plus antérieure de la fente sphéno-maxillaire.

Au surplus, dans une thèse récente de Zurich (Chirurgie rétro-bulbaire de l'orbite, 1900,), de son élève Domella, on peut trouver d'intéressants détails.

Il est évident que la voie orbitaire externe, que la résection osseuse soit temporaire ou définitive, toutes choses égales, d'ailleurs, permettra un plus large accès que les autres voies proposées et suivies; telles la voie conjonctivale, la voie orbitaire supérieure (Cahen), la voie interne ou éthmoïdale (Güssenbaur).

Mais il suffit d'avoir répété notre opération comparativement à celle de Krönlein pour constater qu'elle donne un jour plus considérable.

C'est à cette conclusion qu'est arrivé Becker, dans un mémoire paru, l'an dernier, dans le *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. Cet auteur a pratiqué une résection à peu près semblable à la nôtre, mais non dans le même but: c'était pour extirper une hyperostose du maxillaire supérieur; voici, du reste, son diagnostic, le manuel qu'il suivit et ses conclusions:

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE RÉSECTION TEMPORAIRE
DE L'OS MALAIRE

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Leipzig, 1900.)

Diagnostic de Becker. — Tumeur de la cavité maxillaire gauche et, en particulier, de la paroi de l'os malaire et du frontal, avec suppuration dans la cavité maxillaire, et probablement dans la lame criblée.

Le siège principal de la tumeur se trouvait être la fosse sphéno-maxillaire.

Mais, la tumeur occupant non-seulement la paroi externe de l'orbite, mais le corps du malaire, on ne peut appliquer l'opération de Krönlein.

Technique de l'opération. — Au milieu de l'arc malaire, à un pouce environ en avant du tragus, incision horizontale de un centimètre de longueur le long de l'arc malaire, de façon à blesser le moins possible les filets du facial. Décollement du périoste, section du malaire avec une cisaille.

Recherche de la suture zygomatiko-frontale, facile à trou-

ver à travers la peau ; on commence l'incision de la peau à un centimètre environ au-dessus de celle-ci, à la ligne temporale du frontal. Cette incision est prolongée, en avant, en forme de courbe vers le bord supérieur de l'orbite, allant profondément jusqu'à l'os.

On voit la suture zygomatoco-maxillaire, par une incision faite entre deux pinces, en dehors du point lacrymal, dans une direction sagittale. On continue alors la première incision contournant l'œil, et suivant son bord externe et son bord inférieur jusqu'au point lacrymal déjà découvert. On continue alors la section au bistouri jusqu'à l'extrémité inférieure de la suture zygomatoco-maxillaire, c'est-à-dire, jusqu'à l'angle antéro-inférieur du malaire.

Puis, décollement du périoste sur les parties latérales et sur le plancher de l'orbite, en protégeant l'œil par une spatule recourbée spéciale. Recherche des fissures orbitaires supérieure et inférieure ; section des os, au moyen d'une longue scie, depuis la fissure infra-orbitaire, environ dans la région de la suture entre le maxillaire supérieur et le malaire. Puis, section à la scie de l'apophyse zygomatique du frontal à la base du crâne, c'est-à-dire au niveau de l'incision cutanée, précédemment décrite.

Étendue du champ opératoire. — On voit dans la profondeur la région de l'apophyse ptérygoïde et la base du crâne ; on peut même atteindre le trou optique avec le doigt.

Mon opinion sur ce procédé, la voici : Difficulté de la section des masses osseuses ; longue durée de l'opération ; épaisseur jusqu'à la paroi orbitaire latérale : 3 cent. $\frac{1}{2}$.

Diagnostic de la lésion. — Il s'agissait d'une hyperostose du malaire, de la paroi latérale de l'orbite, de l'apophyse malaire du frontal et des parties osseuses de l'aile horizontale de l'os criblé, au voisinage du trou optique, et aussi, enfin, de la partie supérieure de l'apophyse ptérygoïde.

Résultats. — La masse osseuse a été enlevée très facilement avec le « Luer ». La mise en position des parties osseuses réséquées ne permet pas de s'apercevoir de la difformité préexistante.

Il n'y a pas eu de réaction ; seulement, dans les premiers

jours, une anesthésie complète de la moitié gauche de la lèvre supérieure, assurément parce que le nerf sous-orbitaire avait été atteint, quelque part, par la scie. Le malade se plaint, par moments, de diplopie, qui ne dure que trois jours ; l'examen de l'œil n'avait, d'ailleurs, montré aucune altérations des fonction musculaires.

Quatorze jours après l'opération le patient était guéri. Aucune lésion, à l'exception, toutefois, d'une paralysie de la branche frontale du facial. Donc aucune lésion grave succédant à l'opération.

Résultat esthétique. — La cicatrice à la partie inférieure de la paupière n'est pas très belle au début, mais, plus tard, elle est à peine visible. S'il se produit un ectropion cicatriciel, une petite opération ultérieure suffira à le réduire.

La partie inférieure de l'incision cutanée ne doit pas dépasser le bord inférieur du malaire, car, là, on observe souvent des rétractions cicatricielles profondes, comme on en observe souvent dans les balafres des étudiants.

Il y a bien la section de la branche frontale du facial, mais on ne la remarque que quand le malade ride le front. D'ailleurs la fonction se rétablit assez vite.

Indications de cette opération. — Je pense qu'on pourrait appliquer ce procédé :

1^o Aux tumeurs de la fosse sphéno-maxillaire (développées à la partie postérieure du malaire).

2^o Aux tumeurs de la cavité orbitaire et du nerf optique qui ont pris un trop grand développement pour ne pouvoir être traitées par l'opérations de Kronlein.

3^o Aux corps étrangers (balles) de la fosse sphéno-maxillaire.

4^o Comme opération préventive pour la résection de la deuxième branche, éventuellement de la troisième branche du trijumeau.

* * *

Comme on le voit, c'est après coup que Becker a songé à opposer son intervention à celle de Kronlein.

L'incision cutanée qu'il préconise nous paraît beaucoup plus étendue qu'il n'est nécessaire, puisqu'il la fait

descendre jusqu'à la lèvre, en suivant le tracé de Liston pour la résection du maxillaire supérieur.

Nous nous permettrons aussi de critiquer la manière dont il règle le manuel; si la résection du trépied orbitaire est une opération préliminaire dont le but est le respect de l'œil, pourquoi dire qu'il faut d'abord dénuder les os au détachement, par l'orbite? S'il y a une tumeur, on ne peut et surtout on ne doit pas introduire un instrument dans l'orbite, cela eût fait échouer notre première intervention. Il faut, après l'incision des parties molles, sectionner d'emblée les trois pédicules, au ciseau, à la cisaille de préférence, et mobiliser le volet externe.

Tels sont les données bibliographiques que j'ai cru utile de joindre à ma communication.

En résumé les deux faits que j'ai l'honneur de vous présenter démontrent l'un et l'autre les avantages que peut offrir la résection temporaire ou définitive du trépied orbitaire dans la chirurgie de l'orbite. Ce n'est pas seulement pour supprimer des lésions implantées sur le squelette, c'est encore pour ménager l'œil que j'y ai eu recours, et aussi pour m'assurer du nettoyage de la cavité orbitaire.

Dans le second cas, le déficit osseux, qui n'aurait nullement été justifié par les lésions, puisque celles-ci se bornaient à très peu de chose m'a permis de faciliter la cicatrisation. Grâce à ce sacrifice et à la suture forcée, j'ai pu obtenir un résultat des plus satisfaisants.

Plusieurs de mes collègues m'ont fait l'honneur de me demander quelques renseignements complémentaires, notamment sur les indications de la résection temporaire. Je puis les leur donner.

Krœnlein et les chirurgiens qui l'ont suivi ont constamment fait la résection temporaire. De même Becker aurait ainsi remis en place le volet osseux détaché. Ce dernier cas me paraît manquer de précision; dans la relation des lésions anatomiques l'auteur ne signale pas l'étendue d'os enlevé, ni le siège de la lésion.

A mon avis, la résection temporaire du trépied orbitaire doit être laissée de côté s'il s'agit de néoplasmes

malins; au contraire, dans les cas de tumeurs bénignes, on y rencontre un avantage.

Le tracé de l'incision cutanée, les sections osseuses que j'ai indiquées permettent, comme je m'en suis assuré à l'amphithéâtre, la résection temporaire; le trépied est mobilisé en bas et un peu en dehors dans une étendue bien suffisante.

On dénudera l'os seulement au niveau des points de section.

En relevant ensuite le trépied, on le fixera facilement au moyen d'un ou deux points de suture périostique au catgut. Je compte indiquer ces détails plus complètement dans la thèse d'un de mes élèves.

M. Gayet a déjà proposé une intervention analogue à une de ses malades qui a refusé. Il s'agissait d'un kyste dermoïde de l'orbite. L'ouverture, suivie d'irrigation, avait produit une guérison apparente; au bout de deux ans, récurrence. On lui propose alors de faire une ouverture temporaire permettant une intervention complète, mais la malade refusa, et finit par guérir après deux ou trois récurrences partielles qui furent traitées aussi par l'incision.

Dans certains angiomes encapsulés, placés derrière l'œil, la voie orbitaire externe pourrait aussi être utilisée avec avantage; de même, aussi, dans des tumeurs du nerf optique, que l'on pourrait enlever en coupant, bien entendu, le nerf, mais en conservant l'œil.

M. Albertin a étudié l'opération de Kroenlein pour une malade qui avait, dans l'orbite, un noyau secondaire de généralisation d'une tumeur du sein. Il a été frappé, aussi, du peu de jour donné par l'opération de Kroenlein. Il a fait deux fois la résection de l'apophyse zygomatique pour des néoplasmes, et se proposait d'étendre le jour donné par l'opération de Kroenlein en y ajoutant la résection de l'apophyse zygomatique. L'état de la malade ne permit pas d'opérer. Il demande ce que devient la statique du globe de l'œil après cette intervention.

M. Fochier demande, en cas de résection temporaire, de quel côté on laisserait le lambeau adhérent ?

M. Gangolphe. — Il vaut mieux, le plus souvent, faire une résection définitive; si on rabat le fragment il

faudrait le faire en dehors, mais il serait gênant, car c'est justement là qu'on opère.

La statique de l'œil est parfaite, et il attribue en partie ce résultat à ce que l'évolution de l'opération a été aseptique.

KYSTES GAZEUX MULTIPLES DE L'INTESTIN

M. Vallas présente un segment d'intestins atteint d'une affection inconnue à laquelle on peut donner le nom de kystes gazeux multiples.

Séance du 28 février 1901

M. Nové-Josserand donne lecture du procès-verbal. Il est adopté.

SUTURE NERVEUSE

M. Ruotte. — Dans ses dernières séances, la Société de Chirurgie a discuté, à propos d'une communication de M. Nové-Josserand, la question de la suture après section des nerfs. Nous vous apportons aujourd'hui trois observations et, si nous avons retardé notre communication, c'était pour avoir des renseignements précis sur l'état actuel de notre dernier opéré, chez lequel nous avons pratiqué une suture tardive ; les deux premiers cas ont trait à des sutures immédiates ou, tout au moins pratiquées dans les 24 heures qui ont suivi le traumatisme. Nous les rapporterons brièvement, nous réservant de donner la troisième avec plus de détails.

Le premier fait concerne un jeune garçon de 11 ans, habitant Messiat, dans le Jura, qui, en se baignant un soir, en juillet 1897, tomba sur un tesson de bouteille et se fit une entaille profonde au poignet gauche, entaille allant jusqu'à l'os et donnant lieu à une forte hémorragie. On fit une compression très énergique sur la plaie et on amena de suite l'enfant à l'hôpital de Lons-le-Saunier. En l'absence de M. le Dr Chapuis, nous l'examinons et

constatons une section de la cubitale et des tendons de la moitié interne du poignet ; nous lions la cubitale et mettons un pansement antiseptique et le lendemain nous pratiquons, sous anesthésie, une intervention plus complète que M. Chapuis veut bien nous confier et qu'il nous aide à mener à bien. La plupart des tendons fléchisseurs et celui du cubital antérieur sont sectionnés et aussi le nerf cubital coupé à plus d'un centimètre de sa bifurcation.

Les tendons sont suturés bout à bout avec du gros catgut, sans trop s'inquiéter de savoir si les bouts appartiennent bien au même tendon ; puis c'est le tour du cubital ; la plaie étant récente nous n'avivons toujours pas ses extrémités nettement, mais essayons plutôt de tailler deux biseaux correspondants pour affronter de plus larges surfaces ; la main fléchie, les bouts sont rapprochés très facilement de façon à chevaucher dans l'étendue d'un centimètre environ ; puis deux anses de catgut fin sont passées, l'une en haut, l'autre en bas, de façon à embrasser la face postérieure du nerf dans leur anse et à venir se nouer sur sa face antérieure ; la peau est suturée au crin de Florence et, après le pansement, une gouttière plâtrée maintient la main fléchie à angle droit sur le poignet.

Le 10^e jour, le pansement est levé, la plaie cutanée est complètement réunie. Le territoire du cubital, à la main, est insensible et la griffe cubitale très accentuée. On fait quelques séances d'électrisation, puis l'enfant retourne chez lui et vient se montrer de loin en loin.

Au bout d'un mois la sensibilité était revenue ; la griffe cubitale a persisté plusieurs mois, pour ne disparaître complètement qu'en mai 1898 ; à ce moment ce jeune garçon avait été engagé comme berger par un laitier de mes voisins ; je le voyais presque tous les jours ; tous les mouvements des doigts étaient revenus ; il pouvait les écarter et les rapprocher à volonté ; il ne restait qu'un peu d'atrophie de l'éminence hypothénar.

La deuxième observation a trait à un enfant de 6 ans, habitant Lons-le-Saunier, qui, le jour de la Pentecôte 1898, étant à la campagne avec ses parents, tomba sur une carafe qu'il portait à la main ; il se fit une plaie

énorme au poignet droit, occupant presque toute la largeur du membre et allant jusqu'au squelette, avec hémorragie abondante; un médecin, appelé de suite, lia l'artère cubitale et appliqua un pansement antiseptique.

Le lendemain matin, à 9 heures, nous le voyons, avec plusieurs de nos confrères de Lons-le-Saunier, et constatons une section de tous les tendons antérieurs du poignet à l'exception de celui du long supinateur; le médian apparaît coupé nettement et, en cherchant du côté cubital, nous trouvons aussi ce nerf sectionné; le bout inférieur est assez difficile à trouver, cependant nous finissons par le reconnaître, le nerf a été coupé très peu au-dessus de sa bifurcation. Nous commençons par suturer, au catgut fort, tous les tendons, les bouts superficiels d'en haut avec les bouts superficiels d'en bas, sans non plus rechercher si ce sont bien les bouts correspondants; de même pour les tendons profonds. Le médian, après léger avivement en biseau, est suturé avec deux anses de fin catgut qui passent au travers; mais, pour le cubital, son volume, trop faible, ne nous permet pas de placer une anse toute entière au travers; nous sommes obligé de passer seulement un catgut au travers des deux bouts qui chevauchent et de lier de côté; nous mettons un autre catgut tout autour du nerf déjà maintenu par le premier, comme une véritable ligature, sans trop serrer.

La peau réunie et le pansement appliqué, une gouttière plâtrée maintient la main en flexion à angle droit.

Le 10^e jour, enlèvement du pansement et des fils; la plaie est réunie par première intention; la main présente un degré notable d'atrophie et une absence presque complète de sensibilité; l'enfant ne peut faire aucun mouvement.

Après quelques séances d'électrisation, les parents cessent de l'amener à l'hôpital; il nous est très difficile de le voir et même d'avoir de ses nouvelles. Enfin, environ un an après, nous le rencontrons et constatons que tous les mouvements sont revenus; il peut fléchir les doigts, leur imprimer des mouvements de latéralité, opposer le pouce comme de l'autre côté; il y a seulement encore un peu d'atrophie. Nous avons eu récemment de ses nouvelles par un confrère: toutes les fonc-

tions de la main s'exécutent normalement, malgré un très léger degré d'atrophie qui persiste encore.

Dans le troisième cas, nous avons affaire à un jeune sous-officier du 11^e bataillon de chasseurs alpins, âgé de vingt et un an, qui entre dans notre service de l'hôpital Desgenettes, le 3 juillet 1900, pour des troubles consécutifs à un accident survenu le 6 décembre 1899, soit sept mois auparavant. Ce jour là, il faisait du trapèze et se laissa tomber sur la paume de la main droite, en extension forcée sur l'avant-bras; il se produisit une lésion complexe constituée par une fracture du corps du radius à 6 ou 7 centimètres au-dessus de son extrémité supérieure; l'extrémité du fragment supérieur du radius, taillée en biseau, perfora la peau. En même temps, l'extrémité inférieure du cubitus se luxait au travers d'une plaie de la région antérieure du poignet; pour réduire le cubitus on fut obligé de pratiquer une légère incision longitudinale; après application d'un pansement antiseptique, le poignet fut immobilisé au moyen d'attelles et le blessé envoyé à l'hôpital d'Annecy où on refit le pansement et appliqua un appareil plâtré qui resta en place quinze jours; la plaie n'était pas encore complètement cicatrisée après ce temps, quoiqu'il n'y ait pas de suppuration; on lui refit un pansement qu'il garda quinze autres jours, après quoi il partit en convalescence. C'est seulement à ce moment qu'il s'aperçut d'une atrophie notable des éminences hypothénar et thénar, et de la position de ses 4^e et 5^e doigts, qu'il ne pouvait étendre. Il eut recours au massage, à la gymnastique, à l'électricité, aidé, dans son traitement, par un de ses frères, étudiant en médecine; il rejoignit son bataillon en mai, essaya de faire son service, mais malgré l'électrisation régulière, il vit l'atrophie augmenter et envahir les interosseux. C'est alors qu'il fut évacué dans notre service.

A l'examen, on constate que la main est un peu déviée vers le bord radial; la tête du cubitus fait une saillie assez prononcée au côté interne.

L'avant-bras est un peu amaigri, mais surtout la main; l'éminence hypothénar est complètement atrophiée; l'éminence thénar, elle aussi, est beaucoup moindre que celle du côté opposé; on reconnaît vite que c'est dû à

l'atrophie de l'adducteur transverse ; les interosseux ont presque disparu, le métacarpe paraît décharné avec de profondes dépressions au niveau des espaces interosseux ; les doigts sont en griffe, très prononcée sur l'annulaire et l'auriculaire ; ils ont complètement perdu leurs mouvements de latéralité ; la pression de la main est très faible ; en somme, il y a une impotence fonctionnelle considérable.

La sensibilité au toucher et à la douleur a complètement disparu sur la face palmaire de l'éminence hypothénar, sur toute celle du petit doigt et sur la moitié interne de l'annulaire, dont la face dorsale est seulement hypoesthésiée.

L'opération a lieu le 12 juillet 1900.

Incision longitudinale à l'avant-bras, le long du tendon du cubital antérieur qui est récliné ; à l'extrémité supérieure de l'incision on cherche le cubital et on le suit de haut en bas ; on ne tarde pas à le voir se renfler et contracter des adhérences avec la face antérieure du cubitus, dans l'étendue de plus d'un centimètre ; les adhérences détachées, le bout supérieur du nerf est complètement libre.

La recherche du bout inférieur est plus délicate ; après avoir prolongé l'incision sur l'éminence hypothénar, on finit par le découvrir au niveau du point où il donne le collatéral interne du petit doigt et, en le suivant de bas en haut on atteint son extrémité située à un demi centimètre environ au-dessus de la bifurcation ; la distance entre les deux bouts est d'environ trois centimètres. Les deux bouts sont avivés en biseau, puis, après avoir exercé quelques tractions sur le bout supérieur et fléchi le poignet, on peut les amener facilement au contact en les faisant chevaucher ; deux anses au catgut fin sont passées à travers les bouts juxtaposés et liées par devant. Suture de la peau au crin de Florence et pansement, avec attelle plâtrée, maintenant la main à angle droit sur l'avant-bras.

Dans les vingt-quatre heures qui suivirent, douleurs vives nécessitant une injection de morphine ; ces douleurs persistent jusqu'au 16 juillet, en diminuant de jour en jour ; l'opéré prend tous les soirs une potion avec trois

grammes de chloral et un centigr. de morphine pour passer la nuit plus tranquillement.

A part cela, il n'y a aucun accident et la température ne dépasse pas 37°.

Le 20 juillet, on fait le pansement : l'anesthésie ne semble pas avoir diminué.

Le 23 juillet, les fils cutanés sont enlevés, la plaie est complètement réunie : l'opéré constate que la sensibilité a bien augmenté dans l'annulaire ; partout ailleurs, il n'y a pas de modifications appréciables. On maintient tout jours la main fléchie avec une attelle, de crainte de rompre la cicatrice encore récente du nerf.

A partir du 1^{er} août on commença des séances journalières d'électrisation, sur le cubital d'abord et sur tous les groupes musculaires de la main.

L'anesthésie diminue assez rapidement, sauf sur la face interne du petit doigt, où l'état reste toujours le même.

Le 20 août, l'opéré nous fait remarquer que ses doigts se redressent, surtout l'annulaire qui est presque droit ; néanmoins l'électricité ne produit encore aucune contraction musculaire.

Vers le 1^{er} septembre, nous constatons de légers mouvements de latéralité des doigts.

L'opéré sort, le 5 septembre, avec un congé de convalescence, nous promettant de revenir nous voir, mais il se fait réformer et, habitant loin de Lyon, ne tient naturellement pas sa promesse.

Il nous a écrit le 21 février dernier, et voici les renseignements qu'il nous donne :

La sensibilité ne s'est pas modifiée et la face interne du petit doigt est toujours anesthésiée; l'atrophie n'a pas encore complètement disparu, la main est encore plus maigre que l'autre, mais au point de vue de la force, il en a presque autant d'un côté que de l'autre, il serre très vigoureusement les objets et peut tenir, de ce côté comme de l'autre, 15 kilos à bras tendus ; il peut écarter et rapprocher facilement les doigts l'un de l'autre, mais le petit doigt n'est pas encore complètement redressé ; il n'éprouve d'autre part aucune douleur.

Il résume ses impressions en disant que les progrès ont été assez rapides au début ; après sa sortie de l'hôpi-

tal, puis ils se sont ralentis notablement ; il espère cependant, sous l'influence de l'électricité et de la gymnastique, les voir encore s'accuser ultérieurement.

Nous n'insisterons pas beaucoup sur les deux premières observations qui ont trait à des sutures presque immédiates ; nous ferons cependant remarquer, dans la seconde, il s'agissait d'un traumatisme très grand ayant coupé tous les tendons de la face antérieure du poignet avec les deux nerfs qui énervent les muscles de la main, sans compter l'artère. Si on peut, à la rigueur, admettre que, dans le cas de simple section du nerf, il puisse y avoir un certain degré de restauration fonctionnelle, ou même anatomique, sans intervention, il nous semble très difficile de l'admettre pour des cas pareils ; ces plaies avec section des tendons sont très profondes, béantes, il y a un large écartement des bouts nerveux comme des bouts tendineux. Si ces organes n'étaient pas rapprochés par la suture, il se formerait une gangue cicatricielle épaisse, au milieu de laquelle les bouts nerveux auraient bien du mal à se retrouver ; nous croyons donc que les résultats doivent être attribués sans aucun doute à la suture nerveuse.

Comme M. Nové-Josserand l'a bien fait remarquer, s'il est toujours bon d'obtenir le meilleur affrontement possible, cela n'est cependant pas absolument indispensable, puisque, chez ce jeune enfant, les deux bouts du cubital ont été plutôt liés ensemble que suturés réellement ; vu ses faibles dimensions nous n'avons pu, et encore avec beaucoup de précautions, que passer un fil au travers pour le lier sur le côté, en ajoutant une véritable ligature circulaire très peu serrée.

La dernière observation présente certains points intéressants : tout d'abord le mécanisme de la lésion : il s'est produit non pas une section des nerfs, mais fort probablement une rupture, sous l'action de l'extrémité inférieure du cubitus au moment de sa luxation ; ensuite, le blessé ne s'est aperçu de sa lésion nerveuse qu'un certain temps après sa blessure, quand, la plaie étant cicatrisée, on l'a débarrassé de tout pansement, et ceci est tout-à-fait d'accord avec la remarque qu'a déjà faite M. Nové-Josserand. Signalons, enfin, la lenteur dans les progrès fonctionnels, puisque il y a déjà huit mois que

la suture a été pratiquée et la restitution *ad integrum* n'est pas encore obtenue ; néanmoins l'amélioration est considérable, et il est probable qu'on obtiendra encore davantage avec le temps.

* * *

RÉSECTION DE LA PAROI ORBITAIRE EXTERNE POUR PÉNÉTRER DANS L'ORBITE

M. Gangolphe ajoute quelques renseignements sur l'opération de Kronlein. La thèse de Domela, 1900 (Zurich), est très complète et fort intéressante.

M. Gangolphe considère que les dessins qu'on trouve dans ce travail ne sont pas tout à fait la représentation exacte de ce qu'on obtient sur le cadavre. L'opération est présentée sous un jour trop favorable. Il est impossible, malgré Domela, d'arriver jusqu'au trou optique.

Les résections de Becker sont à peu près les mêmes que celle de l'opérateur, mais il a opéré dans un tout autre but, et il est impossible de dépérioster la paroi externe de l'orbite, cette cavité étant rendue inabordable par la lésion.

Il pense que la résection définitive doit être le plus souvent employée à cause de la malignité de la lésion causale. Dans les tumeurs bénignes, au contraire, on pourrait la faire temporaire. Cette résection du trépied orbitaire ne donne pas le jour que prétend lui demander Becker.

M. Fochier. — Pourquoi redouter l'ouverture du sinus ?

M. Gangolphe. — A cause des infections graves qui peuvent en résulter, soit immédiatement : lésion suppurative, soit à distance : troubles trophiques oculaires. On ne peut laisser ainsi communiquer les cavités orbitaires avec le sinus qui n'est pas aseptique.

* * *

ENTÉROCÈLE VAGINALE POSTÉRIEURE. — RÉSECTION LARGE DU CUL-DE-SAC DE DOUGLAS

M. Goullioud. — La malade, sujet de mon observation, est une femme de 40 ans, mère de trois enfants,

atteinte, depuis plusieurs années, d'une chute complète de l'utérus. Depuis longtemps elle a renoncé aux moyens de contention des prolapsus autres qu'une serviette.

Quand elle se présente à mon examen, au mois de mai 1900, elle présente donc une chute complète de l'utérus, avec renversement des parois antérieure et postérieure du vagin, avec cystocèle, rectocèle et entéroccèle ; le Douglas a été entraîné par l'utérus et renferme des anses intestinales. On remarque, sur la tumeur ainsi formée, qui pend entre les cuisses, trois ulcérations, deux sur le col, une plus large sur la paroi vaginale postérieure. La réduction peut se faire pendant le décubitus horizontal. Tous les pessaires essayés se sont montrés impuissants.

Depuis longtemps je traite tous les prolapsus graves qui se présentent à moi, surtout vers la fin de la période sexuelle, par une triple opération : la ventro-fixation, la colporrhaphie antérieure et la colpo-périnéorrhaphie.

Première opération, le 19 mai 1900, comprenant ces trois temps opératoires :

La ventro-fixation, faite suivant le procédé de Terrier, avec trois points de catgut chromique, sur la face antérieurs de l'utérus, en laissant le fond libre ;

Une colporrhaphie antérieure ;

Une périnéorrhaphie suivant le procédé de Hamann de Munich.

On a évité heureusement de pénétrer dans le Douglas, qui apparaît transparent pendant le décollement du lambeau de la périnéorrhaphie.

Les suites de cette opération furent absolument simples.

Mais, deux mois environ après, Mme A... remarqua une saillie anormale qui pointait profondément en arrière du périnée dans le vagin.

En effet, au delà du périnée, solide, je sens un léger relief formé par la paroi vaginale postérieure. Je mets un pessaire qui est expulsé au cours d'un voyage de plusieurs semaines, pendant lequel la saillie anormale se développe et, au mois d'octobre, une entéroccèle vaginale postérieure est constituée.

La saillie, formée aux dépens de la paroi postérieure du vagin, est du volume d'une grosse orange. Elle appa-

rait dès que la malade se lève, et prend tout son développement au moment où elle met son corset.

Cependant l'utérus reste bien fixé, et ne prend aucune part à la tumeur. Le doigt, introduit dans le rectum, montre que celui-ci ne fait pas non plus partie du prolapsus. Le périnée, d'ailleurs, est très élevé ; mais la fourchette a été déchirée par la brusque irruption du prolapsus et présente une petite ulcération douloureuse. Le contenu de la tumeur, formée par l'intestin, l'S iliaque et l'iléon probablement, se réduit dans la position couchée, mais aucun pessaire n'arrive à maintenir la réduction.

La veille de l'opération, le col, entraîné par le prolapsus, apparaît à la vulve. La position de la malade devient très pénible. Elle accepte une nouvelle opération.

Deuxième opération, le 17 novembre 1900. Sur la tumeur saillante, pendant l'anesthésie, je fais une incision verticale allant du col au périnée, un peu en-deçà de l'ulcération de la fourchette. De l'extrémité antérieure de l'incision médiane je fais partir deux autres incisions qui passent à peu près au point de réflexion de l'entéroccèle, et qui dessinent ainsi comme deux quartiers d'orange. Ceux-ci se laissent décortiquer aisément.

Le sac péritonéal apparaît dépouillé. On décolle le plus loin possible ce qui représente son collet, d'abord du côté de l'utérus, à peu près jusqu'à l'isthme, puis du côté du rectum, enfin sur les côtés.

Le sac péritonéal isolé, je le vide de son contenu par expression, puis je place à sa base, sur son collet factice, une pince languette courbe. Comme dans les hernies ordinaires, je place, au-delà de la pince, un fort fil de catgut Répin après avoir transfixé le collet avec une aiguille de Reverdin, et je lie le sac. Deuxième ligature plus superficielle de soutien et résection de la poche péritonéale.

2^e temps. — Je crois devoir faire une amputation du col, gros et turgescant, qui paraît à la vulve, bien que le corps tienne à la paroi antérieure de l'abdomen. Amputation de Schræder, réséquant les deux tiers du col. Les incisions qui l'ont circonscrit vont, sur les côtés, rejoindre les incisions de la résection de l'élytroccèle. Les sutures

du col terminées, on réunit les bords de l'exérèse vaginale par une suture médiane.

Enfin, dans un 3^e temps, on refait le périnée, quoique déjà très haut et solide. On résèque encore de la muqueuse vaginale, comme dans une périnéorrhaphie. Quelques points interstitiels profonds, puis des points vaginaux et enfin des points périnéaux à la façon d'Emmet. Le périnée est plus haut qu'un périnée normal. Le col est enfoui au fond du vagin.

Les suites opératoires ont été simples.

A l'examen du 14 décembre, lors du départ de la malade, le col est enfoncé profondément au-dessus du périnée, par suite de la ligature en bourse du Douglas ; il n'aura donc pas de tendance à passer par la vulve. Le cul-de-sac vaginal postérieur, bien formé et fixé par des adhérences, ne brouchera pas. La vulve est haute, mais très élastique ; elle est en avant de la paroi vaginale antérieure qui est tendue transversalement.

Au 5 mars, c'est-à-dire quatre mois après, il n'y a aucune tendance à la reproduction de l'entéroccèle. Le point faible maintenant paraît être le cul-de-sac antérieur et on peut craindre la reproduction de la cystocèle dans l'avenir. On met un petit pessaire, par prudence, car on a affaire à un cas particulièrement grave ; les tissus paraissent d'une élasticité exceptionnelle et originelle. La malade accouchait très rapidement en quelques douleurs. Chez elle, point de tissu inodulaire, rétractile. L'absence de cul-de-sac antérieur gêne un peu pour la pose du pessaire en berceau, qui paraît nécessaire pour éviter une récurrence de la cystocèle.

La pression abdominale joue également un grand rôle. A la suite de cette éventration vaginale prolongée, une partie des viscères pelviens ont perdu droit de domicile, comme dans certaines hernies irréductibles. Dès que la malade met un corset et augmente ainsi la tension abdominale, elle sent une forte poussée du côté du plancher pelvien.

Remarques. — Nous avons eu affaire, dans ce cas, à une élytroccèle postérieure typique, l'utérus et le rectum ne prenant pas part à la tumeur. Il s'agit d'une élytroccèle secondaire, consécutive à une opération complexe pour prolapsus, comprenant ventro-

fixation, colporrhaphie antérieure et colpo-périnéorrhaphie. Peut-être celle-ci avait-elle été un peu insuffisante, gêné que nous étions par la saillie du péritoine et par une large ulcération de la paroi postérieure du vagin.

Le professeur Berger a bien fait ressortir ce type de l'élytrocèle postérieure, comprenant le prolapsus de tout le cul-de-sac de Douglas, en le distinguant des hernies pédiculées du cul-de-sac de Douglas, décrites par Gaillard-Thomas, et bien distinctes, elles-mêmes, des hernies des grandes lèvres (*padental hernia* d'Astley Cooper).

Le plus souvent ces élytrocèles sont primitives, pures ou compliquées d'autres prolapsus. Boursier a présenté aussi une hernie secondaire, consécutive à une opération complexe, comprenant une colporrhaphie antérieure et une périnéorrhaphie.

La hernie primitive pourrait reconnaître, suivant Freund, une origine congénitale, la persistance de la disposition infantile du cul-de-sac de Douglas, qui descend beaucoup plus bas dans la cloison recto-vaginale.

La distinction de la hernie vaginale par prolapsus est importante, car elle comporte non seulement la résection de la hernie, cul-de-sac de Douglas et enveloppe vaginale, mais encore des opérations complémentaires pour donner plus de résistance au plancher pelvien; c'est ainsi que, dans notre seconde intervention, nous avons joint à la résection du cul-de-sac de Douglas, portée le plus loin possible, l'amputation du col et la réfection du périnée.

Nous avons cherché quelles tentatives analogues avaient été faites contre le prolapsus herniaire du cul-de-sac postérieur.

Le professeur Berger, soit dans le *Traité de Chirurgie* (Duplay et Reclus), soit dans sa communication au dixième Congrès français de Chirurgie, 1896, conseille bien la résection du sac; cependant, il se contente d'une ventrofixation et d'une colpo-périnéorrhaphie, qui ont dû réduire la hernie en tirant sur elle en deux sens opposés.

Boursier ne se décide pas non plus à faire la résection du sac, et se propose de faire porter à sa malade un

pessaire à air spécial, avec deux parties indépendantes, dont l'une destinée à refouler la hernie.

Gaillard-Thomas, dans un cas complexe de hernie pédiculée, très prononcée, a refoulé le sac, puis, par l'abdomen, il a attiré le fond du sac et l'a fixé à la plaie de la laparotomie.

Huguier, comme nous l'apprend le professeur Berger, avait proposé d'ouvrir la cavité herniaire et d'exciser la plus grande partie de sa surface en réunissant par la suture les bords de la plaie résultant de cette excision partielle.

Benno-Schmidt, dans son article du *Traité de Pitha et Billroth*, dit n'avoir retiré aucun résultat favorable de cette opération.

M. L. Reid a communiqué à la Société médico-chirurgicale de Glasgow, un cas de hernie vaginale, dans lequel il avait eu recours à un procédé analogue : « A good recovery had been made ».

Labadie-Lagrave et Legueu conseillent un plan opératoire, qui se rapproche beaucoup de ceux que nous avons suivis.

Nous devons mentionner, sans lui attribuer de valeur dans ce cas particulier, la méthode de Freund, qui s'adresse aux ligaments utéro-sacrés.

Enfin, dans les prolapsus graves, sans élytrocèle distincte, Schanta a fait des résections partielles du cul-de-sac péritonéal, quand il avait ouvert celui-ci, au cours d'une colpo-périnéorrhaphie.

M. Reynier a proposé et mis à exécution un autre procédé pour créer des adhérences dans le cul-de-sac de Douglas ; il fait l'élytrotomie postérieure, après la ventro-fixation et cherche à réaliser ainsi un moyen de fixation. On sait, en effet, que les adhérences de la périmétrite sont assez puissantes pour s'opposer au glissement de l'utérus, alors, cependant, que se produisent de la cystocèle et de la rectocèle.

Nous voudrions tirer de notre observation les trois conclusions suivantes :

1° La résection large du cul-de-sac postérieur dans l'élytrocèle postérieure peut être une bonne opération ;

2° Quand cette élytrocèle est un prolapsus, plutôt qu'une hernie limitée, il faudra joindre à la résection du sac

des opérations complémentaires pour donner plus de solidité à tout le plancher pelvien ;

3° Dans les grands prolapsus, il pourra y avoir lieu de joindre à la ventro-fixation, ou à l'amputation du col, à la colpo-périnéorrhaphie un temps spécial s'adressant au prolapsus du cul-de-sac de Douglas, la résection de ce Douglas ou sa fixation par des adhérences créées par une élytrotomie postérieure.

M. Condamin. — Cette observation, comme beaucoup d'autres, n'est pas une hernie vraie, mais un prolapsus avec enterocèle. Cependant il connaît un cas d'enterocèle vraie. Une malade de la consultation de M. Laroyenne a son utérus, son rectum et sa vessie en place, mais la toux, les efforts font saillir dans le vagin une masse grosse comme une mandarine environ et constituée par la paroi du cul-de-sac vaginal poussée par de l'intestin. Elle en souffre peu, et voyant que la tumeur n'augmente pas, cette femme refuse toute intervention. Elle s'introduit, dans le vagin, des tampons enduits de glycérine au tanin qui donnent de la tonicité à son vagin et empêchent la saillie de se produire, mais quand elle interrompt ce traitement, il y a récurrence. Il est à noter que le rectum — le toucher rectal le révèle nettement — n'est pour rien dans cette hernie, le contenu de celle-ci est formé par du petit intestin. Le mécanisme en est difficile à expliquer, car on ne voit pas le cul-de-sac se distendre après les interventions vaginales qui, comme l'hystérectomie, produisent une cicatrice peu résistante ou, tout au moins, facilement extensible.

M. Vallas. — Il s'agissait évidemment, dans ces cas, de saillies produites par le cul-de-sac de Douglas et non par le rectum prolapsé. La pathogénie ne peut donc être rapportée au mécanisme ordinaire du prolapsus. Elle s'explique plutôt par la disposition congénitale du cul-de-sac péritonéal qui descend plus bas chez l'enfant que chez l'adulte dans la paroi recto-vaginale. L'analogie avec le processus péritonéo-vaginal du canal inguinal est donc grande. Ces hernies, comme les inguinales congénitales, ont leur sac préformé et cette similitude est révélée encore par quelques faits où on a noté la présence, derrière le vagin, de kystes séreux analogues aux diverticules saccu-

lairés qu'on trouve à la région inguinale et qui constituent les hydrocèles enkystées du cordon.

M. Durand, comme M. Vallas, croit que le sac de ces entéroécèles vaginales est préformé et se trouve expliqué par la grande dimension que présente le Douglas des fœtus femelles. Mais il ne suffit pas qu'il y ait un sac, il faut encore que l'intestin puisse s'y engager, de sorte que se pose, là comme pour la hernie inguinale, la question de longueur plus ou moins considérable du mésentère, question autrefois résolue par Malgaigne pour les hernies inguinales et crurales. D'autre part, la question de la pathogénie de ces entéroécèles se rapproche beaucoup de celle du prolapsus rectal que M. Gérard-Marchand a soulevée dernièrement à la Société de Chirurgie de Paris. Cet auteur pense, avec Ludlow, que le prolapsus rectal est causé par la profondeur exagérée du cul-de-sac de Douglas et que sa cure pourrait être obtenue par la résection de ce diverticule qui est un véritable sac herniaire. On voit la parenté qui peut exister, dès lors, entre ces deux affections.

M. Fochier. — Il faut tenir grand compte, dans ces lésions de prolapsus, du résultat thérapeutique obtenu par la résection du col utérin. Il est très remarquable de voir que, dans beaucoup de cas, on peut se passer de ventro-fixation et que la résection du col suffit à guérir beaucoup de prolapsus. Il n'est pas bien fixé sur le mécanisme par lequel agit cette résection ; ce qu'il y a de certain c'est que, en remontant un peu haut cette résection, il a souvent obtenu des guérisons. Il se pourrait donc que la résection du cul-de-sac, faite par M. Goullioud, ait eu moins de part, dans le résultat final, que la résection du col. Il ne comprend pas bien comment la cicatrice obtenue au fond du cul-du-sac séreux a pu créer un tissu assez résistant, surtout quand on sait les difficultés qu'il y a à guérir les hernies vulgaires. Il pense que la colporrhaphie a dû réduire le vagin à une sorte de colonne creuse, étroite, qui contribue à soutenir les organes, sans leur offrir une voie suffisante de prolapsus.

M. Goullioud. — Il s'agissait bien d'une entéroécèle vraie. Était-ce l'S iliaque ou le grêle que renfermait

la hernie, peu importe, en tout cas le rectum n'y était pour rien.

A M. Fochier il répond que, comme dans une hernie, il a réséqué le sac. Après avoir décollé le plus haut possible, il l'a pincé, lié deux fois et réséqué. Il ne pense pas avoir là une cicatrice plus serrée et solide que celle d'un sac herniaire, mais c'est déjà beaucoup. La résection du col et du vagin a consolidé le reste.

Le col utérin est reporté très loin en arrière et n'a pas de tendance à glisser de ce côté ; ce qui risque, au contraire, de s'effondrer, c'est plutôt le cul-de-sac anté-utérin qui paraît présenter une souplesse peut-être exagérée. Au point de vue de la pathogénie, il s'associe aux idées exposées par MM. Vallas et Durand.

Les Secrétaires : Dr DURAND.
Dr NOVÉ-JOSSERAND.

Le Gérant : Dr VALLAS.



BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Année . 1900 - 1901

Tome IV, 3^{me} Fascicule
MARS-AVRIL
1901

LYON
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie
Anc^{re} Maison A. WALTENER
14, rue Bellecordière, 14
—
1901

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1899-1900



BUREAU

<i>Président</i>	MM. FOCHIER.
<i>Vice-Président</i>	GAYET.
<i>Secrétaire général</i>	VALLAS.
<i>Trésorier-archiviste</i> ...	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i>	{ DURAND.
	{ NOVÉ-JOSSERAND.

MEMBRES

ALBERTIN.	JABOULAY.
AUBERT.	LAROYENNE.
AUGAGNEUR.	MARTEL.
BÉRARD.	MARTIN.
BERNE.	NOVÉ-JOSSERAND.
CHANDELUX.	POLLOSSON (Maurice).
CLAUDOT.	POLLOSSON (Auguste).
CONDAMIN.	ROCHET.
CORDIER.	ROLLET.
DURAND.	SABATIER.
FOCHIER.	SIRAUD.
GANGOLPHE.	TIXIER.
GAYET.	VALLAS.
GOULLILOUD.	VILLARD.
HORAND.	VINCENT.

MEMBRES CORRESPONDANTS

BATUT.	LABONNARDIÈRE.
CURTILLET.	RUOTTE.
JACOB.	

MEMBRES DÉCÉDÉS

MARCUS,	OLLIER.
<i>Membre Correspondant.</i>	<i>Président d'honneur.</i>

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Séance du 7 mars 1901. — Présidence de M. FOCHIER.

M. Durand donne lecture du procès-verbal de la dernière séance. Il est adopté.

ORTHOPÉDIE ET SECTIONS NERVEUSES

M. Gangolphe. — Dans nos réunions précédentes il a été longuement question des sections nerveuses et de leurs conséquences. Le hasard me permet de vous présenter une jeune femme à laquelle j'ai rendu service par l'orthopédie, ne pouvant employer d'autres moyens ; par la même occasion je me permettrai de vous signaler les tentatives que j'ai faites dans le même sens avec un résultat satisfaisant.

La malade que voici est entrée dans mon service, au mois de juin 1900, pour une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit rendant impossible l'exercice de sa profession (corselière) et consécutive à une intervention chirurgicale. Un an auparavant, dans un autre hôpital, on lui avait enlevé des masses ganglionnaires siégeant dans la région sus-claviculaire droite. Cette opération

aurait été accompagnée de douleurs violentes et tenaces et surtout d'une chute du moignon de l'épaule avec impossibilité de reprendre tout travail. L'examen montre une atrophie énorme du trapèze à droite, ainsi que des muscles sus et sous-épineux. Les reliefs osseux de l'omoplate, normalement voilés par les saillies musculaires, se détachent ici en saillies excessives. Les muscles du bras et de l'avant-bras sont intacts. Il y a donc eu section de la branche externe du spinal et des nerfs sus-épineux.

Ordinairement cette jeune femme soutient le membre supérieur droit avec la main gauche, elle se déclare incapable de travailler.

Ajoutons que l'électricité et le massage n'ont donné aucun résultat.

Considérant que la chute du moignon de l'épaule, en modifiant la statique musculaire, devait être la cause essentielle de l'impotence, je fis porter un corset solide pourvu, à droite, d'un béquillon *axillaire* soulevant l'épaule et la maintenant. Depuis lors la malade a pu *travailler comme si de rien n'était*.

Vous le voyez, l'atrophie n'a nullement *rétrocedé*, donc le résultat est entièrement à l'actif de l'orthopédie.

Dans la thèse de mon élève Gorisse (1895), j'ai fait connaître un appareil permettant de compenser en partie les troubles dus à la paralysie radiale.

Il est facile de se rendre compte que la perte des fonctions du radial n'atteint pas seulement les extenseurs, mais indirectement aussi les fléchisseurs. Pour que ceux-ci se contractent efficacement, il leur faut d'abord l'action tonique et contractile des extenseurs. Dans l'acte de la préhension la main se met d'abord en extension; c'est ce que Duchenne cherchait à obtenir lorsqu'il faisait construire un appareil consistant essentiellement en cordons élastiques fixés à la face dorsale de chaque sujet.

J'ai pensé atteindre le même but en relevant fortement la paume de la main. Mon appareil se compose d'une sorte d'attelle anti-brachiale lacée à la face dorsale, et pourvue, du *côté préhenseur*, d'une longue tige, terminée par un renflement. Ce renflement, casé dans

la paume, dissimulé, la soulève et permet ainsi, dans une mesure notable, l'action utile des fléchisseurs.

Enfin, dans la paralysie consécutive à la section du *sciatique poplité externe*, l'emploi de souliers avec tiges latérales métalliques et ressort permet très efficacement de combattre le steppage. Parfois de solides brodequins montant un peu haut ont suffi à dissimuler la paralysie.

La paralysie du spinal (branche externe), celle du radial, du sciatique poplité externe, pourront donc être combattues et améliorées par l'orthopédie.

M. Ruotte a eu l'occasion de traiter un malade qui avait subi depuis longtemps déjà une lésion du nerf musculo-cutané de la jambe. Les muscles avaient absolument disparu; non seulement la palpation n'en révélait pas la plus légère saillie, mais encore on n'observait pas la moindre contraction par l'électrisation. Il pensa que cette disparition complète des muscles constituait une contre-indication à toute intervention sur le nerf. Il se contenta de remédier par un appareil orthopédique aux déformations survenues dans le membre.

M. Vallas a, en ce moment, dans son service, deux malades atteints de section du musculo-cutané.

Le premier a subi une section dans le creux poplité, l'autre un broiement par fracture du péroné, au niveau du col de cet os. Ils ont tous deux des maux perforants, des troubles trophiques qui semblent contre-indiquer toute intervention.

Il ne reste qu'à transformer par une arthrodèse ou par un appareil prothétique le membre inférieur en une tige rigide.

Il a vu aussi une malade atteinte de section de la branche externe du spinal. Sa malade avait exactement l'attitude de celle de M. Gangolphe. Il n'a fait aucune intervention. Cette section provenait également d'une intervention antérieure. Les sections traumatiques doivent être rares, du reste, et la plupart doivent avoir une origine opératoire volontaire ou involontaire.

M. Nové-Josserand. — Pour obtenir la correction des déformations consécutives aux lésions nerveuses irrémédiables, il est bon d'insister sur un moyen qui donne de très bons résultats dans la paralysie infantile. C'est l'anastomose tendineuse ou le raccourcissement

pur et simple des tendons des muscles paralysés. Lorsque ce raccourcissement a été fait avec une amplitude suffisante la correction de position qui en résulte est très satisfaisante non seulement comme résultat immédiat, mais même comme résultat éloigné.

Cette intervention a été faite par divers chirurgiens allemands pour des paralysies radiales ; je n'ai eu l'occasion de l'employer qu'au membre inférieur pour des paralysies infantiles et je suis de plus en plus satisfait de ses résultats.

★ ★

GANGRÈNE DES CORPS CAVERNEUX. — INTÉGRITÉ DU CORPS SPONGIEUX ET DU GLAND. — AUTOPLASTIE. — GUÉRISON.

M. Gangolphe. — J'ai eu l'honneur de vous présenter, dans notre séance du 14 février, un cas des plus singuliers de gangrène de la verge avec conservation intégrale du gland, du corps spongieux et de l'urèthre. En voici l'observation complète :

L'aspect du malade est bizarre ; comme vous avez pu le voir, le fourreau est ratatiné vers la racine du membre, plissé, tandis que du centre émerge un cordon cylindrique, rougeâtre, gros comme un porte-plume et pourvu à son extrémité d'un volumineux renflement qui est le gland absolument normal. Au moment où on me présenta le sujet, le voyant d'un peu loin, je m'écriai : « Que lui a-t-on mis ? » pensant qu'il portait un appareil, tellement était extraordinaire ce cordon rouge terminé par le renflement constitué par le gland. J'ajoute que si le gland est tout à fait normal, le pédicule qui le supporte ou plutôt auquel il est appendu, formé par l'urèthre entouré du corps spongieux, est recouvert de très fins bourgeons charnus. Quand on examine le fourreau on voit que les téguments sont rétractés et forment une petite collerette cicatricielle à la base du pédicule spongieux. Cette collerette, particulièrement épaisse en arrière, est formée en ce point des vestiges du prépuce.

Le sujet n'est nullement gêné pour uriner, il déclare avoir encore des érections, mais plutôt insuffisantes, il est certain que le corps spongieux péri-urétral et le

gland manquent de leurs tuteurs normaux, les corps caverneux.

Nous avons prié notre excellent ami, le Dr Thiodet, de Roanne, de nous donner des renseignements sur l'évolution des accidents, évolution à laquelle il avait assisté. Les voici en quelques mots.

« Cet homme, âgé de 36 ans, tisseur, alcoolique, aurait eu une blennorrhagie en Cochinchine, à l'âge de 23 ans. En 1898, il présenta des accidents syphilitiques secondaires, pour lesquels il ne voulut jamais suivre de traitement sérieux. En octobre 1900, chancre mou du prépuce, quelques jours plus tard, bain sulfureux; dès le lendemain, gonflement énorme du prépuce et du gland; augmentation de volume de toute la verge; le prépuce, le fourreau sont œdématisés, indurés et violacés, il existe un écoulement purulent, sanieux, entre les lèvres du prépuce.

« En présence des symptômes d'étranglement et de la suppuration abondante et persistante, on finit par décider le malade à laisser débrider son prépuce par deux coups de ciseaux latéraux. Les tissus étaient durs, lardacés; il n'y eut pas d'hémorrhagie; lavages antiseptiques au sublimé très faible, pansement au di-iodoforme, gaze salolée, boriquée. Les parties gangrénées s'éliminèrent peu à peu ou furent enlevées; la totalité du prépuce resta dans la bataille, seul un petit lambeau resta accolé au frein. Tout allait pour le mieux: la plaie se cicatrisait (une hémorrhagie abondante s'était produite par une branche de la dorsale) quand le bonhomme, qui mangeait et buvait de bon appétit, à la suite de fatigues, exposition au froid, ou souillure de la plaie, vit brusquement ce qui lui restait de son fourreau gonfler notablement et prendre la même allure que son prépuce au début. Avec l'aide du Dr Chevalier, débridements au thermo, les parties gangrénées furent enlevées, le canal fut mis à nu; le fourreau s'en tira perdant la moitié de sa peau et une bonne part des lissus sous-jacents. Peu à peu, cicatrisation en collerette des téguments rétractés, laissant ce long pédicule rougeâtre terminé par le gland. »

Notre confrère, envisageant le côté thérapeutique de l'affection, pose les indications en termes très exacts, quoique salés, estimant que le sujet « éprouverait cer-

taines difficultés à pousser un pommeau aussi gros au bout d'un aussi petit manche, dans un vagin même large et bien graissé, il pense qu'une main habile et délicate peut lui redonner un membre présentable et pouvant lui servir à autre chose qu'à pisser ».

* *

L'examen local et général (lissus normaux, santé parfaite, urines normales), nous a conduit à intervenir, avec la presque certitude que nous réussirions. Une asepsie rigoureuse préalable étant faite, le sujet anesthésié à l'éther, je décolle le fourreau circulairement autour de la racine de la verge, en excisant le petit bourrelet cicatriciel qui formait collerette. Je constate que les vestiges des deux corps caverneux, sclérosés, fibreux, forment deux petits moignons coniques. Le bourrelet formé par les vestiges du prépuce rétracté est soigneusement déplié, étalé, et me fournit une étoffe très suffisante pour reconstituer les téguments des 2/3 inférieurs du périmètre du corps spongieux. Je racle à la curette la surface du pédicule pour arriver ; il y a peu d'hémorragie, facilement arrêtée par l'eau oxygénée.

A ce moment, on constate que le fourreau peut être facilement ramené jusqu'à la base du gland. Alors, en ce point, je trace une incision très oblique en sillon suivant très exactement le pourtour du gland, et je viens y fixer, y insérer le bord antérieur du fourreau au moyen d'une douzaine de points au catgut fin. Une bande de gaze iodoformée est roulée autour de la verge, un peu de vaseline protège le pansement contre l'urine.

Les suites furent simples, le malade n'eut aucune érection pouvant entraver la cicatrisation. Il quitte le service au bout de huit jours ayant une verge recouverte de téguments, et un gland sans prépuce.

M. Fochier. — Ne pourrait-on chercher à donner à cette verge une dimension et une rigidité suffisantes au moyen de la vaseline suivant la méthode qui a donné, il y a quelque temps, un succès à M. Jaboulay dans un cas de déformation du nez ?

M. Gangolphe n'y a pas songé et ignore encore quelles seront les fonctions de cette verge au moment du coït.

Le malade ne peut donner des renseignements sur ce point n'ayant encore fait aucune expérience.

*
* *

**AMPUTATION PARTIELLE DE LA VERGE. — PUISSANCE
FONCTIONNELLE DU MOIGNON**

Je profite de cette présentation intéressante au point de vue des fonctions génésiques, pour vous communiquer quelques renseignements sur les conséquences de l'amputation partielle de la verge, je dirais même des conséquences inattendues. Il s'agit d'un de mes opérés auquel je dus couper le gland plus un bon tiers de doigt de la verge pour un épithélioma. Il me fallait pratiquer simultanément l'ablation des ganglions inguinaux dégénérés. Le malade avait fait une vive opposition à mes propositions opératoires et défendu énergiquement son territoire. Devant la gravité de la situation il finit par céder, mais avec grand regret. Je ne pouvais pas consciencieusement lui promettre qu'il pourrait ultérieurement exercer le coït, car je manquais de documents.

Par exemple, je me promis de m'informer dorénavant de la question.

Mon opéré m'a fait savoir dernièrement qu'il avait pu avoir des rapports complets et que son moignon acquérait de huit à dix centimètres de longueur au moment de l'érection.

Il ajoutait qu'à son avis j'ai dû lui amputer la moitié de la verge, car à l'état normal celle-ci présentait une longueur de dix-huit centimètres.

J'ai cru utile de faire connaître ces détails, afin de décider plus facilement nos malades au sacrifice de l'organe malade, les renseignements sur ce point faisant totalement défaut.

*
* *

**PLAIE PÉNÉTRANTE DE POITRINE PAR COUP DE FLEURET,
PLEURO-PNEUMONIE, FISTULE PERSISTANTE, PNEUMO-
TOMIE.**

M. Rigal, médecin-chef de l'hôpital militaire de Villetamny, lit un mémoire sur ce sujet.

Ce mémoire est envoyé à une Commission composée de MM. Gangolphe, Durand et Bérard.

M. Gangolphe a vu peu de cas de plaie pénétrante du thorax par arme blanche, mais a traité beaucoup de plaies par armes à feu.

Un jeune homme, désespéré d'un vol, se tire un coup de feu. Il est amené à l'Hôtel-Dieu. Le lendemain M. Gangolphe trouve le pansement souillé de sang et de la matité thoracique. Il n'y avait pas d'hémoptysie. Il pensa qu'il n'y avait pas intérêt à intervenir. Le pansement défait, on voyait chaque inspiration projeter par la plaie un jet de sang noir. Il était impossible de savoir l'origine de l'hémorrhagie, peut-être était-ce l'intercostale. Il débrida et, malgré cela, ne put voir le moindre jet artériel ou veineux. La plèvre ne se remplissait pas de sang et pensant que les vaisseaux pariétaux n'étaient pas intéressés, il s'en tint là. Il bourra la plaie pariétale avec une large compresse, sans chercher, ce qui lui parut impossible, à tamponner toute la plèvre. Le 5^e jour tout allait bien ; le pansement était renouvelé et, vers le 25^e jour, le malade partait guéri, et ne revint que pour demander un certificat qui lui permettrait d'échapper à la conscription. L'état du malade était si parfait qu'il fut reconnu bon pour le service et envoyé au 2^e zouaves.

D'où venait le sang, dans ce cas ? Probablement d'un des vaisseaux pariétaux postérieurs, parce qu'il ne vit pas les antérieurs intéressés et le poumon ne l'était pas, probablement du moins, puisque l'on ne constata jamais d'hémoptysie.

M. Batut. — Les plaies de poitrine ne sont pas toujours suivies de décès. Il a pu voir un lieutenant atteint, dans un duel, d'une plaie perforante qui, après avoir causé des phénomènes graves, a très bien guéri et ce jeune homme est actuellement en excellent état.

M. Ruotte a pu voir aussi un certain nombre de plaies pénétrantes du thorax. Il se rappelle un cas qui produisit sur son esprit une profonde impression. Un individu reçoit un coup de couteau. Il y avait une dyspnée assez intense mais non inquiétante ; on le souleva pour l'examiner, il prit une syncope et en mourut. Il y avait, à l'autopsie, deux litres de sang dans la plèvre ; il pense qu'il faut éviscerer

tout mouvement aux malades atteints de semblables lésions.

M. Bérard se propose de rapporter, dans la prochaine séance, une observation de plaie thoracique suivie de guérison.

Séance du 14 mars 1901. — Présidence de M. GAYET.

M. Durand donne lecture du procès-verbal de la séance du 7 mars. Le procès-verbal est adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES. — UN CAS DE LÈPRE CHEZ UNE FEMME DE L'ARDÈCHE. — LÉSIONS OCULAIRES

M. Gayet. — Marie C..., 45 ans, ménagère, demeurant aux Presles, canton de Lamastre (Ardèche), entre à la clinique, le 8 mars 1901, pour un bourgeon charnu de la cornée gauche survenu au cours d'une affection générale caractérisée par des lésions cutanées de toute la face et de certaines parties du corps (mains, bras, jambes).

La malade est mariée depuis l'âge de 19 ans, son mari est vivant et bien portant, âgé de 66 ans, il n'a jamais été malade sérieusement et la malade dit qu'il ne fut jamais atteint d'aucune lésion cutanée. Elle a eu sept grossesses dont une fausse couche de deux mois, survenue sans cause connue, après le troisième accouchement. Les six autres grossesses sont arrivées à terme et les accouchements se sont passés très normalement. Réglée à 17 ans, seulement, elle le fut très régulièrement jusqu'à il y a trois ans, moment à partir duquel elle ne l'est plus qu'une fois par an, dit-elle. Elle n'a jamais eu de pertes blanches. Nie toute spécificité.

De ses six enfants, il ne reste plus qu'une fille, la troisième, âgée de 21 ans, et très bien portante, dit-elle. Des cinq autres enfants, deux sont morts d'une variole hémorrhagique, l'un à 5 ans 1/2, l'autre à 16, il y a 10 à 11 ans, un autre est mort, à 22 mois, du croup, dit la

malade, mais le diagnostic n'a pas été fait par un médecin, et l'interrogatoire de la malade semble indiquer plutôt une affection aiguë du tube digestif, qui amena la mort en quatre jours; un autre est mort à 1 an 1/2 à la suite d'une maladie qui dura deux mois, sur laquelle la malade ne peut donner aucun renseignement, si ce n'est que l'enfant avait des douleurs très violentes, survenant par accès, et qu'au moment de l'agonie les membres supérieurs étaient contracturés. Le dernier enfant, enfin, est mort d'un accident.

Le père de la malade est mort, à 52 ans, d'une affection sur laquelle on ne peut avoir aucun renseignement. Sa mère vit encore, est âgée de 82 ans et se porte très bien. Elle a eu trois sœurs et un frère, le frère est mort d'accident, une sœur est morte en couches, les deux autres sœurs sont bien portantes.

Personnellement, la malade dit avoir toujours joui d'une excellente santé; elle ne se rappelle aucune maladie, ni jamais rien qui ait attiré son attention, si ce n'est des douleurs articulaires dans les deux genoux avec gonflement et douleurs nocturnes, qui survinrent, il y a treize ans et qui se répétèrent tous les hivers pendant trois ans consécutifs; elle dit que ces rhumatismes survinrent à la suite de sa fausse couche dans laquelle elle eut des hémorragies abondantes qui déterminèrent chez elle une anémie assez grave pour l'obliger à garder le lit pendant deux mois.

Il y a neuf ans, elle se portait de nouveau très bien, elle était guérie de ses rhumatismes, elle affirma n'avoir ressenti aucun phénomène pathologique, quand un jour, en faisant sa toilette, elle aperçut dans la région interne du poignet gauche, au niveau de la base de l'apophyse styloïde du cubitus, un bouton rouge, arrondi, de la grosseur d'une pièce de 0 fr. 50, dur, douloureux à la pression, mais pas spontanément, ce bouton ne se recouvrait pas de croûtes et ne suppurait pas, il n'était pas acuminé, et il disparut peu à peu au bout de trois mois sans laisser de cicatrices, il ne s'accompagna pas non plus d'adénite.

Puis, tout rentra dans l'ordre, quand deux ans après, environ, elle fut atteinte d'une éruption généralisée à toute la face, éruption consistant en une multitude de

petits boutons rouges qui grossirent très rapidement et devinrent tous aussi gros que le bouton qu'elle avait eu deux ans auparavant au poignet. Ces boutons, exclusivement localisés aux joues, au front et au menton, étaient si nombreux, dit la malade, que l'aspect actuel de sa face n'est rien à côté de ce qu'il était à ce moment. Ces boutons se succédèrent les uns après les autres, certains disparurent, d'autres apparurent; cependant, dit la malade, ils semblent diminuer depuis quelque temps et, actuellement, elle en a beaucoup moins. Un seul de ces boutons suppura, il était placé au milieu du front, et il donna beaucoup, il a, du reste, laissé une cicatrice apparente.

Cependant, elle se portait bien, avait de l'appétit, ne souffrait pas, et eut trois enfants, dont le dernier, il y a quatre ans; elle les a nourris, mais ses trois enfants sont morts, l'un d'accident, les deux autres à 22 mois et à 1 an $1/2$, d'affections très peu déterminées que nous avons signalées plus haut; ces trois enfants étaient chétifs et délicats, mais n'avaient aucune affection cutanée.

Depuis deux ans, dit la malade, elle craint énormément le froid, elle ne se trouve bien que très près du feu; elle croit avoir les membres gelés, bien que les personnes de son entourage qui les touchent, sur ses indications, lui assurent qu'ils sont chauds. Bien plus, elle ne sent pas la chaleur, il lui arrive souvent qu'étant près d'un poêle, elle se chauffe les mains et les jambes tout près et, quand elle les retire, elle s'aperçoit qu'elles sont gonflées, présentant des phlyctènes, en un mot, ont subi une brûlure du 2^e degré, alors qu'elle n'a rien senti; ce n'est qu'un moment après, que ces régions brûlées deviennent très douloureuses. Elle présente, en effet, de nombreuses traces de brûlures aux poignets, aux jambes et aux bras.

L'an passé, en hiver, elle fut atteinte d'une maladie qui sévit en épidémie dans son village, dont presque tous les habitants furent atteints, maladie qu'elle appelle « fleur de sang » et qui consisterait en une diarrhée abondante, accompagnée de violentes coliques, de vomissements, d'un peu de fièvre, et surtout d'une entérorrhagie abondante, avec tenesme durant quatre à cinq jours et con-

sistant en selles sanglantes, rouges, vermeilles, survenant plusieurs fois par jour ; cette maladie, qui provoqua plusieurs décès, nécessita, chez notre malade, un séjour au lit de un mois et demi environ.

Elle guérit de cette affection et recouvra de nouveau une très bonne santé, quand, il y a huit à neuf mois, son éruption de la face continuant à évoluer, elle sentit se développer à la fesse droite, un bouton rouge, très douloureux, gros comme une pièce de 5 fr., qui dura environ deux mois et qui suppura abondamment. Elle dit qu'à ce moment beaucoup d'habitants de son village, eurent à souffrir d'accidents semblables, survenant au cou, au dos et aux bras, mais n'attaquant pas l'état général et disparaissant sans laisser de suite ; il semble que ce soit là une affection furonculaire. Mais, chez notre malade, la cicatrice laissée à la fesse droite est large, blanchâtre, ne ressemblant absolument pas à une cicatrice de furoncle.

La malade dit que, depuis le début de son affection actuelle, elle est devenue nerveuse et irritable, mélancolique et sombre.

Actuellement, la face de la malade attire tout d'abord l'attention : elle est rouge, gonflée et présente de nombreuses élévations du tégument, grosses comme un pois, certaines comme un haricot ; la plupart jaunâtres, tranchant sur le fond rouge, quelques-unes rouges, sont vascularisées et leur surface présente de petits vaisseaux très nets ; ces boutons, non pédiculés, sont d'une consistance demi-molle et ne sont pas douloureux à la pression.

Cette éruption semble limitée par les cheveux, les oreilles et par une ligne réunissant les angles du maxillaire, en passant par la région de l'os hyoïde.

Le front présente, à la partie médiane, une cicatrice blanche, linéaire, assez profonde ; il présente, en outre, plusieurs petites surfaces rouges, dont quelques-unes, recouvertes de croûtes, sont en voie de dessiccation. La racine du nez présente une élévation jaune, avec un sillon et une petite croûte au centre. L'arcade sourcilière droite présente deux tubercules, semblables également, ombiliqués au centre ; on ne voit aucun poil sur les arcades sourcilières. Sur les côtés, la peau du front présente des veines bleues très visibles et assez volumineuses.

L'œil droit présente un petit bouquet de cils vers le point lacrymal à la paupière supérieure, et deux à trois cils vers l'angle extérieur, et le rebord ciliaire semble un peu induré. Il en est de même à la paupière inférieure; la sclérotique présente une teinte grisâtre vers le côté externe de la cornée.

A gauche, on voit, à la paupière supérieure, deux ou trois cils près du point lacrymal; à la paupière inférieure, on en voit un à la partie interne, et cinq ou six à l'externe. Le globe oculaire gauche présente une tumeur qui obstrue complètement la cornée, sauf dans sa partie supéro-interne, dans une étendue de deux à trois centimètres; il n'adhère pas à la paupière; il est survenu, il y a un an, dit la malade, mais son œil était rouge et très douloureux deux ans auparavant. Ce bourgeon se présente sous un aspect polypiforme; la périphérie a l'aspect d'un papillome et la partie centrale, exposée, est ulcérée et recouverte d'un ichor purulent. En bas et en dehors, la tumeur empiète sur la conjonctive. La diamètre de la tumeur a bien de un centimètre à un centimètre et demi; il est à peu près circulaire.

Le nez, aplati et élargi, est aussi d'un rouge bleuâtre; l'aile gauche descend plus bas que la droite et présente, à son bord inférieur, un tubercule ulcéré auquel adhère une croûte sanguine. L'aile droite présente un tubercule semblable et symétrique, mais non induré.

Les lèvres sont épaisses, tuméfiées, proéminentes; la bouche est entr'ouverte, la commissure labiale droite laisse parfois écouler un peu de pus. La lèvre supérieure, rouge, présente trois cicatrices blanches à sa partie cutanée et deux tubercules jaunes vers son extrémité gauche, dont l'inférieure est recouverte d'une croûte noire. On voit un tubercule plus petit vers l'extrémité droite. La muqueuse labiale symétrique présente des croûtes jaunâtres, surtout du côté droit.

Le menton présente une cicatrice blanche en H et un tubercule à l'extrémité externe du sillon labio-mentonnier.

La joue droite a un tubercule de la grosseur d'une petite amande sur la région de l'os malaire, sa surface présente de nombreuses varicosités; on voit encore deux autres petits tubercules et une grande cicatrice blanche,

étoilée au-dessus du sillon naso-génien. Le reste de la joue est variqueux, jaunâtre, induré avec quelques petites élévations.

La joue gauche, variqueuse également, présente des cicatrices blanches, des surfaces surélevées jaunâtres, à bouts irréguliers et peu nets, avec plusieurs tubercules petits et aplatis.

Rien au cou, rien dans le cuir chevelu.

Aux membres supérieurs, on voit de nombreuses cicatrices de brûlures blanchâtres et lisses aux mains et aux avant-bras. Les doigts sont en fuseau, les ongles hypocratiques; il y a de la rétraction des aponévroses palmaires, de l'atrophie des éminences thénar et hypothénar. On voit des cicatrices grisâtres dans la bouche, sur le voile du palais et la luette. La région interne du poignet droit, siège de l'accident initial, est épaissie et indurée. La main droite présente de nombreuses verrues. Les deux auriculaires et les deux annulaires sont recourbés en crochet; l'index droit est tuméfié et la phalange est en forte adduction. Le bras droit présente, à sa partie postérieure et moyenne, une surface recouverte de deux à trois tubercules jaunes fusionnés et, à sa partie antéro-externe, au-dessous de l'insertion du deltoïde, deux tubercules recouverts d'une croûte saignante.

A la poitrine, on voit de tous petits tubercules à la partie supérieure du sein droit et deux ou trois tubercules réunis à la partie interne des deux régions mammaires.

Sur la fesse droite, on remarque une cicatrice blanche, allongée, de six à sept centimètres de longueur, sur deux à trois de largeur.

A la jambe gauche on note, à la partie externe du cou-de-pied, au-dessous de la malléole externe et vers le tendon d'Achille, des grossissements considérables, en forme d'énormes saillies, ou boudins, se réunissant, par leur sommet, sur les malléoles; une de ces saillies s'étend jusqu'au niveau du petit orteil. La région interne du cou-de-pied est également épaissie, déformée et indurée. La jambe présente, à sa partie postéro-externe, de nombreuses cicatrices de brûlure, dont une suppurée et rouge à la partie inféro-externe du genou. Toute la jambe et le pied sont recouverts de squames écailleuses,

blanc grisâtre à reflet argenté, ressemblant à de la nacre. Le gros orteil est en adduction.

La jambe droite présente les mêmes phénomènes, mais moins marqués.

A l'examen subjectif, bien que la malade porte de nombreuses cicatrices de brûlures, dues à une anesthésie thermique, elle distingue un corps chaud d'un corps froid, avec une certaine hésitation cependant. Elle différencie également le contact du doigt et la douleur provoquée par la piqûre d'une épingle; cependant, il y a du retard dans la perception; la malade localise mal l'endroit et surtout l'étendue du point touché; de plus, les yeux fermés, alors que l'on ne la touche pas, si on lui demande ce qu'on lui fait, elle dit qu'on la touche.

La malade a une grande crainte du froid, elle ne peut parvenir à se chauffer, elle transpire abondamment, a presque toujours de la diarrhée.

Le 9 mars, jour où elle est examinée pour la première fois, M. le professeur Gayet porte le diagnostic de lèpre; ce diagnostic est confirmé, le lendemain, par la découverte du bacille de la lèpre, par M. Aurand, dans les tubercules, dans les fosses nasales et dans la conjonctive gauche.

L'examen des urines ne dévoile ni bacilles, ni albumine.

La malade est énucléée de l'œil gauche le 16 mars.

Après congélation immédiate, le globe est coupé suivant un méridien oblique de haut en bas et de dedans en dehors, de façon à diviser la tumeur en deux parties égales. Un hémisphère est placé dans le liquide de Fol et l'autre dans le sublimé acétique. A l'examen de la coupe, on constate que cette tumeur a une épaisseur de 3 à 4 millimètres, qu'elle se prolonge en bas et en dehors sur la sclérotique de 3 millimètres. La chambre antérieure a entièrement disparu. La cornée est très amincie et irrégulière dans son épaisseur. La face postérieure est entièrement tapissée par l'iris atrophié, et il ne se distingue de cette dernière que par la couche de l'uvée qui est elle-même en grande partie atrophiée. La chambre postérieure est, au contraire, très agrandie, au point de simuler absolument la chambre antérieure. Cet espace est traversé par de nombreuses taches blanchâtres réunissant

la face postérieure de l'iris à la face antérieure du cristallin; ce dernier, dont la position n'a pas changé, est très aminci et apparaît comme une petite lamelle blanchâtre. Les procès ciliaires sont dépigmentés et atrophiés. Le vitré paraît normal et il n'y a pas de décollement de la rétine, ni de la choroïde.

Ce qu'il y a, dans ce cas, de particulier, c'est la forme et le volume de la tumeur oculaire. Comme on l'a vu, elle est développée sur la conjonctive et la cornée à la fois et, s'il pouvait être question d'autre chose que d'un lipôme, sur un pareil sujet, on pourrait se demander s'il ne s'agit pas d'un sarcome ou d'un papillome fréquents dans cette région.

Dans leur mémoire de 1898, Janselme et Morax ont donné une analyse exacte et complète des lésions oculaires de la lèpre et, parmi celles-ci, ils ont signalé certains pannus très épais que l'on rencontre quelquefois, sans que l'on puisse dire au juste par quoi ils sont formés et entretenus.

A présent que mon attention est fixée sur ce sujet, je me propose de rechercher si la lèpre ne serait pas en cause, dans quelques cas où l'on ne s'avise pas d'y penser.

Lorsque les lésions siègent sur la sclérotique, elles se présentent sous la forme d'un épaissement énorme de la membrane fibreuse, dont les vaisseaux sont dissociés, par l'infiltration d'une quantité incalculable de cellules lymphoïdes.

J'ai eu l'occasion de pratiquer une fois une double énucléation, sur un sujet qui présentait une très singulière affection. Ses deux cornées étaient atteintes d'une infiltration blanc jaunâtre panneuse et caractérisée par une limitation très brusque du côté du centre. Elle laissait à la partie non atteinte une parfaite transparence; le mal était accompagné d'une douleur telle que, pendant plusieurs mois, le patient me suppliait d'enucléer ses deux yeux privés, du reste, de toute sensation lumineuse.

Je finis par y consentir et je trouvais deux globes atteints de lésions identiques de la sclérotique. A l'extérieur, cette membrane avait gardé à peu près sa forme et ses courbures, mais, à l'intérieur, elle était épaissie au point de réduire sa cavité à la forme d'un tube étroit

en arrière et s'épanouissant en avant en pavillon de cor.

Au moment où je fis cette autopsie, je ne songeais pas à la lèpre, je fus amené à y penser en recevant du Dr Meyer, de Paris, une préparation identique à la lésion scléroticale que j'ai signalée, qui provenait de l'œil énucléé d'une dame de Calcutta, atteinte de cette maladie.

M. Horand. — La malade est-elle mariée ? A-t-elle des enfants ?

M. Gayet. — La malade est mariée et a une fille ; ni le mari ni la fille n'ont présenté de manifestation lépreuse.

M. Bérard. — Les cas de lèpre récemment observés en France ne sont pas très exceptionnels. Il y a quelques années, M. Zambaco avait signalé la persistance de quelques foyers de cette maladie en Bretagne, dans les Pyrénées, et aussi dans la région du Plateau Central d'où est précisément originaire la malade de M. le professeur Gayet. En 1899, M. Perrin, étudiant, dans sa thèse (passée à Lyon) : « La lèpre à Marseille », avait réuni une dizaine de cas indigènes, la plupart recueillis sur la côte de la Méditerranée, entre Marseille et Menton. La même année on pouvait observer dans les services de M. le professeur Gailleton, puis de M. le professeur Poncet, une lépreuse native des environs de Nice. Peut-être sont-ce là des descendants des malades autrefois internés dans la léproserie d'Eze. En ce qui concerne la région lyonnaise, un élève de M. Poncet, M. Seu de Rouville, fit une enquête dont les résultats, consignés dans sa thèse en 1899, furent négatifs ou du moins insuffisants comme documentation.

Si l'on recherchait tous les lépreux, on en trouverait, sans doute, un certain nombre en France, particulièrement dans le Midi ; au mois de février 1901, M. Bérard eut l'occasion d'observer, à Cannes, plusieurs vagabonds et mendiants atteints de lésions mutilantes suspectes ; l'un, entre autres, sur lequel il a demandé des renseignements, présentait des tubercules cutanés et des amputations spontanées des doigts, dont la nature lépreuse semblait hors de contestation.

Les conditions de milieu et d'atténuation du bacille de Hansen semblent telles, dans notre pays, que la conta-

gion est peu à redouter. Presque tous les cas étaient isolés, et on n'a pas relevé de faits probants d'épidémies de famille ou de localité.

M. Claudot. — Quel traitement M. Gayet a-t-il l'intention d'instituer? Au point de vue de la contagion, le rôle pathogénique du bacille de Hensen étant inattaquable, il faut penser que ce bacille est peu actif, ou que le terrain doit présenter certaines conditions favorables pour que la contagion puisse s'effectuer.

M. Bérard. — Il est certain que la lèpre est contagieuse et cette question ne saurait être soulevée, mais la contagion est peu facile.

M. Claudot. — On a expliqué la prédominance de la lèpre, en certains pays, par l'ichthyophagie; il est peu probable que, dans le cas de M. Gayet, cette circonstance ait une importance. Cette condition adjuvante n'est, du reste, plus guère admise aujourd'hui.

M. Gayet. — Au point de vue thérapeutique on serait obligé de faire l'énucléation, mais elle ne semble pas indiquée.

Il a eu l'occasion de voir un malade ayant une lésion bilatérale des yeux remarquable en ce que les cornées étaient infiltrées et que cette infiltration cessait brusquement. La douleur devenait si vive qu'il dut faire l'énucléation des deux yeux.

Il ne put, le microbe de Hensen étant inconnu à ce moment, faire la démonstration de la nature lépreuse de l'affection, mais, certaines formes anatomo-pathologiques de la lésion, rapprochées d'une pièce qui lui fut présentée par M. Meyer, lui font penser que c'était de la lèpre. Il s'agissait d'un épaissement endogène énorme de la sclérotique.



PLAIE PERFORANTE DE POITRINE DE PART EN PART PAR CANNE A ÉPÉE.— SUITES REMARQUABLEMENT BÉNIGNES

M. Bérard, à l'occasion de la remarque de M. Batut, dans la précédente séance, sur la bénignité de certaines plaies pénétrantes de poitrine par instruments tranchants et piquants, rapporte le fait suivant :

Le 6 octobre 1894, dans la soirée, M. B..., âgé de 32 ans, est assailli au coin de la rue Bât-d'Argent, par

deux individus dont l'un lui porte un violent coup de canne à épée. Le blessé, ressent à ce moment, une douleur assez aiguë dans le dos, à gauche de la colonne, où le coup a porté, et, en avant, un peu au-dessus du mamelon gauche, où la pointe de l'arme est sortie après avoir perforé tout le thorax. L'agresseur n'avait pas lâché son arme, une fois le coup porté, et s'était enfui.

M. B... put se rendre seul, à pied, au poste de police de la Bourse, bien qu'il éprouvât une sensation de suffocation très pénible à chaque mouvement; il n'avait pas eu d'hémoptysie et la douleur aiguë locale du traumatisme s'est calmée assez vite. Un agent l'accompagna, toujours à pied, à la station de voitures la plus proche, en le soutenant par le bras. *Le trajet en voiture jusqu'à l'Hôtel-Dieu fut particulièrement pénible*, chaque secousse de la voiture déterminant une recrudescence des suffocations, avec le rejet de quelques crachats sur la nature desquels il fut difficile de se renseigner à cause de l'obscurité. A l'hôpital, une fois assis, le blessé se plaignit encore de dyspnée, et rendit de nouveau des crachats sanguinolents, mais en petite quantité. L'interne de garde constata les deux plaies : l'une d'entrée, large environ de cinq à six millimètres, à bords étoilés, située en arrière à six cent. et demi de la ligne des apophyses épineuses, et à cinq centimètres au-dessous de la pointe de l'omoplate; l'autre, encore plus petite, plaie de sortie, à quatre centimètres au-dessus du mamelon gauche et à neuf centimètres de la ligne médiane. Un simple pansement occlusif fut alors appliqué, après l'administration d'une piqûre de morphine, et le blessé fut transporté en brancard dans la salle Saint-Joseph; ce transport, comme le premier en voiture, fut l'occasion de nouvelles quintes de toux et d'une augmentation de la dyspnée.

Une fois dans son lit, le malade ressentit rapidement un soulagement considérable; il dormit une partie de la nuit et rejeta quelques crachats, dans lesquels M. Maurice Pollosson, à la visite du matin, constata la présence de sang. L'auscultation, à ce moment, révéla des lésions anciennes de bronchite chronique, et seulement des foyers mal limités de râles congestifs, autour des points d'entrée et de sortie de l'arme. Pansement occlusif, repos, opium.

Là se bornèrent les accidents consécutifs à cette blessure. Dès le 2^e jour, les crachats n'étaient plus striés de sang, le malade ne souffrait plus que dans les grands mouvements respiratoires, dans les quintes de toux et dans l'éternuement. Le 4^e jour, il commença à se lever à l'insu de son chirurgien, et, le 12^e jour, il quittait l'hôpital complètement guéri. Il a simplement ressenti, durant trois ou quatre mois, un peu de gêne du côté correspondant et de la douleur dans les inspirations forcées.

Aujourd'hui, 7 ans après l'accident, l'état de M. B... est aussi satisfaisant que possible.

L'intérêt de ce cas réside dans le minimum de désordres et de symptômes déterminés par une plaie thoracique perforante de part en part, au voisinage immédiat de la pointe du cœur, et à travers tout le lobe inférieur du poumon gauche.

M. Claudot. — La discussion a été provoquée par une plaie d'instrument piquant. Il croit que le traitement des plaies de poitrine est donné par la question de l'hémorrhagie, d'où l'indication de ne pas remuer les malades. En dehors de cette grave complication : l'hémorrhagie, il semble qu'aujourd'hui l'origine empêche les accidents secondaires.

Il a vu, en 1870, un capitaine d'artillerie de marine qui avait essayé de faire sauter un train ennemi. Le train dérailla, mais les soldats prussiens mirent en fuite les nôtres, et le capitaine reçut une balle dans le thorax. Il avait été transporté à plusieurs kilomètres. 36 heures après, cet officier avait une pneumonie traumatique. M. Claudot le vit à ce moment et fit un pansement occlusif sans faire aucune des explorations profondes qu'on pratiquait trop couramment à cette époque. Le capitaine a très bien guéri et est, aujourd'hui, général de division.

M. Batut. — Legouest cite le cas d'un forçat qui avait reçu un coup de fleuret tel que 20 centimètres de la lame restèrent dans le poumon. A la mort du forçat, survenue 20 ans environ après cet accident, l'autopsie permit de retrouver la lame que le poumon avait facilement tolérée.

**OBSERVATION D'UN CAS DE CURE RADICALE DE HERNIE,
SUIVIE DE BRONCHO-PNEUMONIE MORTELLE.**

M. Claudot. — J'ai reçu récemment d'un de mes collaborateurs de la 14^e région, communication d'une observation de cure radicale de hernie suivie de mort douze jours plus tard, dans des conditions qui me paraissent mettre absolument hors de cause, non seulement la responsabilité de l'opérateur, dont je puis garantir la prudence aussi bien que l'habileté, mais l'intervention opératoire elle-même.

Il m'a paru intéressant de vous donner lecture de cette observation qui apporte une contribution à la question dès longtemps mise à l'étude des complications pulmonaires consécutives soit à la kélotomie, soit à la cure radicale. Je serais surtout particulièrement heureux de connaître, sur ce cas particulier, l'opinion de nos collègues dont plusieurs pratiquent fréquemment la cure radicale, ou même ont eu l'occasion de publier des travaux sur ce sujet, ou de rédiger le chapitre y afférent dans des traités classiques justement estimés. Pour mon compte — bien sûr de mon impartialité, puisque ce n'est pas moi qui ai tenu le bistouri — je suis tout disposé à nier, dans l'espèce, toute relation de cause à effet entre l'opération et l'inflammation viscérale qui a débuté exactement six jours après l'intervention, alors qu'une épidémie de grippe et de pneumonie régnait à l'hôpital. Tout au plus peut-on admettre, avec le chirurgien opérant, une prédisposition créée par l'acte opératoire, étant donné le long intervalle écoulé et l'absence de toute trace d'infection dans la plaie opératoire ou dans le péritoine, absence constatée par l'examen de la plaie entièrement cicatrisée lors de l'apparition de la fièvre et vérifiée de la façon la plus évidente à l'autopsie.

* * *

*Observation d'un cas de broncho-pneumonie mortelle après
la cure radicale d'une hernie inguinale gauche par M. X...
Médecin Major de 1^{re} classe.*

Le nommé C..., soldat de 2^{me} classe au 22^e d'Infanterie, est évacué, le 9 février, de l'hospice mixte de G... sur

l'hôpital militaire, pour y subir la cure radicale d'une hernie inguinale gauche.

Cet homme est solidement charpenté. Il n'accuse aucune maladie antérieure. Il se trouve considérablement gêné par une hernie inguinale gauche qui descend jusque dans les bourses, qui se réduit facilement, mais qui se reproduit immédiatement après. Il a sollicité l'opération par écrit et même, après avoir été mis au courant des dangers auxquels il s'expose, il insiste et demande à être débarrassé le plus tôt possible.

Dans ces conditions l'opération est décidée pour le 14 février, et dès l'avant-veille, C... est préparé dans ce but. La région est soigneusement rasée. Le rasage est suivi d'un grand bain savonneux. Un purgatif salin est administré la veille et un lavement purgatif donné le 14 au matin assure l'évacuation complète de l'intestin.

Après toilette antiseptique de la région et anesthésie à la cocaïne, l'opération est pratiquée selon la méthode habituelle. Elle comprend les temps successifs suivants.

- a).* Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.
- b).* Section de la paroi antérieure du canal inguinal entre deux pinces languettes.
- c).* Recherche et dissection du sac.
- d).* Ouverture, ligature et résection du sac.
- e).* Réfection au catgut de la paroi antérieure du canal.
- f).* Suture de la peau au crin de Florence.
- g).* Pansement. Compresses de gaze aseptique, coton hydrophile, tissu imperméable, coton ordinaire, double spica de l'aine.

Ces divers temps s'exécutent méthodiquement et sans incident.

La dissection du sac est un peu longue en raison de la présence d'un diverticule qui descend très bas et est extrêmement adhérent aux éléments du cordon.

Après ouverture du sac on constate qu'il est inhabité et toute résection épiploïque est jugée inutile.

L'opération, pansement compris, a duré 45 minutes.

La salle ayant été suffisamment chauffée et les parties non soumises à l'intervention ayant été enveloppées de couvertures, l'opéré n'a pu prendre froid. Il est reporté avec toutes les précautions désirables dans un lit préalablement bassiné.

Les suites immédiates de l'opération ont été aussi satisfaisantes que possible.

Du 14 au 18, le malade a été soumis à un régime léger: lait, bouillon. De plus la constipation a été entretenue par l'administration journalière de 0,25 centigrammes d'extrait thébaïque pris sous forme de pilules de deux en deux heures. Pendant tout ce temps la température est inférieure à $37^{\circ}5$; le pouls est normal, le ventre est souple et indolore. Le malade urine seul et rend des gaz.

19 février. — C... demande à manger et se plaint d'être incommodé par la constipation. Comme il est arrivé au 6^e jour, on prescrit un lavement purgatif et un degré du petit régime. Le lavement est suivi d'une évacuation abondante et à la contre-visite, C... se déclare absolument bien.

20 février. — A la visite du matin, nous avons la douloureuse surprise de constater que, pendant la nuit, la température est montée à 39° et que le pouls est à 90. Malgré ces indications fâcheuses, le malade n'accuse rien de particulier. La région opératoire est trouvée indolore par l'exploration manuelle à travers le pansement. Néanmoins, pour plus de sûreté, celui-ci est défait, ce qui permet de constater que la plaie est réunie par première intention et que les fils sont tous indemnes.

Le pansement est refait et nous pensons qu'il s'agit d'un malaise passager qui cédera à la diète et aux infusions chaudes.

21 février. — C... a été pris pendant la nuit d'un violent point de côté à droite. $T = 39^{\circ}4$. $P = 96$. L'auscultation fait constater un souffle intense, l'expectoration est ambrée; en résumé, on constate tous les signes d'une pneumonie du côté droit.

22 février. — Les signes de pneumonie se sont accentués. $T = 40$. $P = 96$. Néanmoins l'état général reste bon, le moral est parfait.

23 février. — Le malade a eu un peu de délire dans la nuit. L'auscultation fait constater un souffle intense à la partie moyenne du poumon gauche. Le pouls est à 108, petit, mal frappé; on prescrit 0,50 de benzoate de caféine en injection sous-cutanée. La dose est renouvelée le soir à la contre-visite.

24 février. — Le malade a déliré toute la nuit. $T = 39^{\circ}7$; le pouls, mou, est mal frappé, 108. Légère cyanose, râles trachéaux. A l'auscultation, le souffle persiste à droite et à gauche, mais à droite on perçoit, en outre, quelques râles fins qui semblent être les râles de retour. Deux injections de 0,50 de benzoate de caféine dans la journée.

25 février. — Le malade est toujours en proie à un délire, d'ailleurs très optimiste. Il a eu, pendant la nuit, une selle involontaire, accident qui se renouvellera plusieurs fois dans la journée. A l'auscultation, on perçoit un souffle intense dans toute la hauteur du poumon droit; à gauche, un souffle se perçoit également, mais seulement à la partie moyenne. Cyanose et dyspnée. Le pouls est petit, misérable à 120. Injection sous-cutanée de 0,50 de caféine. Injection de 500 grammes de sérum artificiel dans lequel on a fait dissoudre 1 g. de benzoate de caféine; sous cette influence le pouls se relève et se régularise. Mais cette amélioration est de courte durée. Dans l'après-midi, la dyspnée et la cyanose deviennent de plus en plus intenses. Le malade est pris de contractions et de soubresauts des tendons. Le pouls monte à 150 pulsations à la minute.

Mort à 11 h. 45.

Autopsie pratiquée 24 heures après la mort.

A. Région opératoire. — Sous le pansement, la plaie opératoire est trouvée réunie par première intention. Les sutures de la peau, au nombre de 12, ont toutes tenu, les points de passage des fils sont tous absolument secs.

Par une incision suivant la ligne blanche du pubis à l'ombilic, et par une autre perpendiculaire à la première et dirigée de l'ombilic sur le bord gauche de la masse sacro-lombaire, on mobilise, sur la paroi abdominale un triangle ayant pour base l'arcade de Fallope. Quand on a rabattu de haut en bas le lambeau musculo-cutané, on a sous les yeux l'orifice interne du canal inguinal. A ce niveau, on trouve sans difficulté le pédicule du sac dont la ligature a parfaitement tenu, et dont le moignon est indemne de toute fausse membrane, de toute infection. Il en est de même du péritoine avoisinant qui est souple, translucide, de coloration normale et non épaisi. Dans tout le reste de la cavité abdominale, le péritoine est

également libre, sain, et sans aucune trace de réaction inflammatoire.

Cavité thoracique. — Après ablation du plastron sternal, on examine successivement le cœur, le poumon et leurs enveloppes.

Le péricarde est le siège d'un épanchement citrin évalué à 130 grammes. On constate, de plus, la présence de nombreuses ecchymoses sous-péricardiques. Le muscle cardiaque est sain. Gros caillots d'agonie dans les deux ventricules; pas d'endocardite ni de lésions valvulaires. Les plèvres sont le siège d'un épanchement citrin évalué à 250 ou 300 grammes. Le poumon droit est recouvert vers sa base d'une couche épaisse d'exsudat crémeux; ce poumon est hépatisé dans toute sa hauteur. Des fragments pris dans les trois lobes se précipitent au fond du vase.

Le poumon gauche est également hépatisé au voisinage des scissures interlobaires. Il crépite au sommet et à la base; mais, même dans ces régions, il existe des foyers d'hépatisation.

Rien à noter du côté des autres organes.

En résumé, C... a succombé à une hépatisation totale du poumon droit et à des foyers de broncho-pneumonie disséminés dans le poumon gauche.

L'état de réparation avancée et même parfaite de la plaie opératoire, l'intégrité absolue du péritoine et de l'intestin, nous semblent établir que l'intervention opératoire avait été correcte, tant au point de vue de l'acte chirurgical lui-même, que des précautions antiseptiques qui l'avaient accompagnée.

La cure radicale n'est donc intervenue que comme cause prédisposante, par ce mécanisme encore mal déterminé qui crée, chez les opérés de hernie, une réceptivité toute spéciale vis-à-vis de la pneumonie.

Aussi le seul reproche que nous puissions nous adresser, c'est d'avoir opéré. Mais, dans neuf cas antérieurs, nous avons eu neuf succès, bien que la pneumonie règne en permanence à B... Dans la semaine immédiatement précédente, nous avons opéré une hernie, un varicocèle et pratiqué une castration pour tuberculose testiculaire. Tous ces opérés allaient bien et sont d'ailleurs complètement guéris.

Nous devons dire aussi que ce n'est que dans les jours qui ont suivi l'opération que la pneumonie a sévi avec une réelle intensité sur la garnison de B....

En effet, C... a été opéré le 14 février. Or, sur les 22 cas de pneumonie observés en février, 17 sont entrés à partir du 15. Des cinq autres pneumonies, un était convalescent, et deux seulement étaient à la période d'état. Les deux derniers étaient des gripes qui se sont compliquées ultérieurement de broncho-pneumonie.

* * *

Le point le plus saillant de l'observation que j'ai eu l'honneur de vous lire, c'est l'intervalle de six jours écoulés entre l'opération et le développement d'une complication, ou plutôt d'une maladie absolument indépendante. Il ne saurait être question, par conséquent, de faire jouer un rôle à l'anesthésie qui n'a, d'ailleurs, été pratiquée ni avec l'éther, le plus suspect des agents au point de vue broncho-pulmonaire, ni avec le chloroforme, mais à la cocaïne. Il ne s'agit pas non plus d'un de ces vieillards catarrheux ou emphysémateux chez lesquels s'observent, de préférence, des congestions pulmonaires à la suite d'étranglements herniaires beaucoup plutôt que de cures radicales. Enfin, la septicémie péritonéo-intestinale ne saurait être incriminée, puisqu'on n'en a aperçu aucun signe, ni dans l'évolution symptomatique, ni dans les lésions anatomiques. Or, c'est elle qu'on incrimine surtout, avec raison suivant nous, dans le cas d'accidents pulmonaires succédant à l'étranglement herniaire, opéré ou non, et qui sont, d'ailleurs, toujours plus précoces.

La mortalité générale de la cure radicale qui, dans les premières années, s'élevait au taux exorbitant de 4 à 10 % (Tilanus en 1879, Leisrinck en 1883, Kocher en 1889) est tombée d'abord à 1 ou 2 % en 1890. Déjà, en 1890, Lucas-Championnière, sur 120 cas, ne relevait qu'un seul décès. Aussi l'opération s'est-elle rapidement généralisée. Tout en recommandant aux opérateurs la prudence et les précautions aseptiques minutieuses qui s'imposent, chaque fois que l'on prend le bistouri, il importe de ne pas arrêter ce mouvement. Je regretterais de le voir se ralentir dans l'armée où le chiffre annuel des interventions

de cette nature — qui ne s'élevaient qu'à une centaine vers 1892-93 — a monté graduellement à un millier environ avec un mortalité globale de 3,8 ‰, pendant les trois années 1896-1898, les dernières dont les résultats complets aient été publiés. Il convient, à égard, de ne pas laisser détourner de leur véritable sens des cas malheureux comme celui que je viens de relater. C'est pourquoi je vous serais reconnaissant, Messieurs, de me dire si oui, ou non, la cure radicale subie par le nommé C..... vous paraît avoir joué un rôle quelconque dans l'étiologie de la broncho-pneumonie grippale à laquelle il a succombé, et si je suis en droit de n'en pas tenir compte dans la statistique de mortalité de cette intervention.

M. Ruotte. — J'ai, en ce moment, dans mon service un opéré dont l'histoire, pour être moins tragique, n'en a pas été moins mouvementée.

Opéré, le 14 février 1901, d'une hernie inguinale double il allait bien, lorsque, dans la nuit du 19 au 20 février il fut pris des symptômes d'une pleuro-pneumonie gauche avec température à 39° 4 et dyspnée intense.

Défervescence le 28 février : le matin la température est à 37° 3 ; le soir elle monte à 39° 6 et on constate les signes nets d'une péricardite, frottements et bientôt épanchement ; il y a un accès de dyspnée qui est presque de la suffocation.

Défervescence le 4 mars ; enfin, le 6 mars, phlébite bilatérale des deux saphènes internes.

Aujourd'hui l'apyrexie est complète et les phlébites commencent à disparaître.

Or, du côté de la plaie, il n'y a pas eu la moindre complication ; la paroi était très faible, plusieurs étages de sutures furent pratiquées au catgut ; la peau a été réunie au crin de Florence ; pas un fil n'a rougi la peau, pas un catgut n'a été éliminé, pas un instant la région n'a été sensible. Les crins ont été enlevés, comme d'habitude, le 8^e jour et la cicatrice est absolument linéaire. Il n'est donc pas possible d'incriminer une de ces infections, dites grippales, qu'on observe si fréquemment en cette saison. La conclusion serait d'éviter, à ce moment, les interventions qui ne sont pas absolument urgentes.

M. Vallas. — Ces deux observations ne sauraient être

mises sur le compte de la cure radicale. Elles ne peuvent être comparées aux morts par pneumonie qu'on observe trop souvent après les kélotomies pour étranglement.

Il a pratiqué une centaine de cures radicales sans accident. Aurait-il une mort comme celle que vient de rapporter M. Claudot, qu'il ne la rapporterait pas à l'opération et ne modifierait pas son opinion, car la pneumonie aurait pu venir après l'opération d'un ongle incarné, par exemple, ou même sans avoir été précédée d'aucune intervention. Il n'y a aucun lien, à son avis, entre la mort du malade et l'opération qu'il avait subie.

M. Goullioud a la même opinion. Il a, à ce propos, cherché quelles morts il avait eu par complications pulmonaires après les opérations.

Il lui a semblé que ce sont surtout les opérations sur l'intestin qui les produisent. Elles sont aussi fréquentes chez les cachectiques par lésions intestinales que rares dans les autres opérations. Il serait heureux si on élargissait la question et si on pouvait dire ce que savent à ce sujet les membres de la Société. Tous ses malades, sauf un, ont succombé ; le cas de guérison se rapporte à une femme d'une cinquantaine d'années, ayant un cancer de l'S iliaque. Il pratiqua une entéro-anastomose. Le cinquième jour après, signes de broncho-pneumonie ; huit jours après, défervescence et guérison. Il ne saurait dire pourquoi cette complication a épargné cette malade alors qu'elle a emporté tous ceux de ses opérés qu'elle a atteints.

M. Jaboulay est de l'avis de ses collègues. Le malade n'ayant subi aucun traumatisme intestinal ou épiploïque, n'a pas été endormi, donc aucune cause ne peut avoir, dans l'opération, provoqué cette pneumonie. Répondant à M. Goullioud, il pense que les opérations sur l'intestin donnent de nombreux cas d'accidents graves. Il a eu un cas de gangrène pulmonaire après une opération intestinale et a vu encore, il y a deux jours, un de ses opérés mourir de pleurésie à la suite d'une intervention sur l'intestin. Il croit que ces accidents sont causés par des embolies microbiennes parties des petites plaies occasionnées par le passage des aiguilles à suture. Il se produirait à leur faveur une sorte d'infection générale

dont témoigne la diarrhée qui suit volontiers les opérations de l'estomac ou l'intestin.

M. Vallas croit que ces phénomènes diarrhéiques qui suivent les gastro-entérostomies peuvent être attribués à ce que ces malades ont dans l'estomac des liquides retenus depuis longtemps et, par conséquent, toxiques. Quand la porte est ouverte par le gastro-entérostomie ces matières courent dans l'intestin et produisent, par leur absorption, une cause d'intoxication qui se traduit par des diarrhées et autres accidents semblables.

M. Condamin, comme M. Claudot, croit que les périodes de grippe doivent nous rendre très réservés. Il fit il y a quelques jours, un curetage pour une petite lésion post-puerpérale. La malade eut une vraie pneumonie grippale qui, du reste, guérit bien. On pourrait donc émettre le vœu que les opérations non d'urgence pourraient être reportées à plus tard.

M. Gayet. — Cette question, de si haute gravité, mérite d'être discutée.

M. Claudot remercie les membres de la Société qui ont émis fermement leur avis et pense qu'il y a grand intérêt à s'abstenir d'opérer quand on craint les complications pulmonaires.

M. Jaboulay. — Les épidémies de grippe ne sont pas très terribles; dans son service, il a eu un seul cas de pneumonie, qui a guéri, depuis le commencement de l'hiver, et il ne croit pas que les rigueurs de la température soient une raison suffisante pour ne faire que pendant l'été les opérations chirurgicales.

* * *

RÉTRACTION DES TENDONS FLÉCHISSEURS DES DOIGTS

M. Vallas présente de nouveau le malade qu'il a déjà montré à deux reprises à la Société. Le résultat obtenu est aujourd'hui très satisfaisant.

Séance du 21 mars 1901. — Présidence de M. GAYET

M. Durand donne lecture du procès-verbal.
Le procès-verbal est adopté.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL SUR LA LÈPRE

M. Vallas a eu, récemment, lors d'une mission qu'il vient de remplir en Syrie, l'occasion de voir beaucoup de lépreux, particulièrement dans la léproserie de Siloé. Il a vu surtout des lèpres mutilantes. L'entrée de Jérusalem leur est interdite, mais ils se promènent dans la campagne, où on peut les voir à son aise.

A Scutari il en a vu aussi un grand nombre. La contagion ne fait aucun doute pour les médecins et, cependant, à Constantinople, on croit volontiers que la lèpre n'est pas contagieuse.

Les lépreux ont même le droit de prendre avec eux des femmes et de les loger dans la léproserie. Ils choisissent leurs compagnes parmi les pauvresses de Constantinople, à qui la misère fait accepter volontiers ces compagnons repoussants. On en peut voir même de jolies. M. Vallas a pu en voir qui vivaient dans la léproserie, sans traces de contagion, depuis plusieurs années et mères d'enfants ayant des lépreux pour père. Elles avaient donc vécu avec les lépreux dans la plus grande intimité, sans subir les atteintes de la terrible maladie.

Ces faits, très courants en Orient, atténuent singulièrement l'opinion qu'on peut avoir théoriquement de la contagion de la lèpre.

M. Vallas n'a pas examiné sérieusement beaucoup de malades dans les léproseries qu'il a visitées, mais ce qu'il a vu lui paraît bien être de la lèpre soit dans les formes tuberculeuses, soit dans les formes mutilantes. Mais, il n'a pas cherché à regarder s'il y avait, égarés parmi les lépreux, quelques syphilitiques ou quelques lupus il ne saurait avoir d'opinion à ce sujet.

M. Gayet, à Damas, a vu une jeune femme, manifestement atteinte de lupus facial et qu'il rencontra, le matin, dans une léproserie et, le soir, dans un café. Zambacco-Pacha a bien décrit, du reste, ces lépreux ambulants.

M. Horand. — Un collègue et ami a dit qu'à Siloé il y a beaucoup de malades considérés à tort comme lépreux et atteints simplement de lupus ou de siphilides destructives; le diagnostic des lésions dermatologiques

en Palestine est forcément rudimentaire et ces erreurs de diagnostic pourraient expliquer bien des faits de non transmissibilité de la lèpre.

La contagion, d'autre part, n'est pas absolument démontrée et il ne suffit pas, pour l'admettre, des connaissances aujourd'hui acquises sur le bacille de Hensen.

La lèpre n'est certainement pas contagieuse comme beaucoup d'autres maladies, la syphilis par exemple. Si elle l'est, elle ne l'est que très peu.

Il demande si M. Gayet a opéré cette malade et s'il a vu la lésion d'atrophie choroïdienne signalée dernièrement par Galezowski.

M. Gayet a opéré sa malade et, par un fait extraordinaire, cette énucléation a amené la mort.

Il a fait environ 4,000 énucléations et n'a eu par elles, avant ce cas, que deux fois des accidents mortels.

La première fois il s'agissait d'une femme syphilitique et cachectique ayant un phlegmon de l'œil.

Dans le second cas, la mort survint chez un brightique cachectique avec phlegmon oculaire.

Après l'énucléation la mort est causée par des infections cérébrales propagées par les gaines du nerf optique et ces accidents ne surviennent que chez des cachectiques très avancés.

Il a donc pu faire l'autopsie et en présente les pièces. Il a pu observer des tuméfactions assez considérables des tissus nerveux, des deux cubitaux surtout. Il rendra compte des recherches anatomo-pathologiques et bactériologique qui seront faites sur ces pièces.

Il montre, en outre, un œil qu'il possède depuis longtemps et qu'il rapporte à la lèpre, depuis que M. Meyer lui a permis de se rendre compte, par l'envoi d'une pièce, de certaines lésions lépreuses.

* * *

COMPLICATIONS PULMONAIRES CONSÉCUTIVES AUX OPÉRATIONS

M. Nové-Josserand. — Puisqu'on a posé la question de relations de la grippe avec les interventions, je veux analyser quatre cas de gripes graves que j'ai eues

dans mon service ces jours-ci. Je remarque, d'abord, qu'il n'y a eu aucun cas dans la salle des garçons où, cependant, les opérations sont beaucoup plus nombreuses. Dans la salle des filles, sur quatre cas, un seul était post-opératoire et encore l'intervention, réduction d'une luxation congénitale de la hanche, remontait déjà à plus huit jours.

Il ne me semble donc pas possible d'admettre que l'anesthésie, ou l'acte préparatoire, constitue une prédisposition véritable à la grippe. Je mets à part, bien entendu, les relations connues de la broncho-pneumonie avec les opérations abdominales, ou celles portant sur certains organes du cou, particulièrement le corps thyroïde.

M. Ruotte a pu observer de près un certain nombre de complications pulmonaires après des opérations aseptiques, n'ayant donné aucun phénomène inquiétant du côté de la plaie.

Il croit que l'intervention, grâce surtout à l'anesthésie, aux lavages, etc., peut révéler une grippe récente. Il a pu voir des températures atteignant 40°, puis revenir à la normale sans que la plaie opératoire ait été infectée.

* * *

CÛRE RADICALE DES HERNIES CRURALES

M. Vallas a fait de très nombreuses cures radicales de hernies inguinales et s'en tient aux préceptes de Lucas-Championnière. Pour les crurales la question est tout autre. L'anneau crural est un orifice inextensible très difficile à obturer. Or, il est arrivé à la conception suivante : l'obturation des orifices fibreux importe peu et est impossible, ce qui importe c'est de fermer le chemin qu'emprunte l'intestin pour faire hernie. Ce principe posé, il l'a appliqué aux hernies crurales comme aux inguinales.

L'étude des procédés proposés par les auteurs est très longue. La plupart sont comme hypnotisés par l'idée de fermer l'anneau. Les uns ont eu recours à la prothèse et ont eu recours à un corps étranger qui s'est rapidement déplacé ou résorbé, non sans avoir parfois présenté d'autres inconvénients.

Quelques-uns ont emprunté la lame obturative aux tissus voisins. On a tenté d'amener ainsi l'aponévrose du pectiné ; on la déchire et la fixe mal ; ce procédé est illusoire. On a cherché à prendre des masses plus épaisses, lambeaux musculaires ou musculo-périostiques.

Tous arrivent au même résultat et le lambeau dégénère et devient un nodule cicatriciel. Je prétends que ce nodule gardera très mal l'orifice dont on lui a confié la fermeture. D'une manière générale, on ne fait rien de bon ni de durable avec le tissu de cicatrice.

Delagenière a pensé obturer l'orifice en effondrant une paroi rigide, l'arcade crurale, par un procédé analogue à l'opération de Gayet Estlander, qui fait effondrer la paroi thoracique pour obturer la cavité pleurale. De tous, celui-ci me semble le plus défectueux, car non seulement il n'obture pas l'orifice, mais il l'élargit et peut amener une éventration.

Donc, dans l'état actuel de nos connaissances, il faut renoncer à chercher l'obturation de l'orifice crural, obturation qui est actuellement impossible et qui, de plus, me paraît complètement inutile.

Si on ne s'occupe plus de l'anneau, que doit-on faire ? Simplement détruire le sac le plus haut possible. Cela est très rationnel et cela n'est pas nouveau. Mais, pour le faire complètement, Tuffier a proposé d'aborder le collet par une laparotomie sus-crutale. Ce procédé m'a paru le plus rationnel et je l'emploie depuis longtemps déjà ; mais, alors que Tuffier n'abandonne pas l'idée d'obturer l'anneau, ce qu'il cherche à faire en abordant le canal par sa face interne, je renonce à toute préoccupation de cet ordre.

N'y a-t-il pas un danger, du reste, à mettre des points de suture au voisinage immédiat de la veine crurale, et n'a-t-on pas publié quelques cas de mort par piqûre de cet énorme canal si mal protégé en cet endroit ?

Je fais une incision *inguinale* de 5 à 6 cent. Réclinant le péritoine, j'arrive sur le collet que j'isole et soulève sur le doigt. Si le sac renferme de l'intestin, je le réduis, puis, pédiculisant du haut le collet, je le lie. Par la méthode ordinaire, on lie aussi haut *qu'on peut*, ici, je lie aussi haut que *je veux* et je n'ai plus qu'à refaire la paroi abdominale. S'il y a, dans le sac, de l'épiploon

adhérent, je m'en débarrasse de la façon suivante : j'ouvre le sac par son collet ; je pédiculise l'épiploon dans le ventre et le lie à ce niveau. Cet épiploon se réduit dans le péritoine après qu'il a été sectionné au-dessous de la ligature. J'extirpe alors le sac et son contenu par une très petite incision faite dans le triangle de Scarpa sur le sac.

J'emploie ce procédé parce que la seule chose que nous puissions faire, c'est de réséquer très haut le sac et que cette voie me permet de le réséquer très haut. Le reste est illusoire, et j'ai renoncé à m'en préoccuper.

Ces conclusions ne seraient que théoriques, mais je puis les appuyer sur six cas déjà anciens. C'est en décembre 1899 qu'ils ont été opérés : quatre ont été revus récemment sans bandage et sans récurrence.

Le cinquième a une récurrence. Il avait eu un petit abcès qui avait nécessité l'ablation du fil de ligature. Je crois devoir dire, à ce propos, que les cicatrices de suppurations donnent de mauvaises parois. Quelques chirurgiens ne voient pas d'un trop mauvais œil la suppuration, pensant qu'elle donnera de la solidité à la paroi. Le tissu fibreux ne fait jamais rien de bon ; rétractile, la plupart du temps, il déforme les cicatrices. Dans la paroi abdominale soumise à la poussée continue de la masse intestinale, il se laisse distendre et donne des éventrations après les laparotomies, des récurrences après les cures de hernies.

Le sixième malade n'a pas été retrouvé.

Tels sont les résultats que j'ai obtenus. Ils me paraissent suffisamment probants pour être rapportés ici et pour me permettre de persévérer dans la conduite que j'ai adoptée.

M. Ruotte croit qu'il faut ménager l'arcade et éviter de passer des fils dans cette corde, assez peu résistante au fond, qui s'éraïlle très facilement sous l'aiguille.

Quand on pratique la cure par le procédé de Berger, on la déchire et on a des effondrements. Ménager l'arcade est donc le premier souci qui doit préoccuper le chirurgien.

M. Goullioud a eu recours, plusieurs fois, au procédé de Delagenière et s'en est toujours bien trouvé. Si la paroi abdominale est un peu solide après la section de l'arcade,

on peut bien fermer l'anneau. D'autre part, on a, par ce procédé, un très grand jour quand on veut procéder à la résection du sac.

M. Durand n'a jamais employé le procédé de Delagenière parce qu'il se rappelle une malade chez laquelle une kélotomie difficile avait amené l'opérateur à sectionner l'arcade comme le propose Delagenière. Quelques mois après cette femme revint avec une récurrence de sa hernie, qui avait pris les proportions d'une véritable éventration.

M. Goullioud ne fait qu'un très petit débridement de l'arcade et ne pense pas que cette section puisse donner lieu à une éventration.

M. Vallas n'a pas d'expérience du Delagenière, mais, certains incidents l'ayant obligé à débrider largement, il a vu des récurrences très gênantes.

Il est persuadé que l'obturation de l'orifice est inutile cela même dans la hernie inguinale et il ne se préoccupe plus du tout de restaurer le canal, comme l'a proposé Bassini; il vise surtout à ne laisser aucune amorce péritonéale et à obtenir une réunion *per primam*.

M. Gangolphe n'emploie pas non plus autre chose que le Lucas-Championnière. Il a eu l'occasion de voir opérer ce chirurgien, et a été très frappé des soins qu'il mettait à dénuder son sac. Il a suivi cette méthode et n'a jamais fait le Bassini. Cette méthode ne lui a donné que satisfaction.

Quand on lui demande son avis sur l'opportunité de la cure opératoire d'une hernie crurale, il est très réservé et la conseille moins formellement que s'il s'agissait d'une inguinale. Il fait toujours des réserves sur la possibilité de la récurrence, bien qu'il ait vu après la simple résection du sac, de véritables guérisons. Chez certaines femmes maigres à *salières* inguinales, on ferait passer par l'anneau crural tout ce que l'on voudrait et il ne faut pas espérer fermer ce passage quel que puisse être le procédé qu'on emploie et le soin qu'on mette à le mener à bien.

**CURE DE L'EXSTROPHIE VÉSICALE PAR LE PROCÉDÉ
DE MAYDL**

M. Nové-Josserand donne des renseignements sur une exstrophie vésicale il y a deux ans.

Ce petit malade a échappé à la pyélo-néphrite complication ordinaire de ces abouchements uretéro-rectaux. Il garde ses urines de une à deux heures ce qui est déjà beaucoup. Il éprouve la sensation du besoin d'uriner. Il est ordinairement continent, mais mouille un peu son linge, quand il fait un effort, tousse, etc.

On peut donc dire, actuellement, que ce malade a échappé aux graves complications septiques de l'intervention subie et en a retiré un très grand bénéfice fonctionnel.

Séance du 28 mars 1901. — Présidence de M. GAYET.

M. Durand donne lecture du procès-verbal de la séance précédente. Il est adopté.

**UN CAS D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE POUR CANCER DU
COL UTÉRIN**

M. Goullioud. — Le cancer du col utérin que j'ai l'honneur de vous présenter, a été enlevé par l'hystérectomie abdominale, à cause de l'étroitesse exceptionnelle du vagin et de l'impossibilité de faire l'hystérectomie par les voies naturelles.

La malade est une religieuse de 54 ans, sans passé utérin, qui n'avait plus ses règles depuis sept ans, quand, il y a quatre mois, elle vit apparaître, sans douleurs, des pertes rosées continues qui l'ont effrayée et décidée à consulter.

En cherchant à faire le toucher vaginal j'ai d'abord rencontré un anneau hyménéal très résistant. Après son effraction, j'ai pénétré avec peine dans un long canal

vaginal, rétracté qui ne laisse pénétrer l'index qu'à mesure que celui-ci élargit le canal. Ce canal est particulièrement long, et le doigt n'arrive qu'à sentir la partie la plus saillante d'un fungus de consistance molle, sans pouvoir atteindre sa base et préciser les limites de son insertion. Mais le toucher rectal permet de reconnaître qu'il n'y a pas d'infiltration des ligaments larges, ni les ligaments utéro-sacrés. Bref, le début récent des pertes, le bon état général de la malade, l'absence de douleurs les renseignements du toucher permettent de conclure à des lésions encore assez peu développées pour qu'on puisse en faire l'ablation. La voie abdominale s'impose. Car elle se présente, dans ce cas, comme plus facile, plus sûre qu'une hystérectomie à travers un vagin atrophié, même largement débridé sur toute sa hauteur et de chaque côté. L'embonpoint de la paroi abdominale ne permet que difficilement d'atteindre le corps de l'utérus qui n'est pas augmenté de volume.

Opération le 22 mars 1901.

La malade dans la position de Trendelenburg et les anses intestinales bien réclinées et protégées, je commence par la ligature des deux hypogastriques ; celle-ci est facile et demande quatre à cinq minutes d'un côté et trois de l'autre côté. Pour cette ligature, je recherche la bifurcation du tronc de l'iliaque primitive ; je sectionne le péritoine à son niveau, en rejetant l'uretère en dehors. La bifurcation de l'iliaque primitive dénudée, on lie la branche interne de bifurcation, en s'assurant que les battements persistent dans la branche externe. On est ainsi sûr de ne pas se tromper. Cette ligature est faite au catgut de Repin fort, ainsi que les suivantes.

Section des ligaments larges en dehors des annexes et ligature des ligaments renfermant les utéro-ovariennes.

Les utérines sont ensuite isolées et liées. On sectionne l'utérine gauche avant de la pincer, pour voir l'effet de la ligature de l'hypogastrique. Du sang veineux s'échappe de la veine, mais pas de jet artériel. On lie les utérines par crainte d'un rétablissement trop prompt de la circulation par les collatérales.

Décollement très bas du vagin pour dépasser largement

en bas les limites de la tumeur. Le vagin, bien isolé, je mets sur lui profondément, au-delà de la saillie de la tumeur, une pince-longue à très courbe, à angle droit, faite dans ce but, et je sectionne au-delà le vagin au thermo-cautère. L'utérus et la partie supérieure du vagin bien fermée par la pince, se détachent et sont enlevées sans qu'une parcelle de la tumeur ou une goutte de liquide suspect ait pu tomber sur le champ opératoire, grâce à cette précaution.

Aucune ligature n'a été faite, aucune pince mise sur les artères vaginales, vésicales ou autres. Grâce à la ligature des hypogastriques, aucune artériole ne donne du sang.

On n'a aperçu aucun ganglion en liant les hypogastriques et les utérines.

Drainage du petit bassin par une petite mèche de gaze iodoformée qui sort dans le vagin.

Suture complète de la paroi abdominale.

Les suites opératoires ont été aussi simples que celles d'une ovariectomie.

La mèche vagino-péritonéale et les fils sont enlevés le 10^e jour.

Pièces. — La pièce en main, et avant d'enlever la pince qui ferme la partie réséquée du vagin, on remarque qu'elle a la forme d'un sablier séparé par l'isthme utérin. La moitié qui correspond au corps est plus petite que la moitié correspondant au col et à la tumeur incluse dans le vagin.

Le vagin, rétracté sur la plus grande partie de son étendue, est dilaté en ampoule au niveau de sa paroi latérale droite et le néoplasme est logé dans cette dilatation. Le néoplasme apparaît comme un épithélioma né à la jonction du col et du vagin, du volume d'une amande, manifestement récent et peu étendu, mais indiscutable.

La partie réséquée du vagin dépasse de deux centimètres au moins l'extrémité inférieure de la tumeur. On a donc fait une exérèse très large de celle-ci.

Remarques. — Cette observation est une exception à la règle que nous indiquions dernièrement : que le cancer du col ne se voit pas chez les femmes vierges.

Il n'y a pas à s'étonner de cette immunité, car on sait

que toutes les lésions irritatives, anciennes et chroniques, sont un appel aux dégénérescences malignes. Dührsen a beaucoup insisté sur le rôle prédisposant de la métrite cervicale. Chez les vierges, le col n'a subi ni traumatisme, ni infection. Chez la femme âgée, le cancer reprend un peu ses droits et nous avons vu chez une autre religieuse un cancer du corps utérin.

Avec des lésions si peu avancées, toutes les voies d'accès sont bonnes, qu'il s'agisse de la voie abdominale ou de la voie vaginale. La précocité de l'intervention est tout. Ce cas est, à ce point de vue, des plus favorables.

Si nous l'avons attaqué par la voie abdominale, c'est à cause de l'étroitesse et de la longueur du vagin, et non pas que nous abandonnions l'hystérectomie vaginale pour l'hystérectomie abdominale. Dans ce cas, l'opération a été facile et correcte ; mais, dans les cas avancés, où l'on hésite sur la possibilité de l'ablation, l'opération doit devenir singulièrement plus difficile par la voie abdominale que par le vagin, et si l'on doit se retirer après avoir constaté des adhérences vésicales, le danger de l'opération inachevée est aussi plus grave.

Quant à la question si importante des ganglions, nous regrettons un peu de n'avoir pas fait un évidement du tissu cellulaire qui suit les artères. N'ayant pas aperçu de ganglions en dénudant les artères hypogastriques et utérines, nous nous en sommes tenu là.

Nous désirons, enfin, insister sur quelques détails du procédé opératoire suivi.

Pourquoi, d'abord, recourir à la ligature des hypogastriques ? Ce n'est pas que l'hémostase soit difficile après l'hystérectomie abdominale, c'est au nom de l'asepsie opératoire que nous faisons ces ligatures, pour n'avoir plus à faire aucune hémostase après l'ouverture du vagin, alors que celui-ci est occupé par un néoplasme et que, par suite, le petit bassin ne peut plus être considéré comme un champ opératoire sûrement aseptique.

La ligature de l'hypogastrique est, d'ailleurs, si facile, si innocente, si rapide. La bifurcation du tronc de l'iliaque primitive est un point de repère vite trouvé ; l'artère, plus superficielle que les veines, est en quelques instants

isolée et liée. Dernièrement, notre interne, M. Gaillardon, faisait sa thèse sur la ligature de l'hypogastrique en gynécologie, et c'est bien cette indication d'hémostase préventive qui nous semble la plus importante.

C'est après la ligature des hypogastriques et avant d'ouvrir le vagin, que nous nous proposerions, à l'avenir, de rechercher les ganglions atteints de dégénérescence.

Enfin nous avons eu recours encore à une précaution nouvelle, celle de fermer le vagin avec une pince du côté de la tumeur pour enlever celle-ci sans qu'une parcelle de tissu cancéreux, ou sans qu'une goutte de liquide suspect puisse s'écouler sur le champ opératoire. Les compresses peuvent, sans doute, le parfaitement protéger, mais la précaution que nous avons conseillée, est réalisable et utile ; elle oblige même à faire une large exérèse du vagin.

Nous avons jadis conseillé la section du vagin entre deux pinces parallèles, le fermant tant du côté de la vulve que du côté de l'utérus. Celle-ci est la plus utile, et la manœuvre se trouve considérablement facilitée par l'emploi d'une seule pince. Nous avons pu nous dispenser ainsi de tout curettage préalable de la tumeur qui eût été ici aveugle, difficile et illusoire.

Nous nous proposons d'opérer, à l'avenir, par la voie abdominale les cas favorables, faciles pour cette méthode, et à réserver pour l'hystérectomie vaginale ceux où des lésions plus diffuses, des adhérences possibles à la vessie, nous feront craindre de ne pouvoir enlever facilement tout le mal.

* * *

**ARTHROPATHIE NERVEUSE.
ATHRITE TRAPÉZO-MÉTACARPIENNE DU POUCE
AU COURS D'UNE LÉSION DES RACINES RACHIDIENNES.**

M. Durand. — L'ordre du jour de notre séance appelant une communication sur certaines arthrites nerveuses, je crois devoir vous présenter l'observation d'une malade que j'ai pu examiner, ce matin même, dans le service de mon maître, M. M. Pollosson que j'ai l'hon-

neur de suppléer, en ce moment, dans son service de l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'une jeune fille qui n'a pu rester à Lyon jusqu'à ce soir pour vous être présentée, ainsi que je l'aurais désiré. Elle est atteinte, dans son articulation trapézo-métacarpienne du pouce gauche, d'une athro-pathie qui a abouti à une dislocation de cette articulation. Cette lésion, bien que consécutive à un traumatisme, me paraît devoir être rattachée à une affection de ses racines rachidiennes supérieures.

La malade est une jeune fille qui, âgée cependant de 25 ans, a plutôt l'air d'une fillette: elle est petite, mince, et de visage extrêmement juvénile. Le seul antécédent pathologique intéressant qu'on relève dans son interrogatoire, c'est une série de poussées de rhumatisme articulaire qui ont envahi successivement différentes articulations des membres, le poignet du côté actuellement malade en particulier, mais a laissé intacte l'articulation trapézo-métacarpienne. Ce rhumatisme, survenu il y a quelques trois ans, n'a présenté qu'un faible degré d'acuité, mais, fait qui me semble de première importance, s'est accompagné de douleurs assez violentes dans la partie supérieure de la colonne vertébrale. A la suite de ces lésions articulaires multipliées, la malade remarqua que la force de son bras gauche diminuait et que ce membre subissait une notable atrophie de ses parties molles.

Il y a huit mois, la jeune fille étant assise par terre, faillit tomber sur le côté gauche, elle se retint sur la main, et le pouce, de ce fait, porta contre le sol et fut un peu contusionné. C'est à partir de ce traumatisme, qui ne saurait avoir été bien grave, étant données les conditions dans laquelle il s'est produit, que s'est développée la lésion pour laquelle elle vient consulter. Aux conséquences immédiates, si légères qu'on peut à peine les classer parmi les entorses, à ce choc insignifiant ont, en effet, succédé des phénomènes qui préoccupent fort la malade. Elle a vu se manifester et s'accroître peu à peu une laxité toute spéciale de son articulation, et les choses sont arrivées à un tel point que la malade ne peut tenter un mouvement de son pouce sans lui faire subir un déplacement qui peut passer pour une véritable

luxation carpo-métacarpienne. Les mouvements ainsi compromis n'ont aucune force et la gêne fonctionnelle est considérable.

Si on examine ce pouce, on constate qu'à l'état de repos il n'y a aucune modification bien appréciable, pas de rougeur, pas de déformation, pas de tuméfaction. Quand la malade fait un mouvement de flexion-adduction, on voit la partie supérieure du métacarpien se luxer en arrière et soulever les parties molles au-dessus du plan dorsal du trapèze ; on a ainsi une véritable luxation en arrière, ou plutôt une subluxation, car les deux os ne chevauchent pas et restent en contact par une petite portion de leurs surfaces articulaires. Ils ne reviennent pas spontanément à leur place normale quand cesse le mouvement qui la leur a fait quitter, mais une légère poussée de l'autre main suffit à tout remettre en ordre. Ces phénomènes, qui s'accompagnent de légers craquements, ne provoquent aucune douleur. Si, après avoir assisté à la production spontanée de la subluxation, on essaie de la faire naître soi-même, on voit que rien n'est plus facile et que l'articulation a acquis une extrême laxité dans le sens antéro-postérieur. Le métacarpien, saisi par la main de l'explorateur, est très facilement reporté en arrière. En avant, on ne produit qu'un déplacement à peine marqué et, latéralement, les mouvements anormaux, bien qu'ils existent, sont assez peu considérables. On ne trouve guère d'autre signe articulaire ; en frottant l'une contre l'autre les deux surfaces articulaires, on voit qu'elles ne sont pas extrêmement altérées et que les craquements ainsi produits sont relativement peu intenses, moins que ne le ferait supposer l'étendue apparente de la dislocation articulaire.

La radiographie de cette articulation ne nous a pas révélé de modification bien manifeste dans les formes extérieures des os en présence, peut-être le métacarpien est-il un peu plus court que normalement. La texture des os, au contraire, est changée ; le trapèze et le métacarpien sont plus transparents aux rayons X que des os normaux et ont subi une évidente raréfaction, mais, fait bien en rapport avec le peu de craquements observé, les surfaces articulaires apparaissent avec une grande netteté.

On voit que les symptômes répétés du côté de la région malade se bornent, cliniquement, à de la laxité articulaire permettant une subluxation en arrière et, radiographiquement, à de la raréfaction des os en présence. Ce serait peu pour faire un diagnostic et on serait probablement assez embarrassé si l'examen de la région brachiale et cervicale ne décelait des troubles nerveux graves. Cet examen a été pratiqué par M. Barjon, chef de clinique médicale à la Faculté, et voici ce qu'il a révélé.

On peut grouper sous trois chefs les symptômes observés : amyotrophies, anesthésies, troubles oculaires.

Amyotrophie. Tous les muscles du membre supérieur sont en état d'atrophie, mais cette lésion est inégalement répartie sur les différents groupes musculaires. On est frappé, par exemple, de la disparition presque complète des muscles thénars et hypothénars et de l'aspect classique de « main de singe » qu'affecte l'extrémité. Le deltoïde, au contraire, est à peine touché. Si on y regarde de près, on ne tarde pas à se convaincre que si tous les muscles sont atteints, ceux qui le sont le moins ont une systématisation très nette et que ce sont ceux qu'innervent la partie supérieure du plexus brachial, c'est-à-dire les muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur et long supinateur. Les muscles qui sont le plus frappés sont au contraire, ceux dont la paralysie est connue sous le nom de « paralysie radiculaire du type inférieur du plexus brachial ». Cette constatation est corroborée, d'ailleurs, par la présence des troubles oculaires caractéristiques de cette paralysie. Mais je dois insister encore sur ce point que la paralysie radiculaire inférieure n'est pas typique, puisque le groupe des racines supérieures n'est pas indemne de toute lésion, loin de là. L'étude des troubles sensitifs va nous montrer, du reste, que l'affection nerveuse n'est pas bornée aux racines du plexus brachial, mais le dépasse en haut et en bas.

Il faut noter, du reste, que les muscles du cou ne sont pas indemnes, et que les plus superficiels : sterno-cleido-mastoïdien et trapèze, ont une diminution d'épaisseur et de consistance assez accentuée. Le peu de force des

muscles de la moitié gauche de la région cervicale fait supposer que les masses contractiles profondes sont également en partie atrophiées.

Troubles sensitifs. — L'exploration de la sensibilité révèle une diminution considérable de la sensibilité cutanée sous ses trois formes, au contact, à la température, à la douleur. On n'a pas, à proprement parler, une disparition de la sensibilité, pas plus, du reste, que nous n'avons trouvé de disparition totale de la contractilité musculaire. La perception des contacts est non absolument éteinte mais extrêmement diminuée. La zone anesthésiée est parfaitement limitée et la frontière est nette entre ce territoire et les parties voisines normalement innervées.

Cette frontière, tant en avant qu'en arrière, occupe exactement la ligne médiane. En bas, elle passe à la limite qui sépare les territoires des 5^e et 6^e nerfs intercostaux. En haut, sa distribution est très curieuse : à la partie antérieure, elle occupe le point où viennent se toucher les territoires du plexus cervical superficiel qui est anesthésié et celui du trijumeau qui ne présente aucune atteinte ; en arrière, elle passe en dessous des parties qu'innerve le plexus sous-occipital.

Les nerfs cervicaux sont donc atteints dans toutes leurs branches antérieures, mais leurs deux premières branches postérieures sont, au contraire, respectées. Il en résulte que, à l'exception des deux nerfs sous-occipitaux, toutes les branches nerveuses qui sortent du rachis, entre l'occipital et la 5^e côte, ont vu disparaître, du côté gauche, leurs fonctions sensitives, car, membre supérieur, thorax, tout est frappé entre ces limites.

Troubles oculaires. — Les manifestations oculaires sont celles, si caractéristiques, de la paralysie du sympathique cervical : léger ptosis, diminution de la fente palpébrale, myosis, rétropulsion du globe oculaire. Ces phénomènes sont exactement ceux qu'on note classiquement dans les paralysies du plexus brachial du type inférieur (Klumpke).

Nous ne saurions discuter, en face de ces phénomènes complexes, la nature même de cette lésion nerveuse, mais on peut bien admettre qu'il s'agit d'une paralysie

radiculaire très étendue et dépassant largement en haut et en bas les limites du plexus brachial.

Cette lésion doit probablement être rattachée aux poussées rhumatismales qu'a accusées la malade, mais il est impossible de savoir si la lésion nerveuse a été primitive, ou si elle n'a pas eu pour cause une lésion de polyarthrite vertébrale. Quoi qu'il en soit, il ne saurait y avoir de doute sur la nature nerveuse des accidents articulaires carpo-métacarpiens qui préoccupent la malade, car leur symptomatologie est telle que l'idée ne peut venir d'en faire une lésion purement traumatique.

Le pronostic de cette dislocation commençante doit donc être réservé et le traitement ne peut qu'être médical et viser la lésion nerveuse.

C'est pourquoi, malgré les désirs de la jeune fille et de sa famille, qui ne voient que les troubles articulaires, j'ai refusé de diriger contre eux toute tentative chirurgicale, et je me suis borné à prescrire un traitement médical dans l'efficacité duquel, du reste, je n'ai pas une confiance exagérée.

* * *

ABUS DES PANSEMENTS HUMIDES ET DES BAINS RÉPÉTÉS DANS LES LÉSIONS INFECTIEUSES DES MEMBRES.

M. Vallas. — Les petites lésions infectées des membres, surtout du membre supérieur, telles que furoncles, abcès, panaris, plaies suppurantes, etc., sont souvent traitées, à l'heure actuelle par les bains continus. Ce traitement est simple, commode, ; aussi les médecins l'ont accepté avec enthousiasme. J'ai vu, dans mon service, un très grand nombre de cas de ce genre. Je ne nie pas l'efficacité de cette méthode thérapeutique. Elle présente, cependant, des inconvénients, et je ne serais pas éloigné de dire que ces inconvénients sont plus grands que les avantages qu'on peut en retirer.

Les séances de balnéation nettoient la région malade et ses environs. Chez les sujets soignés à l'hôpital, qui ont souvent la crainte et l'horreur de l'eau, c'est une bonne précaution à prendre que d'effectuer le nettoyage pour

éviter les infections secondaires souvent plus graves que la primitive. Il est bon de remarquer qu'une seule séance suffit à remplir cette indication.

Les bains et les pansements humides ont encore l'avantage de calmer les douleurs. Cet effet sédatif ne peut être nié, mais je ferais remarquer que le cataplasme qui peut fort bien être rendu antiseptique, remplit cette indication aussi bien, sinon mieux, que le pansement humide. La chaleur humide agit mieux en ce sens que l'eau froide.

Désinfection de la région, sédation de la douleur, tels sont donc les avantages de la méthode. Malheureusement il y a une ombre à ce tableau.

En premier lieu, je reproche aux bains et aux pansements humides de provoquer et d'entretenir des dermites toujours désagréables, parfois dangereuses.

Combien d'érythèmes, d'eczémas sont la conséquence de ces bains antiseptiques, répétés tous les jours. Pour mon compte, j'en ai vu un grand nombre et pas un chirurgien ne me contredira. Je viens même d'observer un cas plus grave. Il y a quelques jours, un malade est entré dans mon service pour une gangrène de la peau du dos de la main. Cette gangrène avait été occasionnée par des bains phéniqués quotidiens auxquels on l'avait soumis pour une plaie infectieuse de la main.

La principale objection que je fais à cette méthode, c'est d'entretenir le médecin dans une fausse sécurité. On croit avoir fait le nécessaire en mettant le malade dans l'eau, et on laisse l'infection gagner les plans profonds et faire des ravages considérables. Un malade présentait une lésion infectée de la seconde phalange du pouce ; il fut soumis aux bains répétés et aux pansements humides. Or, il est entré, avant-hier, dans mon service, et j'ai constaté chez lui : 1° un panaris de la gaine du pouce ; 2° un phlegmon profond des gaines de l'avant-bras ; 3° un panaris de la gaine du petit doigt par retour de l'infection. Ces cas sont fréquents et, si je rappelle ces faits devant vous, c'est qu'il ne faudrait pas croire que le bain antiseptique suffit dans ces lésions des doigts. L'incision précoce des abcès collectés est le véritable traitement chirurgical à employer. Il est de vieux préceptes qu'il est parfois bon de rappeler.

M. Ruotte. — Je suis absolument de l'avis de M. Vallas, en ce qui concerne la balnéation et le pansement humide : depuis deux ans j'y ai renoncé d'une façon absolue dans mon service, aussi bien pour les plaies, infectées que pour les lymphangites et les phlegmons. Dans les plaies je fais un lavage très rigoureux, à chaud, de la plaie et de tout le pourtour et j'applique un pansement sec.

Dans les infections non encore suppurées, je fais le nettoyage de la peau et emballe le membre dans un pansement sec stérilisé ; les résultats sont beaucoup meilleurs qu'avec les pansements humides, les douleurs diminuent rapidement, il n'y a pas de macération cutanée, et l'infection rétrocede rapidement s'il en est encore temps. Au cas où la suppuration se produit, j'incise et sans lavages, remets de suite un pansement stérilisé sec.

M. Condamin, tout en partageant les idées de M. Vallas sur les abus des grands bains dans les plaies des doigts, ne croit pas qu'il faille les abandonner pour des interventions hâtives, mais plutôt les combiner avec elles. Les incisions précoces, en effet, ne suffisent pas toujours pour enrayer complètement les infections de la nature de celles dont il vient d'être question. Un fait récent et, malheureusement, dans le monde médical, a bien prouvé que, parfois, des incisions aussi précoces que possibles et pratiquées à la moindre trace de tuméfaction, n'empêchent pas toujours l'infection de se propager et de s'étendre assez loin du point de départ.

Séance du 18 avril 1901. — Présidence de M. GAYET.

M. Durand lit le procès verbal de la séance du 28 mars 1901.

Le procès verbal est adopté.

M. le président donne lecture d'une lettre de M. Jacob répétiteur à l'École du Service de Santé militaire, et chi-

rurgien de l'hôpital Desgenettes, qui demande à faire partie de la Société à titre de membre correspondant.

M. Jacob, conformément au règlement, est nommé membre correspondant de la Société de Chirurgie.

OSTÉO-ARTHROPATHIE D'ORIGINE MÉDULLAIRE ET TUBERCULOSE. — NOTES SUR LES OSTÉO-ARTHROPATHIES SYRINGOMYÉLIQUES.

M. Gangolphe. — J'ai l'honneur de vous communiquer, avec quelques détails, une observation que j'avais sommairement énoncée devant vous. Après avoir mis en relief les points discutables et intéressants qu'elle nous offre, je ferai connaître les résultats auxquels est arrivé M. Hitoff dans les recherches bibliographiques entreprises à mon instigation.

Voici, tout d'abord, la relation du fait que j'ai observé; cette relation, pour la première partie, est due à MM. Pauly et Pouly et a été publiée dans la *Revue de Médecine* (décembre 1900), au point de vue des crises gastriques dans la syringomyélie. La seconde partie a été recueillie dans mon service.

OSTÉO-ARTHROPATHIE DU PIED DROIT D'ORIGINE MÉDULLAIRE. — DÉSARTICULATION TIBIO-TARSIENNE PAR LA MÉTHODE D'OLLIER. — LÉSIONS HISTOLOGIQUES TUBERCULEUSES DES PARTIES MOLLES.

F..., Louis, 40 ans, tapissier. Parents morts âgés. Bronchite en 1881, ayant duré trois mois; pas d'hémoptysie.

1^{re} partie (Revue de Médecine, décembre 1900).

Alcoolisme (5 litres de vin, une ou deux absinthes par jour et cela pendant onze ou douze ans). Pas de symptômes alcooliques; pas de tremblement des mains, pas de cauchemar. Syphilis douteuse: on ne trouve aucune

trace suspecte à ce sujet sur son corps, mais il aurait eu un chancre autrefois.

Séjour de cinq ans au Tonkin (mars 1883, février 1888), a fait campagne pendant tout ce temps. Blessures de balles à l'avant-bras droit, à la jambe et aux doigts. Il insiste sur les fatigues et intempéries auxquelles il fut alors soumis; il couchait dehors le plus souvent. Avant son départ pour le Tonkin et à son retour, il séjourna en Algérie. Jamais il n'a eu de paludisme.

En janvier dernier, il eut de l'œdème des jambes, qu'on aurait qualifié d'éléphantiasis, mais il s'agissait bien, plutôt, croyons-nous, des troubles trophiques liés à son affection médullaire, méconnue à cette époque.

En avril 1898, à la suite de la chute d'un piano sur le pied droit, il eut une blessure au troisième orteil, qui se tuméfia, devint rouge et douloureux. Puis apparut une plaie qui mit cinq à six jours pour se cicatriser; le malade continuait son travail. Trois mois après, son pied se tuméfiait, surtout sur la partie dorsale, la peau était rouge et le pied douloureux même au repos.

Le malade insiste sur ce fait que, au moment où débuta la tuméfaction du pied, il commença à souffrir de douleurs gastriques. Ces douleurs survenaient par crises, souvent au moment des repas, mais aussi d'une façon irrégulière par rapport à l'ingestion des aliments. Il éprouvait alors une sensation de serrement et de déchirure dans la région épigastrique. Ces douleurs étaient bientôt suivies de vomissements, souvent très acides, jamais d'hématémèse.

Les vomissements ne soulageaient pas le malade; ils étaient aqueux, rarement alimentaires.

Dans l'intervalle des crises, la douleur persistait, mais moins pénible.

Le malade finit par ne s'alimenter qu'avec du lait et des œufs crus. Ce n'est que depuis le 20 juin que ces crises ont disparu. Elles apparaissaient brusquement et duraient huit jours; une fois elles durèrent vingt jours. En même temps le malade ressentait des douleurs lancinantes et fulgurantes dans les membres inférieurs, rappelant les douleurs du tabès.

Le pied droit est déformé, raccourci, rappelant le

pied-bot tabétique ; il est augmenté de volume, ce qui est dû à la fois à l'hypertrophie osseuse et à l'œdème des parties molles.

La voûte plantaire est affaissée, on y voit un durillon douloureux à la pression, vers la partie moyenne, près du bord externe.

Il n'y a pas de douleur, actuellement, au niveau du pied, seulement quelques fourmillements.

Pas de signe de Romberg. Réflexe rotulien : normal à droite, un peu exagéré à gauche.

Les troubles de la sensibilité sont très nets ; ils sont limités aux membres inférieurs et s'arrêtent au niveau d'une ligne circulaire passant immédiatement au-dessous du genou. Il y a conservation de la sensibilité au contact, diminution et perversion de la sensibilité à la piqûre ; celle-ci est sentie comme une brûlure, enfin le malade sent mal le froid.

Pas d'inégalité pupillaire, pas de myosis, pas de signe d'Argyll. Papille un peu floue, avec congestion des vaisseaux ; pas d'attaques apoplectiformes ; le malade dit avoir quelques vertiges.

Légère scoliose à convexité gauche dans la région dorsale moyenne.

Urine : 2 litres en vingt-quatre heures ; ni sucre, ni albumine.

Actuellement (juin 1900), *le pied droit* aurait été antérieurement le siège de plusieurs petits accidents : entorses légères, brûlures sur la face dorsale, produites par de l'eau forte ; une piqûre profonde à la face plantaire, due à un clou de tapissier. Il y a deux ans, le malade aurait reçu, sur le troisième orteil droit, le poids d'un piano ; il en résulta une blessure légère, qui guérit après quelques pansements antiseptiques, appliqués par M. le Dr Imbert. Au cours de l'interrogatoire, le malade revient constamment à cette idée que ce traumatisme a été le point de départ de la maladie, et, pourtant, le pied ne fut pas atteint mais seulement le troisième orteil.

Au mois de janvier 1900, le malade aurait eu une grippe à forme grave : bronchite, expectoration abondante, insomnies, vomissements, anorexie complète. A

ce moment la tuméfaction du pied a paru aller grandissant. Depuis un certain temps elle serait stationnaire.

2^e Partie (octobre 1900).

Au moment de son entrée dans mon service, on constate l'état suivant : le pied et la jambe du côté droit sont tuméfiés, comme éléphantiasiques. L'œdème est violacé et assez dur aux environs du cou-de-pied et sur le pied.

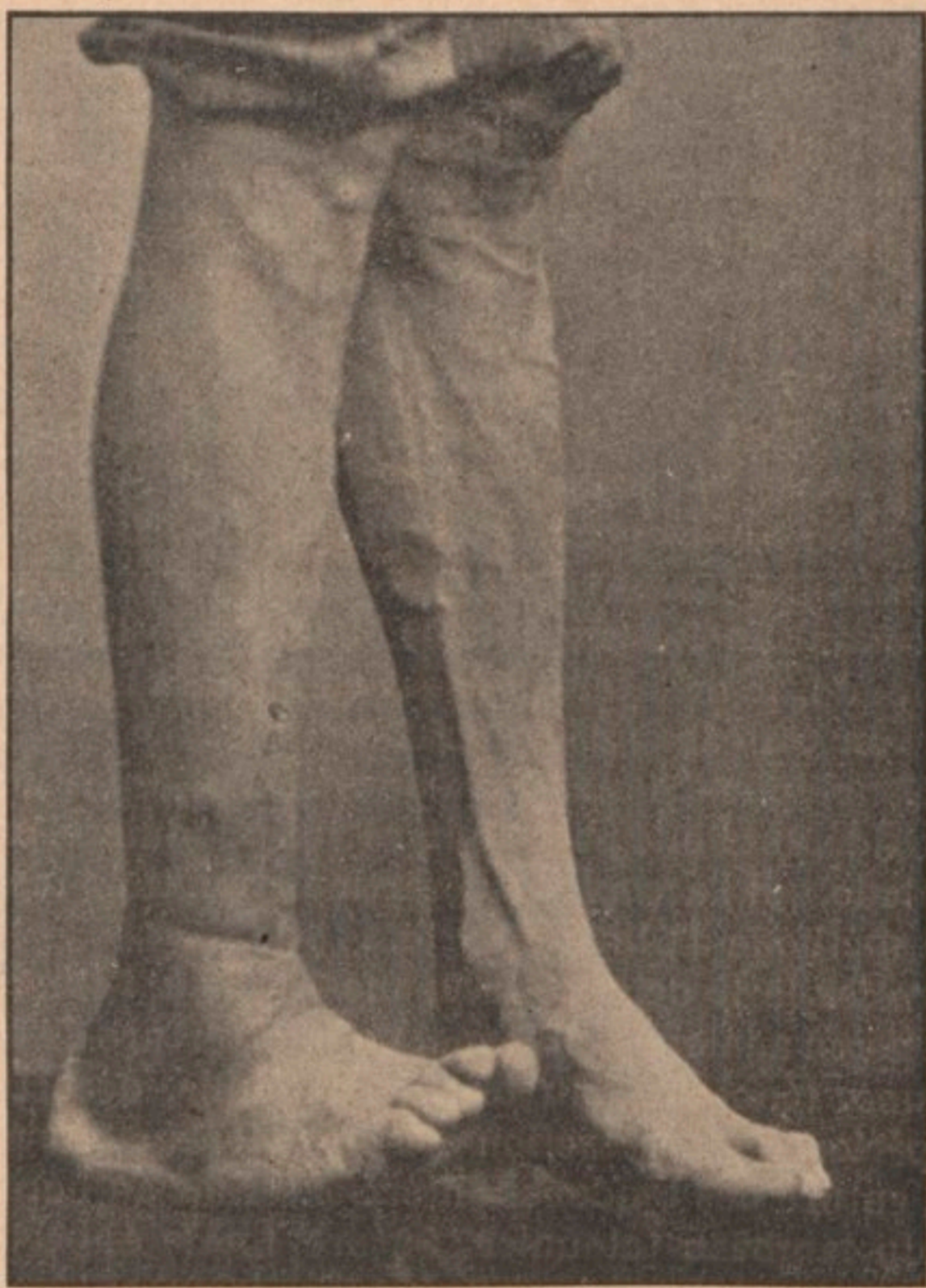


FIG. I.

Le pied droit raccourci rappelle absolument la forme *en patin* d'un pied ayant subi la varsectomie antérieure totale.

La forme de celui-ci est singulière : diminué de plusieurs centimètres dans son diamètre antéro-postérieur,

élargi dans le sens transversal, il a perdu toute sa concavité plantaire et rappelle absolument la forme en patin, caractéristique des pieds ayant subi la tarsectomie antérieure totale, c'est-à-dire l'ablation des scaphoïde, cuboïde et trois cunéiformes. La palpation ne réveille aucune douleur en aucun point, nulle part il n'y a trace de fongosités ou d'abcès.

On détermine très bien les malléoles, mais le scaphoïde et le cuboïde sont difficiles à palper, le cuboïde paraît déplacé, luxé du côté de la face plantaire. Les mouvements de la tibio-tarsienne sont intacts, la sous-astragaliennne aussi. Quant aux mouvements de la médio-tarsienne, ils paraissent abolis. Les mouvements actifs des orteils sont impossibles. Le malade peut encore marcher, mais à la condition d'appuyer uniquement le talon sur le sol et de se servir d'une canne. La sensibilité est très légèrement émoussée, mais il faut tenir compte de l'œdème. Réflexes rotuliens normaux.

Les ganglions de l'aîne correspondants paraissent un peu augmentés de volume.

La radiographie permet de contrôler la justesse de la comparaison faite entre ce pied et le pied en patin de la tarsectomie antérieure totale. Le médio-tarse paraît avoir fondu, le métatarse venant en contact avec le tarse postérieur (calcaneum et astragale).

M. Gangolphe diagnostique une lésion d'ordre nerveux et, considérant l'intégrité de la région talonnière, propose au malade, qui l'accepte, la désarticulation tibio-tarsienne par la méthode d'Ollier.

Opération le 15 octobre 1900, anesthésie à l'éther, tracé de l'incision analogue au Syme, puis ouverture de la tibio-tarsienne, ténotomie du tendon d'Achille, décortication sous-périostée et résection des malléoles et du plateau tibial, suture des tendons antéro-externes au bord antérieur du lambeau talonnier. Suture totale superficielle, sauf en un point par lequel sort un drain antéro-postérieur.

Les suites furent des plus simples au point de vue local; il n'en fut pas de même au point de vue général; pendant près de dix jours, sans que la température dépassât la normale et, probablement sous l'influence du traumatisme opératoire, le malade fut pris de vomisse-

207.005 #



FIG. — La radiographie explique le raccourcissement antéro-postérieur du pied.
Le métatarse est en contact avec le tarse postérieur.

ments continus revêtant tout à fait l'allure de crises gastriques du tabès. L'alimentation était presque nulle. Néanmoins, au premier pansement, la réunion immédiate était faite et le sujet saluait du moignon. Les fils profonds de la suture tendineuse ne furent enlevés que le quinzième jour. Depuis lors, le drain a été supprimé, la cicatrisation s'est faite sans troubles trophiques.

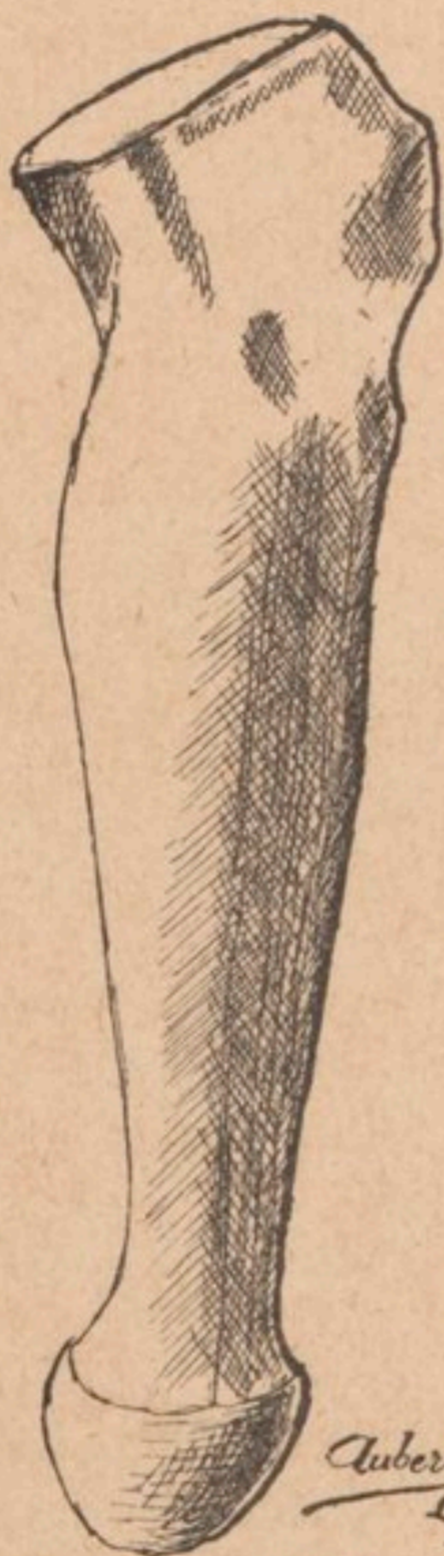


FIG. 3

Photographie du moule du membre opéré. Le résultat fonctionnel fut absolument parfait.

qui entourent les os du tarse, on constate les modifications suivantes dans le squelette de la région. L'extrémité postérieure des deux premiers métatarsiens se trouve subluxée au dessous de la tête de l'astragale

Le malade possède actuellement un moignon parfait constitué par la peau talonnière, mobile, absolument indolent.

Nous n'avons pas à faire ici l'éloge des résultats excellents obtenus par la désarticulation tibio-tarsienne faite suivant la méthode d'Ollier. Nous espérons que, dans la suite, nous n'aurons qu'à nous applaudir de la décision prise. Actuellement, mai 1901, le sujet n'éprouve aucune gêne, ni douleur; pas de claudication; il a repris complètement son métier de fabricant de meubles.

4 février 1901. — Le malade est en bonne santé, il marche sans la moindre difficulté et sans canne.

24 février. — Le malade quitte l'hôpital, il marche bien et ne boite pas.

Examen anatomo-pathologique. — Après avoir enlevé les parties molles, peau, tissu cellulaire, muscles, tendons

tandis que le scaphoïde est complètement reporté à la face plantaire. Les trois derniers métatarsiens sont également subluxés au dessus du cuboïde. Le métatarse se trouve donc en rapport direct avec le tarse postérieur. En divisant la capsule fibreuse épaisse qui les relie l'un à l'autre et forme comme un manchon à la néarthrose pathologique, on voit que la tête de l'astragale, la grosse apophyse du calcaneum n'ont pas perdu leurs rapports avec le scaphoïde et le cuboïde mais que ceux-ci sont singulièrement modifiés. Le scaphoïde articulé, comme nous le disions, avec la tête de l'astragale, s'est surtout déplacé du côté plantaire; sa forme est pour ainsi dire exagérée, son grand diamètre est devenu oblique d'avant en arrière, de dehors en dedans et paraît augmenté au moins d'un tiers, en même temps que la dépression articulaire est exagérée. On dirait que le scaphoïde a été aplati par pression, le centre de l'os étant beaucoup plus mince que les bords. Le cuboïde a subi des modifications certainement beaucoup moindres. Quant aux cunéiformes, il est impossible de les retrouver distinctement soit par suite de leur résorption, soit encore par leur fusion avec les tissus fibreux périarticulaires.

L'impression que l'on a en examinant cette néarthrose est celle d'une région ayant été le siège d'une opération conservatrice ancienne, tarsectomie par exemple. On peut apprécier d'une façon suffisamment exacte ces désordres pathologiques en jetant un coup d'œil sur la radiographie.

Si, maintenant, on examine de plus près l'état des tissus (parties molles et os), on note nombre de détails intéressants.

A). En aucun point, dans les parties molles, nous n'avons trouvé de fongosités, d'abcès. Le tissu cellulaire a plutôt subi un travail de sclérose dans le voisinage immédiat de la néarthrose. Les tendons, modifiés dans leur situation, ne le sont nullement dans leur texture. Quant aux muscles, ils ont une teinte jaune rougeâtre, mais sans collection purulente en aucun point.

B). Les surfaces cartilagineuses de l'astragale, du calcaneum, du scaphoïde, du cuboïde, sont d'aspect normal. En aucun point, le cartilage ne peut être détaché de la surface osseuse sous-jacente, ce qui est de règle absolue

dans la tuberculose. L'interligne de Chopart contient même une synovie d'aspect normal.

C). Si la forme des os du tarse a subi des modifications sur les caractères principaux desquels nous avons insisté leur texture ne paraît pas sensiblement modifiée. Nulle part de décollement périostique, en aucun point, ni abcès ni fongosités, ni traces de séquestres.

On pourrait résumer l'état pathologique de ce pied, en disant qu'il consiste surtout dans la luxation du métatarse sur le médio-tarse, ce dernier s'étant déplacé en masse du côté plantaire tout en restant uni au calcaneum et à l'astragale.

Examen histologique.

Des fragments des divers tissus ont été envoyés au laboratoire d'anatomie pathologique; voici les résultats communiqués par MM. Tripiet et Paviot.

Dans les coupes pratiquées sur les fragments musculaires, on constate les lésions suivantes :

Une augmentation considérable du tissu conjonctif fasciculaire, avec altération des fibres musculaires. Cette dernière consiste en : disparition de la striation, disparition des champs de Conheim sur les coupes en travers les fibres. Ces derniers prennent un éclat un peu gras et hyalin. Mais, lésions rarement observées, on voit dans chaque fibre observée, en long ou en travers, une prolifération intense des noyaux, non seulement sous le sarcolemme, mais encore à l'intérieur même de la fibre. Ces altérations semblent, de prime abord, pouvoir relever d'une atrophie musculaire d'origine médullaire ou, du moins, ont été décrites dans cette affection.

Mais des doutes sont nés immédiatement du fait que l'on rencontre çà et là, dans certains espaces conjonctifs, le plus souvent autour des vaisseaux, des accumulations de petites cellules rondes et, enfin, dans un des fragments, sur plusieurs coupes, on voit, en plein muscle, il est vrai, un nodule de cellules embryonnaires limitées par une fine lame de tissu connectif; cette formation, d'aspect nodulaire, porte en son centre une aiguille osseuse présentant très nettement le processus d'érosion lacunaire de Howship sur toute la périphérie. Dans ce nodule embryonnaire et en contact direct avec l'os, c'est-à-dire sans in-

terposition de lame périostique, on voit très nettement, suivant les coupes, deux, trois ou quatre cellules géantes. Mis sur la voie de cette formation, il a été possible d'en rencontrer une ou deux autres ayant toujours la disposition nodulaire, ne présentant pas de cellules géantes, mais, par contre, affirmant des parties caséeuses. Le diagnostic d'ostéite tuberculeuse, avec inflammation secondaire du muscle voisin, paraît très probable.

Pour lésion des vaisseaux, dans le fragment où la lésion est le plus marquée, on constate des endartérites ou de la périartérite ; les artérioles les plus fines semblent même aller souvent jusqu'à l'oblitération.

Les nerfs, vus en place et dans les coupes simplement colorées au picro-carmin, dans le tissu fasciculaire du muscle, présentent des épaissements dans leur gaine de Henle, mais les gaines de myéline paraissent en place et, du moins, il n'y a pas de névrite interstitielle. Quant au filet nerveux recueilli dans l'acide osmique, les dissociations montrent qu'il n'y a aucune altération de névrite parenchymateuse périaxile de Gombault, la gaine de myéline étant régulière, même cylindrique et sans boules.

Les coupes de la peau montrent de la sclérose et de l'épaississement du derme, mais un épithélium cutané parfaitement normal ; les annexes de la peau offrent leur aspect ordinaire.

Après avoir soumis en détail l'observation clinique et anatomo-pathologique si intéressante de ce malade, nous devons nous poser les questions suivantes :

1^o S'agit-il d'une ostéo-arthropathie d'origine nerveuse ?

2^o Cette ostéo-arthropathie est-elle due au tabès ou à la syringomyélie ?

3^o Quelle signification faut-il donner, dans ce cas, à la constatation *histologique* d'éléments tuberculeux au voisinage des lésions ?

* * *

A. — Je puis affirmer que la syphilis ne doit pas être mise directement en cause. Alors que je me livrais à mes recherches sur l'ostéomyélite gommeuse, je n'ai jamais eu l'occasion de voir des lésions des os courts de la main

ou du pied; bien plus, la bibliographie ne m'en a fourni aucun exemple. Si l'on voulait admettre que ce ne sont pas là des arguments suffisants, je pourrais répondre que l'ostéo-syphilose peut produire la disparition par destruction d'extrémités osseuses, mais les vestiges, si petits seraient-ils, persistent et permettent la reconstitution par la pensée de la forme totale de l'os; ici, il y a résorption; ce n'est pas le tiers ou le quart, ou le cinquième du scaphoïde ou du cuboïde qui persiste, le reste ayant été détruit; ici nous trouvons un scaphoïde, un cuboïde réduits par résorption trophique à un noyau osseux plus ou moins informe.

Dans la syphilis osseuse on a jamais noté l'extension d'un processus destructif à un aussi haut degré et à autant de pièces osseuses distinctes; dans la syphilis on ne voit pas de luxations pathologiques, mais des fractures dites spontanées; dans la syphilis, enfin, à côté des ruines, des destructions du squelette, on trouve le syphilome, la gomme accomplissant son œuvre, en pleine évolution. Ici, rien de semblable: le calcaneum, l'astragale, les vestiges du médio-tarse, les métatarsiens ne présentent aucune trace. Si la syphilis est intervenue chez notre malade, c'est indirectement, en produisant une affection de la moelle.

B. — A-t-on affaire à la tuberculose? Nous ne le croyons pas. Quel chirurgien a vu évoluer ainsi une tuberculose du pied? Pour ma part, je puis affirmer que la tuberculose du pied n'a jamais paru affecter une telle allure. Je sais bien qu'en certaines régions, à l'épaule, surtout au poignet, à la hanche exceptionnellement, la tuberculose peut être *destructive*, tout en restant *sèche*. Mais, dans les formes les plus caractérisées de *carie sèche*, on trouve toujours, en un point ou deux, des *traces macroscopiques* de la nature tuberculeuse de l'affection, sous forme de fongosités plus ou moins scléreuses ou scléro-caséuses, de petits sequestres en grelot. On n'a jamais signalé la carie sèche au médio-tarse. Dans la tuberculose, les os peuvent disparaître par *destruction*, mais non par résorption, la destruction est due à un processus qu'on peut surprendre en voie d'évolution, elle s'accompagne de suppuration, de sequestres, tout au moins de masses fongueuses caséuses. Faut-il parler d'indolence presque complète

de la lésion notée chez notre malade, pour l'opposer aux douleurs certainement très vives que présentent les ostéo-arthropathies bacillaires ? Nous n'insisterons pas : cliniquement, comme au point de vue *anatomique macroscopique*, rien ne rappelle la tuberculose.

Les lésions précitées nous offrent un exemple frappant des altérations ostéo-articulaires liées aux affections de la moelle. Le médio-tarse est atteint, a disparu en partie, ses vestiges sont subluxés, le tarse postérieur, les métatarsiens, l'avant-pied sont indemnes. Les extrémités proximales des métatarsiens sont venues au contact de l'arrière-pied, réalisant en clinique la forme de *ped en patin* consécutive à la tarsectomie antérieure totale. L'atrophie, la disparition des pièces osseuses, le déplacement, la subluxation des portions restantes, sans qu'il y ait eu élimination par nécrose, sans suppuration, sont typiques. Nulle part, il n'y a trace de fongosités, de séquestres, de lésions osseuses ; les surfaces articulaires constituant cette néarthrose pathologique sont entourées d'une gaine fibreuse, sorte de capsule adventice. On croirait, je le répète, se trouver en présence d'un pied ayant été l'objet d'une opération conservatrice.

* * *

Cette ostéo-arthropathie est-elle due au tabès ou à la syringomyélie ? Nous ne voudrions pas tenter une distinction anatomo-pathologique entre ces deux variétés de lésions. Nous croyons, avec Chipault, qu'en l'état actuel, les documents sont encore insuffisants pour trancher cette question. Toutefois, faisons remarquer que notre sujet atteint de syringomyélie fait exception à la règle générale d'après laquelle les ostéo-arthropathies, d'origine syringomyélique, sont beaucoup plus fréquentes aux membres supérieurs.

Sans vouloir trancher un débat qui échappe à notre compétence, nous devons faire connaître l'opinion de MM. Pic et Paviot, qui ont eu l'occasion d'examiner notre opéré. Il leur paraît difficile de conclure, d'une façon formelle, à la syringomyélie. C'est un motif de plus pour justifier notre réserve indiquée suffisamment par notre titre.

Quelle signification faut-il donner à la constatation histologique d'éléments tuberculeux ? Tout d'abord, nous aurions mis en doute la réalité de telles lésions, même histologiques, si leur existence n'était établie sûrement par le contrôle autorisé de MM. R. Tripier et Paviot. Il serait absolument illogique de faire jouer un rôle pathogénique à cet élément tuberculeux, dans la production de désordres aussi considérables. Nous ne répéterons pas ici, l'argumentation présentée plus haut. Pour la tuberculose, c'est un accident ou une complication et non la lésion initiale. L'ostéo-arthropathie nerveuse, en créant le *locus minoris resistentiae*, a dû constituer un foyer favorable à la localisation de la tuberculose. Si nous avions attendu quelques jours, nous aurions peut-être assisté à l'évolution et au développement d'une lésion complexe, d'une tumeur blanche développée dans une néarthrose pathologique ; cette interprétation, évidemment discutable, trouve un appui formel dans l'existence de la suppuration qui complique fréquemment les ostéo-arthropathies nerveuses. Pourquoi refusera-t-on à la lésion de la tuberculose, la possibilité de se comporter comme le font d'autres infections, le staphylocoque, par exemple ? Telle est, à notre avis, l'explication la plus plausible qu'on puisse donner de ce fait.

NOTES SUR LES OSTÉO-ARTHROPATHIES SYRINGOMYÉLIQUES

A l'occasion de l'observation précitée, j'ai entrepris et fait faire des recherches par M. Hitoff, élève du service. En dehors de la publication importante de Londe et Perry (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1894), je dois citer les travaux de Sokoloff, Nissen, etc., analysés dans la thèse de M. Hitoff. Voici, très sommairement indiqués, les résultats de ces travaux :

Beaucoup plus fréquentes aux membres supérieurs et pour les grandes articulations rapprochées de la racine des membres, l'ostéo-arthropathie n'a guère plus de prédilection pour un côté que pour l'autre. Se présentant

dans une proportion de 10 % des cas de syringomyélie, ce qui est la fréquence des arthropathies tabétiques par rapport au tabès, on l'observerait trois fois plus sou

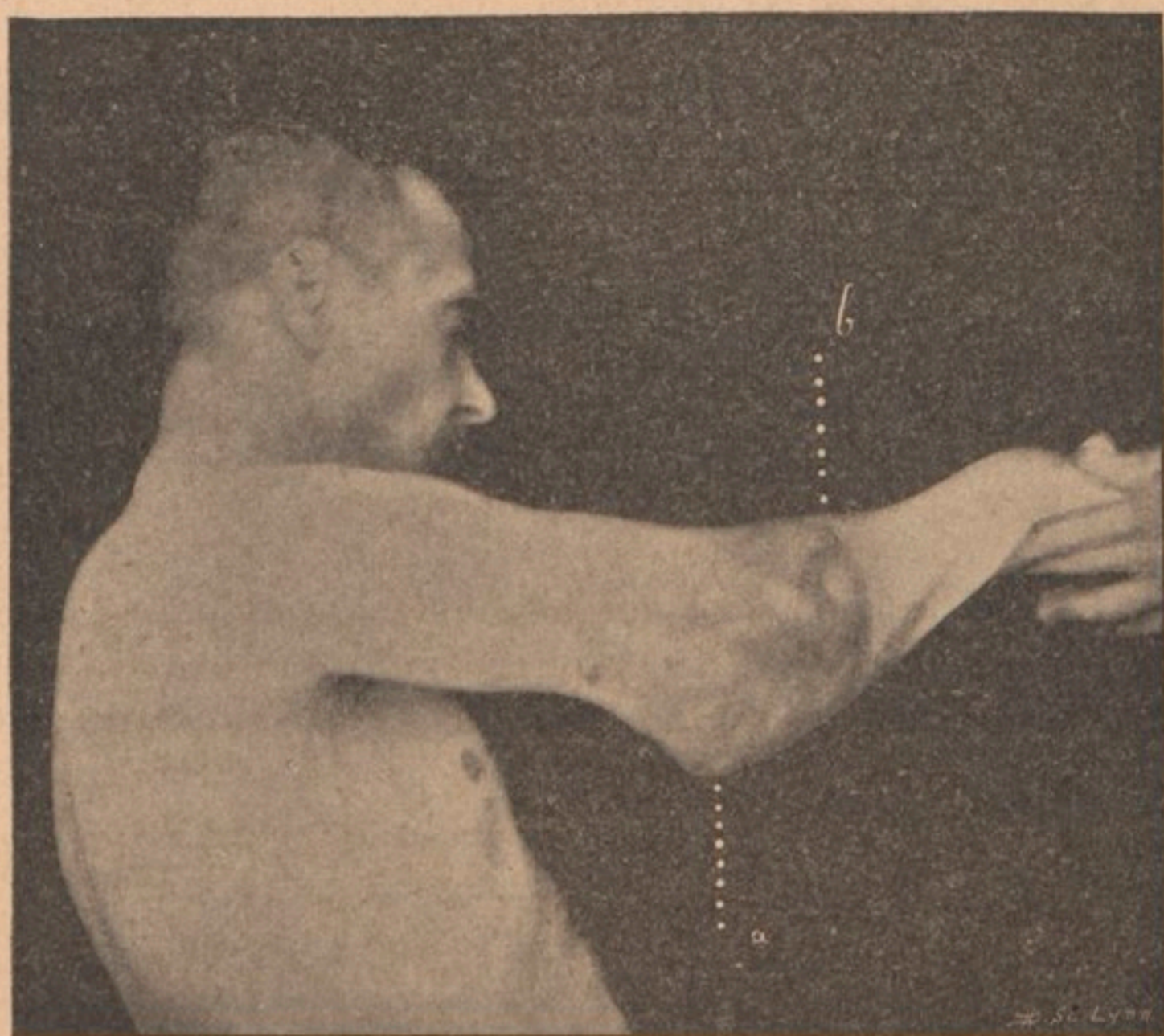


FIG. 4

Ostéo-arthropathie syringomyélique du coude droit
d'après Nissen

vent chez l'homme que chez la femme; mais il faut noter que la syringomyélie elle-même est deux ou trois fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Un fait intéressant à relever paraît être la tendance unilatérale de l'affection, bien qu'il ne manque pas de lésions bi-latérales. Nous opposerons ce fait à la tendance du tabès à affecter des articulations symétriques.

Débutant vers l'âge de 40 ans, quelquefois plus tôt, c'est un signe précoce de la syringomyélie, et qui peut précéder souvent de plusieurs années tous les autres symptômes.

On a noté des douleurs fulgurantes, lancinantes, mobi-

les, mais, dans quelques cas, la douleur se localise et prédit en quelque sorte l'articulation qui sera prise.

A ces prodromes plus ou moins éloignés nous ajouterons, comme prodromes immédiats, dans les semaines



FIG. 5

Ostéo-arthropathie syringomyélique, poignet droit. Sokoloff

qui précèdent, les troubles cutanés, pustules, bulles, ulcères, œdèmes, etc., qui guérissent lentement et auxquels succède l'arthropathie.

Presque constamment un traumatisme violent ou léger est signalé au début de l'affection, qui peut être lent, progressif, ou, au contraire, brusque et spontané. On a vu, mais rarement, survenir une suppuration articulaire d'emblée. Le plus souvent, l'arthropathie est à forme d'hydarthrose rapide ou progressive. L'épanchement peut être considérable, avec œdème de la région, douleurs faibles, impotence légère. Plus tard surviennent la laxité ligamenteuse, des mouvements passifs étendus, des déformations épiphysaires, lésions dia-

physaires rares, une véritable dislocation. L'hydarthrose peut se faire par poussées récidivantes; moins souvent on a noté une forme douloureuse.



FIG. 6

Scoliose dans la syringomyélie. Thèse Hikoff, 1901, Lyon.

Les troubles objectifs de la sensibilité, la dissociation de la sensibilité sont parfois superposés à l'arthro-

patie, ou localisés à une région plus ou moins étendue autour de l'article atteint ; l'analgésie peut être profonde et permettre même des opérations sans anesthésie, telle que des résections.

L'évolution de l'arthropathie s'accompagne plus tard de craquements, de subluxations, de luxations même temporaires, récidivantes ou permanentes, d'attitudes vicieuses, et aussi d'hypertrophies osseuses, ce qui est fréquent, d'atrophies, de résorptions, ce qui est rare. Une même jointure peut offrir l'hypertrophie d'une des surfaces, l'atrophie de l'autre.

L'évolution, essentiellement chronique ou passagèrement coupée de poussées aiguës, peut être brusquement modifiée par l'apparition insolite de la suppuration. Dans certains cas celle-ci s'accompagne de fièvre ; parfois l'apyrexie est complète. Par contre, on a incisé une arthropathie à cause de la fièvre, sans retirer autre chose qu'une sérosité transparente, sanguinolente. Il peut y avoir nécrose, de même aussi complication pyohémique.

Le pronostic est impossible à formuler d'une façon générale et variera suivant les formes bénignes ou malignes. Ainsi qu'on le voit, l'apparition d'une infection surajoutée, due aux microbes de la suppuration, est assez fréquemment notée. On n'a pas encore observé de localisations bacillaires sur l'ostéo-arthropathie nerveuse, mais le fait que nous publions peut logiquement être considéré comme tel. Les ostéo-arthropathies syringomyéliques pures n'exigent, dans l'immense majorité des cas, qu'un traitement orthopédique et non sanglant. Celles qui s'accompagnent d'infection surajoutée peuvent nécessiter diverses interventions : arthrotomies, résections, amputations.

En tous cas, les conclusions qui se dégagent nettement des faits publiés, c'est *qu'il n'existe aucun caractère distinctif absolu entre les arthropathies d'origine syringomyélique ou tabétique*. Le meilleur signe serait la dissociation localisée de la sensibilité, mais ce n'est pas là un symptôme ressortissant de l'arthropathie elle-même.

FRACTURE DU FÉMUR A LA PARTIE MOYENNE. — PSEUDARTHROSE FIBRO-SYNOVIALE DE LA GUISSÉ DROITE, AVEC INTERPOSITION MUSCULAIRE. — LIBÉRATION DES FRAGMENTS DE LA DIAPHYSE FÉMORALE AU BOUT DE 9 MOIS. — MODELAGE CUNÉIFORME DES EXTRÉMITÉS. — SUTURE OSSEUSE. — GUÉRISON.

M. Bérard. — Le 12 septembre 1898, j'ai eu l'occasion d'opérer, à la clinique de M. le professeur Poncet, un cas de pseudarthrose du fémur particulièrement grave.

Le malade, Léopold P..., de Privas, âgé de 33 ans, s'était fait, neuf mois auparavant, une fracture de la diaphyse fémorale, en tombant de 3 mètres de haut sur un terrain inégal. Le traitement avait consisté dans le repos au lit durant trois mois, avec une immobilisation très insuffisante au moyen d'un appareil à attelle externe, qui avait produit une escharre de compression au niveau du trochanter. Au bout de trois mois, le malade commença à se lever, bien que le membre ne fût pas consolidé. Il marcha, depuis, avec des béquilles, sans pouvoir mettre le pied droit à terre pour y prendre un point d'appui, et peu à peu la déformation du membre s'accrut, la cuisse se raccourcissant de plus en plus.

Lors de son arrivée à l'hôpital, le 9 septembre, le malade se présente avec une cuisse en fléau ; au niveau de l'ancien foyer de fracture, on constate une pseudarthrose très lâche, qui permet d'imprimer à la jambe et à la moitié inférieure de la cuisse droite les mouvements les plus étendus et les plus anormaux, *sans déterminer de sensation douloureuse* : flexion, adduction, abduction, même circumduction, tous les changements de position sont faits sans peine, presque jusqu'à l'angle droit, sans qu'on arrive à percevoir de crépitation osseuse, ou même de contact entre les fragments. Au repos la cuisse est grosse, courte, en baril ; le raccourcissement secondaire a atteint *9 centimètres*.

Dans les antécédents de cet individu, on ne trouve pas de tare capable d'expliquer un retard de consolidation ; il a marché tôt, ne conserve pas de déformations squelettiques du premier âge, ne s'est pas fait antérieurement

d'autres fractures. Il n'a pas eu la syphilis et n'est pas un paludéen.

D'ailleurs, le diagnostic de pseudarthrose par interposition musculaire s'impose, d'après l'évolutien, d'après l'absence de douleur dans les déplacements, et d'après l'absence de tout contact entre les fragments. Ceux-ci sont assez nettement perceptibles, tous deux augmentés de volume, le fragment inférieur attiré en haut et en dehors par les muscles insérés au bassin qui ramènent ce fragment en masse vers leur point d'attache supérieur; le fragment supérieur est attiré surtout en dehors par les adducteurs. L'atrophie musculaire n'est pas considérable. L'état général du malade s'est maintenu satisfaisant. Tendance à l'obésité.

Une intervention, reconnue indispensable, est facilement acceptée par le malade.

Bande d'Esmarch maintenue le plus haut possible par un aide. Par une longue incision sur la face externe de la cuisse, en regard du foyer de fracture, nous arrivons sur le fragment inférieur, arrondi en massue, et du côté interne duquel part une sangle fibro-musculaire large de 3 à 5 centimètres environ. Cette bande se dirige en haut et en dedans, pour se fixer en partie sur le côté externe du fragment supérieur, et se continuer, d'autre part, dans la masse du quadriceps. Nous en sectionnons le minimum, après avoir dégagé les insertions sur le fragment inférieur au détache-tendon. Il est facile de reconnaître, dans ces tissus, des fibres musculaires plus ou moins sclérosées et des fragments du périoste diaphysaire. Au centre de cette formation existe une véritable cavité, du volume d'une noix environ, à parois incomplètement cloisonnées, et qui contient un liquide clair, un peu visqueux, très comparable à de la synovie.

Le fragment inférieur ainsi dégagé, nous arrivons péniblement, en suivant la sangle d'union, sur le fragment supérieur que nous libérons également à la rugine. Pour amener les deux fragments au contact l'un de l'autre, il est nécessaire de leur tailler une voie dans les tissus fibreux de néoformation, et de refouler en avant les faisceaux musculaires interposés. Grâce à l'augmentation de volume des extrémités osseuses, nous pouvons, sans nuire à la solidité ultérieure de l'os, modeler, au moyen

du davier-gouge et du ciseau, *le fragment inférieur en un angle dièdre ouvert en haut, destiné à recevoir le fragment supérieur modelé en une surface réciproque*. Deux fils d'argent sont passés, par des trous au forêt, dans chaque fragment, à travers toute leur épaisseur et noués sur la face externe du fémur, pendant qu'une forte traction assure la coaptation la plus exacte. Large drainage de la plaie. Pansement épais et, par dessus, attelle plâtrée antéro-externe qui prend le bassin et le membre inférieur. En outre, le malade est immobilisé dans une grande gouttière Bonnet.

Durant la première semaine, réaction thermique modérée, 37°7, 38°8, sans phénomènes infectieux inquiétants.

Au bout d'un mois, les fragments paraissant bien juxtaposés, ablation des fils à suture d'argent qui ne peuvent plus maintenant servir que de corps étrangers retardant la cicatrisation. Convalescence sans incident.

Le 30 novembre, la consolidation est presque complète. En tous cas, elle est suffisante pour que le malade soit transporté sans gouttière au service de radiographie. On constate sur l'épreuve obtenue, que la coaptation est parfaite, et qu'il n'y a pas de déviation notable dans l'axe du fémur. Il n'y a plus que 3 cent. de raccourcissement au lieu de 9. Le pied est en bonne position. Le genou a conservé un peu de raideur. Le malade rentre chez lui, le 24 décembre, après avoir fait un séjour à Longchêne. Il soulève facilement la jambe et le pied droits, sans ressentir de douleurs dans le foyer de son ancienne fracture; mais il n'ose encore pas appuyer le pied dans la marche et se sert de béquilles. Au niveau de la plaie persiste un petit orifice fistuleux, qui suinte peu.

Le 10 février 1901, nous lui écrivons pour l'engager à subir un nouvel examen. Voici sa réponse au questionnaire qui lui avait été adressé :

« Mon état est le suivant : jusqu'au mois de mai de l'année 1900, j'ai gardé, à l'endroit de la plaie, une petite fistule qui donnait peu de liquide. Les douleurs avaient presque cessé. Le 7 mai est sorti, par cette fistule, un fragment d'os et, depuis, tout est cicatrisé. Ma cuisse est solide; elle prend de plus en plus de forces, mais je n'ose pas encore m'en servir pour faire de longues marches, quoique je ne souffre plus. Je me sers encore d'une

béquille. Le pied droit est en aussi bonne position que l'autre; j'appuie facilement sur lui. Le membre droit a 3 centimètres de moins que l'autre ».

Dès à présent, en somme, le malade peut être considéré comme guéri, avec un résultat fonctionnel presque parfait.

Nous n'insisterons, à propos de cette observation, que sur les points suivants :

1° Le type, assez rare, de la pseudarthrose, qui comportait une *cavité fibro-synoviale* entre les fragments. Cette cavité s'était formée au sein des déchirures péri-ostéomusculaires du foyer de fracture. Pendant longtemps on a nié ce type de pseudarthrose, surtout dans les cas avec interposition musculaire. Sans doute la cavité synoviale néoformée reconnaît ici la même origine que les bourses séreuses professionnelles; elle ne doit apparaître que lorsque le sujet a imprimé de bonne heure et pendant longtemps des mouvements à ses fragments, comme c'était le cas chez notre malade; lorsqu'il marchait avec ses béquilles, le membre était animé de véritables mouvements de fléau sur le fragment supérieur.

2° Le type de pseudarthrose vraie par interposition musculaire, était tellement net (raccourcissement et mobilité anormales extrêmes, absence de contact des fragments) que nous avons jugé inutile de confirmer le diagnostic par la radiographie, et que le traitement sanglant seul s'imposait sans temporiser davantage.

3° La suture métallique fut utilisée seulement pour assurer la coaptation des fragments avivés durant leur consolidation et non comme moyen de fixation définitive; aussi avons-nous retiré le fil dès la fin du premier mois, sans que l'opéré en ait éprouvé aucun dommage.

4° L'augmentation de volume considérable des deux fragments permit de les modeler en deux angles réciproques sans compromettre la solidité ultérieure du cal, et en rendant leur juxtaposition immédiate plus stable.

* * *

COEXISTENCE DE LUXATION ET DE FRACTURE DU COUDE

M. Jaboulay. — Il est habituel qu'un traumatisme, agissant directement ou indirectement sur la

région du coude épuise son action quand il produit une luxation ou une fracture dans l'une ou l'autre de celles-ci. Mais la coïncidence des deux, luxation et fracture, est rare.

J'ai pu observer deux fois, cependant, et la radiographie en fait foi, une luxation du coude en arrière accompagnée de fracture. Dans l'une la luxation coïncidait avec une fracture transversale de l'extrémité inférieure et intra-articulaire de l'humérus, dans l'autre cette luxation s'accompagnait de fracture du cubitus à deux travers de doigt plus bas que l'apophyse coronoïde.

Le mécanisme de cette double lésion paraît être le suivant et le même dans les deux cas : 1° luxation en arrière du radius et du cubitus ; 2° ensuite seulement production de la fracture par continuation de l'action du traumatisme qui n'a pas été épuisé par la première lésion. Tantôt c'est l'extrémité inférieure de l'humérus qui s'écrase et se fracture sur les os de l'avant-bras remontés en haut et en arrière (premier cas), tantôt c'est le cubitus qui est fracturé par l'extrémité inférieure de l'humérus tombant sur lui (deuxième cas). C'est la résistance spéciale, différente, suivant les cas, de l'humérus et du cubitus, qui est la cause de la localisation de la fracture sur l'un des deux. Le radius échappe au traumatisme par sa mobilité et par le fait que la luxation est à la fois en arrière et en dehors.

Ces symptômes immédiats sont d'abord ceux d'une luxation du coude en arrière, mais avec une particularité d'un gonflement plus considérable, et avec l'apparition d'une ecchymose caractéristique d'une solution de continuité ; quand il y a fracture du cubitus, on sent, en outre, les crépitations par l'exploration directe, et celle-ci décèle un point douloureux très violent au point signalé plus haut comme siège de la solution de continuité. Le diagnostic immédiat est donc difficile ; il se réduit presque toujours à celui de luxation du coude en arrière, si l'on ne fait pas attention aux deux autres signes que nous venons de mentionner.

Le traitement se fait en deux temps : d'abord réduction de la luxation qui est incomplète et qui se reproduit en partie. Par exemple, dans le cas de luxation

avec fracture humérale, il m'a fallu deux séances de réduction pour arriver à la réduction, c'est-à-dire à l'accrochement de la cavité olécraniennne et de la cupule radiale à la trochlée et au condyle de l'humérus déplacés en avant de leur situation normale (la radiographie montre ce déplacement, et les effets des deux séances de réduction) et, dans le cas de la luxation avec fracture du cubitus une première séance a fait descendre le cubitus en sa bonne place, mais, le radius n'a pas suivi ou, du moins, il s'est luxé à nouveau, comme cela arrive dans la fracture de la partie supérieure du cubitus, et il a fallu une nouvelle séance de réduction pour lui seul ; pour le maintenir réduit il a fallu donner à l'avant-bras l'attitude en pronation moyenne.

Ainsi le double traumatisme de l'articulation du coude, luxation et fracture, mérite bien une place à part dans la pathologie, tant par son mécanisme que par ses symptômes et la thérapeutique qu'il exige, dès qu'il a été reconnu ou seulement soupçonné d'après les signes spéciaux que nous avons signalés.

M. Vallas croit que cette complication des luxations est rare ; il n'a guère vu que deux ou trois cas analogues. Il avait reconnu l'existence de cette double lésion à ce que la réduction, une fois obtenue, ne pouvait se maintenir. Il a eu occasion de voir, l'an dernier, un cas analogue. Alors que le radius est sain chez les malades de M. Jaboulay, dans son cas, au contraire, il y avait eu fracture et luxation de la tête radiale. Le malade était en extension complète, le coude absolument ankylosé. Il fit une résection de la tête radiale et le résultat est aujourd'hui excellent. L'examen de la pièce montra que la diaphyse radiale avait pénétré dans la cupule de l'os et l'avait fait éclater.

M. Durand. — Il existe un chapitre particulier, mais encore à faire, de la question des ankyloses du coude ; il a justement pour objet les ankyloses par fracture de l'extrémité supérieure du radius compliquant les luxations du coude. D'ordinaire ces fractures radiales sont, soit des éclatements de la cupule par pénétration de la diaphyse, comme dans le cas que vient de rapporter M. Vallas ou encore de fractures transversales portant sur le col et isolant la tête de la diaphyse, Il a pu

observer, dans le service de M. Ollier, un malade qui avait une ankylose du coude consécutive à une lésion qui avait été considérée comme une luxation et avait donné lieu à une réduction. M. Ollier fit la résection et on trouva que l'ankylose était due à une fracture de la cupule radiale. Le trait de fracture, parallèle à l'axe de l'os, avait partagé la cupule en deux demi-cylindres dont l'un avait gardé ses rapports avec la diaphyse, alors que l'autre, devenu mobile, s'était implanté sur le condyle huméral et jouait le rôle d'un coin qui empêchait les mouvements du coude.

Séance du 25 avril 1901. — Présidence de M. GAYET.

M. Durand donne lecture du procès-verbal de la séance du 18 avril 1901.

Le procès-verbal est adopté.

CANCER DE L'OVAIRE AVEC TORSION DU PÉDICULE FIBROMATEUX. — OVARIOTOMIE ET HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE. — GUÉRISON.

M. Bérard présente une malade qu'il a opérée, le 16 mars 1901, à la Charité (service de M. Auguste Pollosson), pour une tumeur maligne de l'ovaire gauche à pédicule tordu, coïncidant avec un fibrome interstitiel de l'utérus. L'histoire clinique de cette femme offre plusieurs particularités remarquables.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, mariée à 25 ans, cette femme a eu 6 enfants vivants, et un avortement à 2 mois 1/2. Elle a 50 ans. Pas de ménopause. Depuis 4 ou 5 ans elle perdait constamment un peu de liquide sanguinolent dans l'intervalle de ses règles. Depuis deux ans ces métrorrhagies sont devenues très abondantes, et l'ont anémiée beaucoup. Elle a maigri considérablement, et se présente avec un teint jaunâtre, cireux.

Les seuls troubles subjectifs qu'elle ait ressentis consistent dans les phénomènes d'asthénie nerveuse, pertes

des forces, atonie gastrique, mais surtout dans des troubles de la miction et de la défécation, depuis quelques mois; elle se plaint d'une constipation opiniâtre; elle urine souvent, mais peu à la fois, avec quelques douleurs à l'émission des dernières gouttes. C'est à cause de ces troubles et d'une recrudescence des pertes depuis 15 jours, que la malade est entrée à l'hôpital.

A l'examen, on constate que l'abdomen est peu déformé dans ses contours. La paroi abdominale, très grasse et relâchée, peut être déprimée facilement. On arrive ainsi sur une masse résistante occupant surtout la fosse iliaque gauche.

Le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, fait reconnaître que cette masse est constituée par le corps utérin, et par une tumeur du volume d'une tête de fœtus, accolée étroitement au bord gauche de l'utérus, se déplaçant avec la matrice.

La profondeur de l'utérus est de 13 centimètres à l'hystéromètre. La paroi en semble très épaisse. Quant à la tumeur adjacente, sa consistance est plutôt rénitente que franchement solide, comme s'il s'agissait de tumeurs fibreuses ramollies avec géodes kystiques que l'on observe près de la ménopause. Aussi, à cause des connexions intimes de cette tumeur avec l'utérus qu'elle suit dans ses déplacements, à cause des métrorrhagies abondantes, nous concluons à un fibrome utérin sous péritonéal, peut-être en voie de transformation maligne (1). Nous décidons, pour cette raison, de pratiquer l'hystérectomie totale, l'utérus étant, d'autre part, lui-même fibromateux. Cette opération est, en outre, imposée par les phénomènes de compression de la vessie et du rectum.

Le 16 mars, laparotomie en position de Trendelenbourg. Les anses intestinales réclinées sous une large compresse, nous rencontrons d'abord le corps utérin volumineux, ayant à peu près les dimensions d'une grande poire, uniformément hypertrophié. Immédiatement en arrière de lui, et remplissant la moitié gauche du bassin, apparaît une autre tumeur, du volume d'une tête de fœtus, sillonnée de quelques vaisseaux, de surface polie, mais

(1) J. PAVIOT et L. BÉRARD. Des léiomyomes malins de l'utérus. *Archives de Médecine expérimentale*, 1897.

de teinte marbrée comme par des hémorragies interstitielles. Cette tumeur donne au doigt la même sensation de rénitence que l'on avait perçue par le toucher. Elle est adhérente à la face postérieure de l'utérus et à divers points du péritoine pelvien. Dégagée de ses adhérences, nous constatons qu'il s'agit d'une tumeur de l'ovaire torsionnée sur son pédicule suivant un tour de spire presque complet, et qui a été amenée ainsi au contact immédiat de l'utérus. Nous sectionnons ce pédicule entre deux pinces longuettes, puis nous procédons à l'ablation de l'utérus par la méthode de Doyen.

L'ensemble de ces manœuvres n'a pas duré plus de 35 minutes. Mais, comme la malade, déjà très anémiée et très faible avant l'opération, présente, à ce moment, des signes inquiétants du côté du cœur, nous procédons à une hémostase sommaire des ligaments larges ; nous laissons même trois pinces à demeure sur la base des ligaments. et nous terminons par un Mikulicz abdominal-vaginal à suture à deux plans de la moitié supérieure de l'incision. Injection de 500 grammes de sérum artificiel dans la cuisse, sur la table d'opération pendant qu'on fait le pansement.

Les suites opératoires furent satisfaisantes. Ablation des pinces au deuxième jour, des mèches centrales, du Mikulicz et des mèches vaginales le cinquième, ablation de la compresse périphérique du Mikulicz le 28 mars (au douzième jour).

Une seconde injection de sérum (de 500 grammes) fut pratiquée le lendemain de l'intervention. La température se maintint entre 37°5 et 38°8 pendant trois semaines jusqu'à l'oblitération très avancée du trajet de drainage. Le 23 avril, la malade est en état de quitter l'hôpital, sa plaie cicatrisée.

L'examen macroscopique des pièces enlevées révèle les détails suivants :

1° L'utérus, sectionné longitudinalement, a une paroi épaissie en totalité de 3 centimètres à 4 centimètres suivant les points. La muqueuse épaisse, congestionnée et tomenteuse, a l'aspect de l'endo-métrite fibromateuse. Sa longueur est de 16 centimètres.

2° La tumeur de l'ovaire est de consistance solide. Dans des géodes à parois très épaisses sont tassées des masses

encéphaloïdes marbrées de sang, avec deux ou trois kystes du volume d'un abricot, remplis de sang et de végétations papillomateuses.

L'examen microscopique de cette tumeur, pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, par M. le docteur Paviot, montre qu'il s'agit bien d'un *cancer épithélial* de l'ovaire, avec infiltration abondante de formations épithéliales tubulées dans un stroma fibreux, suivant une disposition qui rappelle celle des tubes de Pflüger dans l'ovaire en voie de développement.

Si l'on rapproche cette observation des cas déjà publiés, aujourd'hui nombreux, de tumeur pelvienne à pédicule tordu, on doit noter surtout les points suivants :

a) D'abord, la coexistence d'un utérus fibromateux avec une tumeur de l'ovaire à pédicule tordu. Cette coexistence de deux tumeurs avait déjà été signalée, par Rokitsansky, comme un des principaux éléments de la torsion du pédicule des kystes ovariens, chacune des tumeurs gênant l'autre dans son libre développement, et la tumeur la plus fixe (l'utérus) contribuant, par la compression continue qu'elle exerce, à déplacer, à enrouler autour de son hile la tumeur la plus mobile.

b). La nature maligne de la tumeur tordue.

c). Le peu de réaction péritonéale au moment de la torsion, qui avait dû être progressive et s'opérer lentement.

La malade avait seulement constaté, depuis quelques jours, une recrudescence des métrorrhagies, qui s'explique par la gêne de la circulation en retour dans le pédicule tordu.

C'est le troisième cas de tumeur ovarienne à pédicule tordu, que M. Bérard a eu l'occasion d'opérer

Les deux premières malades furent observées par lui dans le service de M. le professeur Poncet, en 1898 et 1899. Chez l'une, il s'agissait de la torsion d'un gros kyste uniloculaire de l'ovaire droit, avec symptômes d'appendicite aiguë. L'opération fut simple et la guérison s'effectua sans incident. Chez l'autre, il s'agissait d'un kyste dermoïde suppuré et tordu, ayant entraîné dans sa torsion les deux ligaments larges qui lui étaient largement adhérents ; dans cette torsion en masse, les deux uretères avaient été coudés et comprimés. Aussi l'intervention put-elle pas sauver la malade, qui était arrivée au

dernier degré de cachexie, avec des températures élevées et des urines purulentes. A l'autopsie on trouva une pyélo-néphrite double avec lésions très avancées, et distension des bassinets, des deux côtés, par un liquide purulent qui infiltrait également la substance rénale le long des tubes excréteurs (néphrite suppurée rayonnante).



GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

M. Gangolphe. — Il est entré dans mon service, le 7 février 1901, une malade dont je veux vous rapporter l'observation.

Rien à noter au point de vue héréditaire. Personnellement bonne santé habituelle, réglée à 11 1/2. Mariée à 17 ans 1/2, la malade eut six grossesses : la première à l'âge de 18 ans, la deuxième à l'âge de 23 ans, la troisième à l'âge de 25 ans ; la malade eut alors une fausse couche et redevint grosse trois mois après. La malade eut en tout six enfants et une fausse couche. Deux des enfants sont morts à quelques mois et les autres sont bien portants.

En novembre 1900, la malade ne vit pas arriver ses règles ; en même temps céphalées, vomissements et flueurs blanches. En décembre, retour abondant de la menstruation, mais en même temps douleur vive dans l'hypogastre droit, avec irradiations autour de l'ombilic et jusqu'au creux épigastrique. A la fin de décembre, la malade se décide à entrer à la Charité, où elle reste près d'un mois. M. Pollosson diagnostique une métrite et salpingite du côté droit et ordonne des lavages chauds au permanganate. La malade sort le 18 janvier et, deux jours après, ressent une très vive douleur subite dans tout le ventre. Un médecin appelé reconnaît une péritonite : diète et glace sur le ventre. Le 6 février, la malade entre salle Saint-Martin, le traitement précité n'ayant amené qu'une légère amélioration.

A l'entrée état général mauvais ; fièvre : 38°, le ventre est ballonné et complètement douloureux. Le faciès est un peu grippé, le pouls petit. La malade a des sueurs froides. Au toucher, on sent un peu d'empâtement dans le cul-de-sac latéral droit. Pas d'intervention. On conti-

nue la glace sur le ventre et diète lactée. Le 15, le 24, le 28 février, la malade a des pertes blanches, et une hyperthermie vespérale de 39 à 39°5.

Intervention. — Le diagnostic était celui de pelvi-péritonite avec collection enkystée. La fièvre, les douleurs, etc, paraissaient indiquer cette opinion. La voie choisie était la voie vaginale. En sondant la malade, on voyait nettement que la vessie était, en quelque sorte, prolabée dans le cul-de-sac postérieur, en arrière du col et à gauche, si bien qu'on ne disposait pour l'incision que *de la moitié droite du cul-de-sac postérieur*. Le col saisi et abaissé, la muqueuse vaginale incisée, je crevais, avec le dilatateur de Tripier-Loison, la paroi de la collection. Issue de sang liquide ancien et de quelques caillots très petits. Les deux doigts introduits ont l'impression d'une paroi interne tomenteuse. Il s'agit évidemment d'une hématocele non suppurée. On note aussitôt une hémorragie abondante venant de la face interne de la poche. Deux éponges stérilisées, munies de fils de soie sont introduites l'une dans la poche faisant le tamponnement l'autre à cheval sur l'ouverture, hémostase parfaite.

Quarante-huit heures plus tard, je retire les deux éponges et derrière elles sort un fœtus long de 16 centimètres. Ultérieurement lavages quotidiens sous pression, tube de caoutchouc de fort calibre introduit bandé sur un mandrin de plomb, de manière à ce qu'une fois abandonné à lui-même il exerce une action de dilatation excentrique.

Assez rapidement l'état général, qui était fort précaire, s'améliora. Au bout d'une vingtaine de jours tout drainage fut supprimé : la guérison était parfaite.

Cette observation m'a paru intéressante, soit à cause des détails cliniques, soit à cause de la situation anormale de la vessie. D'autre part, l'usage d'un gros drain introduit, bandé sur un mandrin de plomb, permet d'obtenir une dilatation excentrique assez efficace comme l'a indiqué M. Martin.

FRACTURE ISOLÉE PAR ARRACHEMENT, DE LA BASE DU 3^e MÉTACARPIEN

M. Jacob. — Nous avons l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie un jeune soldat qui, ayant fait une

chute de cheval et étant tombé sur la main gauche en flexion palmaire, a présenté, à la suite de cet accident, une fracture localisée à la base du 3^e métacarpien, un véritable arrachement de la portion de cet os sur laquelle s'insère le tendon du 2^e radial.

Les lésions *isolées, par cause indirecte*, de l'extrémité toute supérieure d'un des métacarpiens autres que le premier sont très rares ; d'après Ricard et Demoulin il n'en existait pas d'observations nettes. C'est qu'en effet ces os sont fortement « engrénés » entre eux et avec les os du carpe et, de plus, les ligaments qui les réunissent sont très solides. Il en résulte que, dans les chutes sur la main, par exemple, le carpe et le métacarpe forment un bloc rigide qui transmet le choc à l'articulation radio-carpienne ou aux os de l'avant-bras, et que, dans la plupart des cas, c'est au niveau de ces derniers que siègent les lésions.

L'observation que nous allons rapporter est donc intéressante à cause de sa rareté ; elle l'est également au point de vue du diagnostic et du traitement.

V. R.... âgé de 23 ans, cavalier au 2^e régiment de dragons ; 18 mois de service ; très vigoureux, n'a jamais été malade.

Le 23 avril 1901, il fit une chute de cheval et est tombé sur la face dorsale de la main gauche à demi-fermée. Il n'éprouva aucune douleur, aucune gêne immédiate, mais il remarqua l'existence d'une saillie sur la face dorsale du poignet traumatisé. Envoyé à l'hôpital, il entre dans notre service, salle 7, lit 22, et nous constatons les signes suivants.

A l'inspection, une tuméfaction diffuse, sans changements de coloration, ni ecchymoses, ni excoriations des téguments, tuméfaction occupant la face dorsale de la région métacarpo-carpienne de la main gauche. Cette tuméfaction est surtout due, ainsi que le montre la palpation, à de l'œdème et à un léger épanchement dans les gaines des extenseurs ; toutefois, en un point très précis, on perçoit une tumeur dure, manifestement osseuse, ayant la forme d'un prisme triangulaire à arêtes vives et les dimensions d'une moitié de noisette environ. Cette tumeur peut être légèrement déplacée latéralement, quand on la saisit entre le pouce et l'index ; on

provoque par cette manœuvre un peu de crépitation. Cette saillie osseuse, très légèrement mobile et crépitante, repose sur le squelette carpo-métacarpien en un point qui répond à la portion moyenne de la 2^e rangée du carpe, au niveau de la face dorsale du grand os ; cependant elle paraît dépasser en bas de 2 à 3 millimètres la ligne repère de l'interligne carpo-métacarpien et empiéter sur l'extrémité supérieure du 3^e métacarpien.

La pression faite sur cette saillie est douloureuse, mais le maximum de la douleur provoquée paraît siéger sur l'interligne carpo-métacarpien du 3^e, ou, plus exactement, un petit peu au-dessous. La rétropulsion, les essais de mobilisation du 3^e métacarpien provoquent une douleur peu intense, plus intense, cependant, que celle que l'on réveille quand on fait les mêmes manœuvres sur le 2^e et le 4^e métacarpiens.

Les autres segments du squelette carpo-métacarpien et des régions voisines sont normaux. Il n'y a à signaler qu'un épanchement dans les gaines des fléchisseurs, épanchement qui s'est développé dans les premiers jours qui ont suivi l'accident et qui a, en partie, amené la disparition des creux normaux de la paume de la main.

Les mouvements de l'articulation du poignet sont à peu près indolores. Seules, la flexion palmaire forcée et surtout la flexion dorsale forcée, c'est-à-dire les mouvements qui se passent dans la région médio-carpienne et ceux qui sont dus à la contraction des radiaux, provoquent une légère douleur. Les mouvements des doigts sont un peu gênés, ce qui paraît dû au léger épanchement séreux qui distend les gaines des fléchisseurs.

En présence des signes fournis par l'examen de notre malade, le diagnostic du siège, voire même de la nature de la lésion, n'était pas des plus faciles, et l'on pouvait hésiter entre une fracture ou une luxation ou subluxation siégeant, soit sur le grand os, soit sur la base du 3^e métacarpien. La radiographie, il est vrai, pouvait nous éclairer très rapidement, mais nous estimons que ce mode d'examen ne doit être, dans le plus grand nombre des cas, qu'un moyen de contrôle ; il ne doit pas dispenser le chirurgien de chercher à arriver au diagnostic

par l'étude détaillée et la discussion raisonnée des signes présentés par le malade, pas plus, d'ailleurs, qu'en bonne et saine clinique on ne doit faire un diagnostic le couteau à la main, que lorsqu'il est impossible de faire autrement. C'est donc par l'examen et la critique des signes fournis par notre exploration, que nous avons posé un diagnostic que la radiographie est venue confirmer ensuite.

La lésion siège-t-elle sur le grand os ? Il est évident que la tumeur osseuse répond à la face dorsale de cet os ; il est non moins évident que si cette saillie dorsale est constituée par le grand os, il ne peut s'agir que d'un grand os énucléé en partie ou en totalité de sa loge et formant un relief anormal sur le dos du poignet.

Discutons ces diverses hypothèses.

1^{re} hypothèse. — Serions-nous en présence d'une luxation totale du grand os, affection rare, niée même par Polaillon ?

Nous ne le croyons pas, bien que le mécanisme qui la produit et les symptômes observés soient semblables à ceux que nous avons signalés chez notre malade. En effet, le grand os est le plus volumineux des os carpiens et il ferait une saillie autrement marquée que celle constatée chez notre blessé ; on pourrait, de plus, reconnaître la tête à sa forme convexe, d'autant plus facilement que la luxation indirecte ne peut guère se produire que tête en arrière, cette dernière effondrant les ligaments dorsaux dans la flexion forcée de la main. Enfin, d'après Cooper, la réduction, dans le cas de luxation totale, est facile si le chirurgien a soin de presser sur la saillie dorsale, pendant qu'un aide fait de la traction sur le médus et l'index placés en extension ; or, chez notre malade, la réduction est impossible.

2^e hypothèse. — S'agirait-il d'une subluxation du grand os, subluxation telle que la tête aurait basculé vers la paume de la main, tandis que la base se serait dégagée du 3^e métacarpien pour constituer cette masse saillante à bords tranchants que nous avons signalée à la palpation ?

La façon dont l'accident s'est produit chez notre malade ne concorde guère avec un pareil diagnostic ;

en effet, si un choc direct et limité, dirigé d'arrière en avant, peut refouler le grand os vers la paume, une chute sur la main à demi-fermée ne peut que subluser le grand os, tête en arrière sur le dos du poignet. Enfin, et surtout, il y a, chez notre malade, une légère mobilité et une crépitation qui ne pourraient s'expliquer avec l'hypothèse de subluxation.

3^e hypothèse. — Avons-nous affaire alors à une fracture du col du grand os avec refoulement du fragment inférieur sur le dos de la main par le 3^e métacarpien ?

C'est, en effet, un des diagnostics les plus probables et celui posé par plusieurs de ceux qui ont examiné le malade. Dans les rares cas connus de fracture isolée du col du grand os, il n'y avait pas de déplacement et, le plus souvent, à l'exception du cas de Robert (1845), cette fracture compliquait une luxation radio-carpienne (cas de Moty, 1890) ou d'autres lésions du poignet (Guermonprez, 1881). Il nous faudrait donc admettre que, chez notre blessé, la flexion forcée de la main ait fracturé le grand os à son point faible, c'est-à-dire, au niveau du col, puis, que le 3^e métacarpien, le plus long et le plus convexe des métacarpiens, par conséquent celui sur lequel la pression a été la plus forte, que ce 3^e métacarpien, disons-nous, ait refoulé de bas en haut le fragment inférieur et l'ait chassé sur le dos de la main. Cela cadrerait avec le siège de la tumeur, avec la sensation d'arête vive qu'elle donne à la palpation, avec la douleur provoquée par la pression et même avec la mobilité relative et la crépitation perçue pendant l'exploration.

Toutefois, il est un symptôme que nous ne trouvons pas chez notre malade et que tous les auteurs ont cependant signalé chez les sujets sur lesquels ils avaient diagnostiqué une lésion du grand os : c'est la douleur très vive provoquée par les mouvements communiqués aux articulations du poignet. Il ne faut pas oublier, en effet, que toutes les synoviales du carpe communiquent entre elles et qu'une lésion du grand os se traduit par une arthrite de ces diverses articulations ; ces lésions articulaires sont même très longues à guérir et expliquent la persistance des raideurs, la gêne des mouvements signa-

lés dans les observations. Or, chez notre malade, à l'exception de la douleur locale à la pression, en dehors du gonflement dorsal et palmaire, la gêne des mouvements des articulations du carpe, de la médio-carpienne en particulier, est à peu près nulle.

Cette absence de douleur et de gêne, ce fait également que le maximum de la douleur à la pression est plutôt métacarpien que carpien nous font écarter le diagnostic de fracture du grand os.

5^e hypothèse. — Il nous reste donc à envisager l'hypothèse d'une lésion de la base du 3^e métacarpien.

On peut, nous semble-t-il, éliminer très rapidement la subluxation (un cas de Blandin, 1844) et la luxation de la base du 3^e métacarpien sur le dos du grand os (Roux, 1848, Orrillard, 1893), car ces affections se traduisent par une forte saillie dorsale, *mobilisable avec le métacarpien*, et par un raccourcissement plus ou moins marqué du médius.

Nous arrivons donc, par exclusion, à discuter le diagnostic de fracture indirecte de la base du 3^e métacarpien, affection rare, puisque Ricard et Dumoulin, Rieffel, Chéron, dans une thèse récente, n'ont pu en trouver un exemple typique. Or, chez notre blessé, le siège juxta-articulaire de la saillie osseuse, plutôt carpienne que métacarpienne, l'absence de mobilité anormale du métacarpien, la douleur peu vive provoquée par la rétro-pulsion de cet os ou par son abaissement ne sont pas en faveur d'une fracture de la base proprement dite du métacarpien. Par contre si l'on admet l'hypothèse d'une fracture partielle, d'un arrachement de la longue apophyse de cet os qui sert d'insertion au 2^e radial, tous les signes concordent. On comprend alors l'existence de cette saillie osseuse, mobile et crépitante, sur le dos du grand os; on s'explique ainsi le peu de gêne accusée par le malade dans les mouvements de flexion et d'extension, et la gêne plus marquée, au contraire, quand les muscles radiaux se contractent; on s'explique également pourquoi le maximum de douleur à la pression siège plutôt sur le métacarpien que sur le grand os.

Le diagnostic de la lésion présentée par notre malade, est donc, en dernière analyse, celui de fracture par arra-

chement de la styloïde du 3^e métacarpien, avec ascension du fragment inférieur sur le dos du grand os. La radiographie de la région dorsale du dos du poignet gauche, prise de face et de profil, confirme pleinement ce diagnostic.

Quel est le mécanisme de cette fracture ? Il semble logique d'admettre que, au moment où le malade est tombé sur la main fléchie, les muscles radiaux se sont contractés fortement pour s'opposer à l'exagération de la flexion et que l'un d'eux, le deuxième, a arraché la portion du 3^e métacarpien, sur laquelle il s'insère. Il est d'ailleurs, un moyen facile de vérifier l'exactitude de ce mécanisme, en électrisant le 2^e radial. L'expérience est on ne peut plus concluante : sous l'influence de la contraction brusque obtenue par la faradisation, on provoque, d'une part, une vive douleur au niveau du siège de la lésion et, d'autre part, le doigt appliqué sur la tumeur osseuse, la sent manifestement remonter.

Il est, enfin, une dernière question intéressante à examiner, chez notre malade, c'est celle du traitement.

La présence, en effet, de cette saillie osseuse, mobile, douloureuse, sur laquelle frottent les tendons extenseurs, qui gêne un peu les mouvements des doigts, crée des indications spéciales. Elle est irréductible, elle crée un empêchement réel au traitement, par les massages, et il y a tout intérêt pour le blessé à la réséquer. Le tendon radial devra être désinséré avec soin et suturé aux parties fibreuses avoisinantes, pour conserver l'action du muscle.

L'opération a été pratiquée le 26 avril. Anesthésie locale à la cocaïne. Incision de 5 centimètres suivant l'axe du 3^e métacarpien. Les tendons extenseurs du médius et de l'index qui sont soulevés par le bord tranchant du fragment osseux, sont reconnus et écartés. Le fragment osseux mobile est extirpé facilement, après désinsertion du tendon du 2^e radial auquel il était solidement fixé. Suture du tendon aux parties fibreuses qui recouvrent le grand os ; le tendon est, d'ailleurs, maintenu en position par les expansions qu'il envoie sur les os voisins. Suture de la peau au crin de Florence.

Le fragment osseux extirpé est bien constitué par la grande apophyse du 3^e métacarpien et la portion avois-

nante de la base. Il est formé par la moitié dorso-supérieure de cette dernière; il comprend l'articulation de l'apophyse avec le 2^e métacarpien, la moitié dorsale de l'articulation carpo-métacarpienne du 3^e, et une mince portion de l'articulation inter-métacarpienne des 3^e et 4^e.

Il avait basculé de telle sorte que sa face dorsale était en regard de celle du grand os, tandis que sa face « fracturaire » était recouverte par les téguments.

Il y avait bien arrachement osseux, fracture et non décollement épiphysaire, comme l'hypothèse en avait été émise, au cours de la discussion à la Société de Chirurgie.

M. Jaboulay croit aussi qu'il s'agit d'une fracture du métacarpien. Mais, pour que cet accident exceptionnel se produise, il faut une circonstance particulière. On pourrait rapprocher cette cause de celle qu'on rencontre dans la figure de Shepherd. Elle se produit quand l'épiphyse n'est pas soudée. Il est possible que la petite épiphyse de l'épine ait été arrachée, rendue friable par défaut d'ossification.

M. Gangolphe a vu un fait non semblable mais analogue. Il s'agissait de l'arrachement du long extenseur propre du pouce. Il croit donc qu'on peut observer des arrachements des implantations des tendons sur les os des doigts, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir un défaut d'ossification.

M. Jacob. — Il n'y a pas eu d'ecchymose, ce qui est étonnant vu la minceur des parties molles; l'arrachement cartilagineux ne pourrait-il pas, dès lors, expliquer l'absence de cette ecchymose ?

M. Batut a vu une luxation du semi-lunaire et put facilement la réduire. La luxation était telle que l'os était à la face dorsale.

M. Albertin a publié trois cas de luxation du semi-lunaire, mais, dans tous ces cas, c'était une luxation sur la face palmaire. En considérant la disposition des facettes du semi-lunaire, on constate qu'il est difficile de le voir luxer en arrière. Il faut qu'il se produise en avant des arrachements ligamenteux pour favoriser la luxation. Si l'os résiste c'est le radius qui casse.

FRACTURE DE LA TÊTE DU RADIUS ET LUXATION DU COUDE

M. Jacob. — Dans la dernière séance, MM. Jaboulay et Durand ont présenté des malades atteints de fracture du coude compliquant une luxation en arrière.

Nous avons l'honneur de présenter un cas semblable. Il s'agit d'un malade atteint de fracture de la tête du radius et de luxation totale du coude en arrière.

Le malade a fait, il y a 25 jours, une chute de cheval, et est tombé sur la paume de la main, le bras en extension. Il éprouva une très vive douleur, remarqua une déformation marquée du membre supérieur qui était une demi-flexion, et formait, au niveau du coude, un angle ouvert en dehors. Le médecin qui examine le malade diagnostique une luxation du coude qu'il réduisit immédiatement. Le malade fut envoyé à l'hôpital dans notre service.

A son entrée, nous constatons tous les signes d'une violente arthrite traumatique du coude : gonflement énorme, surtout en dedans, ecchymose, douleurs très vives. Le maximum de douleurs siègeait au niveau de l'extrémité supérieure du radius et l'on percevait même une crépitation très nette en ce point. Les saillies osseuses, repères du coude, étaient en situation normale. La luxation était donc réduite. Le ligament latéral interne est déchiré, on peut obtenir un mouvement de latéralité externe très marqué et mettre l'avant-bras à angle droit externe sur le bras.

La radiographie confirme ce diagnostic et montre que la tête est fracturée en deux moitiés ; l'éclat externe fait saillie en avant et s'étend jusqu'au col du radius.

Les mouvements sont très douloureux. Sous l'influence du massage, des bains chauds, les lésions se sont rapidement améliorées et, aujourd'hui, on constate que la tête du radius est épaissie, formant une saillie très marquée visible en dehors et en avant. Les mouvements de l'articulation ont presque leur amplitude normale, sauf le mouvement de supination. Depuis quelques jours on remarque que les mouvements sont plus gênés ; le malade se plaint de souffrir et déclare que le bras est un peu plus raide qu'il y a six jours. L'articulation est libre ; il n'y a plus d'épanchement, pas de craquements.

Mais on sent, dans l'épaisseur des muscles épitrochléens, au niveau de leur cône d'insertion, une induration nette, que la radiographie montre être due à des ostéomes en formation. Ces ostéomes assombrissent un peu le pronostic de ces traumatismes du coude ; ils sont fréquents, surtout chez les jeunes chez qui le périoste est encore très fertile. On peut se demander si le massage n'a pas une certaine influence sur la formation de ces ostéomes.

M. Gangolphe, rappelle que M. Ollier a insisté, l'an dernier, dans une discussion qui eut lieu à l'une des séances de la Société, sur certains inconvénients que paraît présenter le traitement des fractures par le massage. Il disait que jamais on n'avait tant vu d'ostéomes musculaires que depuis que le massage est devenu de pratique courante.

M. Ruotte a, en ce moment même, dans son service, un malade portant une ostéome du brachial-antérieur. Il lui semble, en effet, que les observations d'ostéomes musculaires sont nombreuses maintenant, mais ne serait-ce pas simplement le nombre des constatations et non des lésions qui aurait augmenté ? L'examen plus minutieux des malades et la radiographie pourraient expliquer seuls le nombre des cas constatés.

M. Jaboulay a présenté, l'an dernier, un malade atteint d'ostéome après une luxation du coude. Celui-ci n'avait pas été traité par le massage, mais par l'immobilisation et avait cependant un ostéome. On pourrait citer un grand nombre de cas analogues démontrant que le massage n'est souvent pour rien dans la pathogénie de cette affection.

M. Jacob a vu un cas semblable ; pas de massage, pas même de réduction, car il s'agissait d'une luxation du coude qui n'avait été l'objet d'aucun traitement. M. Loison, agrégé du Val-de-Grâce, opéra, mais la résection n'amena pas de succès orthopédique.

M. Gangolphe n'a pas voulu dire que le massage constitue la grande cause provocante des ostéomes. Il a même rapporté un cas où un ostéome du brachial-antérieur s'était produit, chez un enfant d'une quinzaine d'années, qui avait été atteint d'une ankylose du coude consécutive à une luxation pour laquelle on n'avait pratiqué

aucune tentative de traitement par le massage. Il a voulu seulement rappeler l'opinion qu'Ollier avait formulée l'an dernier.

M. Jaboulay veut insister sur ce grand fait clinique que le pronostic de ces ostéomes n'est pas aussi sombre qu'on veut le dire. La diminution spontanée de la masse osseuse se voit très fréquemment, sa disparition peut même être observée, de sorte qu'ils n'impliquent pas une thérapeutique agressive.

M. Gangolphe. — Laisser le malade sans intervention semble être, à son avis, la ligne de conduite qui s'impose actuellement. On aura tout le temps d'intervenir plus tard, si les masses osseuses augmentaient toujours et venaient à compromettre irrémédiablement la fonction de l'article.

Les Secrétaires : D^r DURAND.
D^r NOVÉ-JOSSERAND.

Le Gérant : D^r VALLAS.



BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

—*—
Année 1900-1901

Tome IV, 4^{me} Fascicule

MAI-JUIN

1901

LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

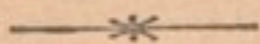
Anc^{re} Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1899-1900



BUREAU

<i>Président</i>	MM. FOCHIER.
<i>Vice-Président</i>	GAYET.
<i>Secrétaire général</i>	VALLAS.
<i>Trésorier-archiviste</i> ...	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i>	{ DURAND.
	{ NOVÉ-JOSSERAND.

MEMBRES

ALBERTIN.	JABOULAY.
AUBERT.	LAROYENNE.
AUGAGNEUR.	MARTEL.
BÉRARD.	MARTIN.
BERNE.	NOVÉ-JOSSERAND.
CHANDELUX.	POLLOSSON (Maurice).
CLAUDOT.	POLLOSSON (Auguste).
CONDAMIN.	ROCHET.
CORDIER.	ROLLET.
DURAND.	SABATIER.
FOCHIER.	SIRAUD.
GANGOLPHE.	TIXIER.
GAYET.	VALLAS.
GOULLILOUD.	VILLARD.
HORAND.	VINCENT.

MEMBRES CORRESPONDANTS

BATUT.	LABONNARDIÈRE.
CURTILLET.	RUOTTE.
JACOB.	SEVEREANU (de Buckarest).

MEMBRES DÉCÉDÉS

MARCUS,	OLLIER.
<i>Membre Correspondant.</i>	<i>Président d'honneur.</i>

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Séance du 2 mai 1901. — Présidence de M. GAYET.

M. Durand donne lecture du procès-verbal de la séance du 25 avril. Le procès-verbal est adopté.

M. Durand donne lecture d'une lettre de la rédaction de la *Revista de Medicina y Cirurgia* de Barcelone, demandant à faire l'échange de cette publication avec le bulletin de la Société. Il sera fait droit à cette demande.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE TUBAIRE EN IMMINENCE DE RUPTURE, EXTIRPÉE PAR LAPAROTOMIE VAGINALE

M. Jaboulay. — J'ai l'honneur de présenter une pièce de grossesse extra-utérine développée dans la moitié externe de la trompe droite et qui vient d'être enlevée. Elle a la grosseur et la forme d'un œuf, représente une grossesse de deux ou trois mois et offre, en un point du kyste opposé au bord adhérent de la trompe, un amin-

cissement de la paroi tubaire laissant voir, au-dessous, des caillots noirs et paraissant devoir être le point de déhiscence de la poche. D'un côté, à une extrémité, est le pavillon de la trompe, libre, à l'autre la section de la trompe du côté de l'utérus ; en bas le méso de la trompe qui la rattache au ligament large et dans lequel circulent des vaisseaux et le pédicule vasculo-nerveux. La consistance est molle, peu résistante. Il n'y a pas de perforation visible sur le pourtour de ce kyste ; cependant il y a, quelque part, une effraction qui a permis l'hémorragie intra-péritonéale, car il y avait du sang noir dans le péritoine pelvien. Quelques adhérences reliaient, d'une façon peu solide, ce kyste au voisinage. Nous l'ouvrîmes tout-à-l'heure pour examiner son contenu qui doit être le kyste embryonnaire, avec ses enveloppes habituelles, et l'embryon.

Cette pièce a été enlevée à une femme de 30 ans que j'avais opérée, il y a quatre ans, pour une suppuration du petit bassin, par l'incision du cul-de-sac de Douglas. Cette pelvi-péritonite, d'origine annexielle, sans doute, rend compte de la cause de la grossesse extra-utérine par l'obstacle qu'elle a placé et qui en est résulté sur un point de la trompe droite ; l'ovule fécondé n'a pu continuer sa migration du côté de la cavité utérine ; il a été retenu à un niveau qui correspondait à peu près au milieu de la trompe de Fallope. La malade, qui était réglée vers la fin de chaque mois, vit ses règles manquer fin février dernier, elles réapparurent fin mars et ne revinrent que fin avril. Il semble donc, en s'en rapportant au premier arrêt des règles, que la grossesse serait de deux mois et demi et que la fécondation remonterait au milieu de février. Elle se plaignait, quand elle est entrée, il y a trois jours, dans le service, de douleurs pelviennes aggravées par le toucher vaginal. Celui-ci faisait constater un empatement mollasse du cul-de-sac de Douglas, et puis une masse à droite dans la trompe que j'évaluais à la grosseur d'un œuf. En employant cette expression, je ne pensais être aussi juste et me trouver en présence d'un œuf véritable, d'un œuf humain. La malade n'avait pas de fièvre.

La laparotomie vaginale fut pratiquée, comme j'ai l'habitude de le faire, en descendant l'utérus avec une

pince et en incisant sur le côté gauche, avec des ciseaux courbes, le cul-de-sac de Douglas (vagin et péritoine) transversalement. Immédiatement après, je vois du sang noir et des caillots, à peu près un verre. Le kyste de la trompe droite fut attiré, avec l'index gauche recourbé en crochet, à travers l'incision du péritoine et du vagin, descendu dans le vagin et amené à la vulve. Puis un fil lia la portion utérine de la trompe et celle-ci fut sectionnée en dehors du fil, en dedans du kyste qui fut ainsi libéré, tel que je vous le présente. Une mèche pour drainer a été placée dans le péritoine pelvien, après résection de la portion utérine de la trompe droite.

Cette opération a eu l'avantage capital d'être pratiquée au moment où la rupture du kyste embryonnaire était imminente et où l'inondation intra-péritonéale, par le sang venu de son intérieur, allait se produire. Elle aura donc évité à la malade ce cataclysme, cet accident qui, s'il n'est pas souvent mortel, est cependant grave et inquiétant et peut conduire à la laparotomie abdominale et à la recherche, dans des conditions autrement difficiles que celles dans lesquelles nous nous sommes trouvé, du kyste embryonnaire. Dans un cas de ce genre j'ai dû extraire du ventre un plein chapeau de caillots noirs, remontant jusqu'au diaphragme et dans lesquels était un embryon de trois ou quatre centimètres. Bref, nous ne pouvons que nous féliciter d'être arrivé à temps pour éviter, en une seule fois, à notre malade, les dangers et les suites toujours aléatoires d'une grossesse extra-utérine.

Voici maintenant ce que permet de constater l'examen direct de la pièce après son incision : des caillots, les enveloppes, chorion et placenta, mais l'embryon a dû être résorbé. La poche kystique a six centimètres de long sur trois ou quatre de haut. C'est donc une grossesse de deux à trois mois environ. La paroi tubaire put être décorquée autour des annexes embryonnaires. Le placenta est formée de cotylédons saillants d'un demi-centimètre, noirs, arrondis, séparés par des sillons et correspondant au point où la déchirure de la trompe allait se faire.

M. Goullioud aurait pu, à propos de ce cas de grossesse extra-utérine, présenter un embryon de 11 centimètres qu'il vient d'extraire. Il a eu, dans ces dernières semaines,

l'occasion de voir deux cas de mort par grossesse extra-utérine. Cette léthalité est en contradiction formelle avec la normale et les opinions classiques à Lyon, ce qui donne à son histoire un intérêt spécial.

Le 29 mars il fut appelé pour opérer une hématoécèle. Il trouva la femme très pâle et très anémiée. M. Polloson l'avait vue la veille et avait fait le même diagnostic en demandant une intervention que des circonstances spéciales ne lui avaient pas permis de pratiquer. M. Goullioud porta la même indication ; avant de transporter la malade pour l'opérer, il fit une injection de sérum qui fut à peine résorbé et la malade mourut pendant ce temps préliminaire. Ce qu'il y a de particulier, c'est que cette femme paraissait encore résistante quand il la vit pour la première fois et que, cependant, il eut le chagrin de la voir mourir avant de l'opérer ; quelques heures avaient suffi pour amener l'agonie et la mort.

Ce cas lui paraissait en contradiction avec son expérience antérieure et avec l'enseignement de M. Laroyenne et les publications de M. Condamin, qui proclament que l'hémorrhagie ne tue pas les malades. Cependant, beaucoup de chirurgiens, étrangers surtout, n'admettent pas cette opinion et considèrent, comme on sait, que l'inondation péritonéale est extrêmement grave. Peu de temps après, il revit une autre malade qui avait eu un passé pelvien, comme la malade de M. Jaboulay, et qui venait de présenter les phénomènes cataclysmiques de l'hématoécèle. Il fit transporter cette malade à l'hôpital. Le soir elle allait bien et n'offrait aucune indication d'urgence. Dans la nuit elle alla plus mal et, au matin, il l'opéra, l'ayant trouvée mourante. Il fit une injection de sérum, la maintint la tête en bas : tout fut inutile, elle mourut quelques instants après :

Voilà donc deux cas de rupture de grossesse extra-utérine, malheureusement terminés par la mort. Il s'expliquait très bien que, dans ces cas où la grossesse datait de trois mois environ, les dimensions du vaisseau doivent rendre l'hémorrhagie formidable. Il pensait, avant ces derniers temps, au contraire, que la rupture d'une grossesse de deux mois n'implique peut-être pas forcément l'intervention qu'une grossesse de trois mois ou plus impose. Mais il est admis maintenant que le diagnostic

de cette redoutable affection est très difficile à cause de l'obscurité des symptômes. On ne peut, par exemple, préjuger de l'âge d'une grossesse extra-utérine supposée reconnue, par l'époque des dernières règles; la menstruation persistera intacte ou légèrement modifiée pendant l'évolution de la grossesse tubaire. Il faut donc insister sur les dangers de la rupture et la rapidité d'évolution de ses symptômes. Sa deuxième malade en est un exemple typique. Il croit donc qu'on ne doit plus compter sur la bénignité classique de la rupture tubaire et que les hémorragies qui en constituent le grand danger semblent de plus en plus devoir être écartées par les moyens chirurgicaux de l'hémostase, c'est à dire par la laparotomie.

UN ACCIDENT GRAVE DU TRAITEMENT MÉDICAL DE L'APPENDICITE : GELURE ÉTENDUE DE LA PAROI ABDOMINALE PAR APPLICATION DE GLACE.

M. Durand. — Je n'ai pas l'intention de soulever de nouveau la question complexe du traitement de l'appendicite, question traitée devant la Société, il y a quelques mois. Je désire simplement vous montrer un accident assez rare, exceptionnel même, du traitement médical de l'appendicite.

Ce malade, ainsi que vous pourrez le voir, a la partie droite de sa paroi abdominale couverte d'une vaste cicatrice; elle résulte d'une véritable gelure consécutive à l'application prolongée d'une vessie de glace.

Ce jeune homme a été atteint d'une appendicite aiguë dans les premiers jours de mai 1900, et fut soigné à domicile par les moyens médicaux, c'est dire qu'il a échappé en partie à la surveillance continue que peut procurer le traitement à l'hôpital. Il lui fut prescrit, en outre de l'opium, des applications glacées suivant le *modus faciendi* habituel. La glace, un kilog environ, renouvelée toutes les deux heures, était contenue dans une vessie en caoutchouc. Celle-ci était appliquée directement sur la peau, sans interposition d'un linge, d'une lame de flanelle ou d'ouate, comme cela se fait d'habitude. C'est peut-être à

cette circonstance qu'est dû l'accident, mais je dois noter que, dans une observation analogue qu'un interne du service de M. A. Pollosson a présentée, il y a quelques années, à la Société des Sciences Médicales, il est dit expressément que la gelure s'est produite bien qu'on ait toujours interposé un linge entre la vessie de glace et la paroi. La glace a été employée de cette façon pendant 18 jours et procura au malade un très grand soulagement, car la poussée appendiculaire parvint à résolution sans aucune intervention chirurgicale.

Les phénomènes de gelure se développèrent sous la vessie sans produire aucun trouble subjectif, le malade ne s'en aperçut pas, mais le médecin aurait vu, vers le 5^e ou le 6^e jour des applications glacées, quelques troubles cutanés auxquels on n'attachait, dit le malade, aucune importance à cause de l'absence de signes subjectifs. Aussi, quand, une douzaine de jours après, on décida la suppression de la vessie, la paroi fut trouvée noirâtre, comme calcinée, dit le malade. On dut enlever par fragments, avec des pinces, la portion de paroi qui s'était sphacélée. Cette élimination dura un mois environ et a porté, comme on peut s'en rendre compte, sur les deux tiers inférieurs environ de la moitié droite de l'abdomen.

Il est difficile de savoir jusqu'à quelle profondeur la paroi a été touchée et si le sphacèle a atteint ou respecté les plans fibro-musculaires. Comme il n'y a pas d'éventration et que la paroi est à la fois souple tout en paraissant, à la palpation, avoir conservé sa résistance, on peut espérer que les plans cutanés seuls ont subi l'élimination.

Après un très grand nombre de pansements et quelques cautérisations, cette vaste plaie a fini par se cicatriser ; la cicatrisation s'est obtenue en deux mois environ. De cette façon, cette gelure a mis trois mois : un d'élimination et deux de réparation, pour terminer sur évolution. On voit, par conséquent, que cette complication offre une grande importance puisqu'elle a exigé trois mois de traitement. Ce n'est pas là son seul inconvénient, car elle pourrait avoir compromis gravement la solidité de la paroi abdominale. Tout d'abord, il en pourrait résulter une éventration spontanée et, d'un autre côté, elle m'a fait hésiter à pratiquer l'intervention pour laquelle ce malade entre à l'hôpital. Il vient demander l'ablation de

son appendice qui a été le siège, il y a quelques semaines, d'une deuxième poussée inflammatoire, guérie, comme la première, par le traitement médical. Il ne demande la laparotomie qu'avec quelques réserves, car c'est un ouvrier fort intelligent qui sait ce que c'est qu'une éventration post-opératoire et pense que cette complication serait très préjudiciable à sa profession pénible de mécanicien de chemin de fer. Si j'étais sûr que la peau seule ait été atteinte, je n'hésiterais pas à lui affirmer que l'intervention ne peut en rien nuire à sa paroi ; mais craignant, malgré le bon état apparent des parties, que l'escharification ait été profonde, je n'ose m'avancer autant. Cependant je crois que, malgré ces réserves, je me déciderai à intervenir, pour débarrasser le malade de son appendice malade (1).

Je me suis demandé, d'autre part, quelle peut bien être la pathogénie de ces gelures exceptionnelles. Il faut, évidemment, qu'une cause prédisposante ait affaibli la résistance vitale de la paroi pour que la vessie de glace lui cause des dégâts que, généralement, elle ne produit pas. Les médecins ont eu l'occasion, plus que les chirurgiens, d'observer cet accident, car il a été noté un certain nombre de fois au cours de la fièvre typhoïde. MM. Tripier et Bouveret, dans leur livre sur cette affection, se sont occupés de cette question. Ils pensent que, dans certains cas, la paroi abdominale est mise en état de moindre résistance par les altérations que peuvent subir ses vaisseaux. Cette explication paraît très satisfaisante dans l'appendicite. On sait, en effet, quelles altérations profondes présentent, lors de l'intervention, les différents plans de la paroi abdominale. Les tissus sont œdématiés, imbibés d'une sérosité jaunâtre, les veines sont gorgées de sang noir. Il est facile de comprendre que ces organes sont en état de vitalité moindre et que tel traumatisme qui, normalement, ne produirait rien, pourra déterminer, en survenant dans de pareilles conditions, de véritables désordres. Il est hors de doute que la vessie de glace, même appliquée directement, ne suffit pas à escharifier des tissus sains. Ne pourra-t-elle pas, au contraire, être nocive dans de pareilles conditions ?

(1) Voir plus loin, page 258.

M. Jaboulay a vu deux cas de gangrène par ce mécanisme. Il a eu occasion de voir, entre autres, la malade de M. Pollosson. Il n'est pas facile de comprendre comment s'escharifie cette paroi hyperémisée par la péritonite; l'explication est encore à donner.

* * *

OSTÉOME DU BRACHIAL ANTÉRIEUR

M. Ruotte présente le malade dont il a parlé dans la dernière séance, atteint d'un volumineux ostéome du brachial antérieur, consécutif à une luxation du coude en arrière, réduite de suite après l'accident, traitée par la mobilisation et le massage.

Cet ostéome est indépendant du squelette, très mobile dans le sens transversal; il ne gêne en rien les mouvements du coude, et comme, en raison de son peu d'ancienneté (l'accident date du 15 décembre dernier), on peut espérer le voir diminuer de volume, il n'y a pas lieu d'intervenir d'une façon quelconque.

M. Batut rappelle qu'il a observé un malade ayant un ostéome. Il le fit masser un peu énergiquement. Au bout d'un mois, il le vit se mobiliser et perdre peu à peu toutes ses adhérences à l'humérus. Le malade partit du service en un bon état.

* * *

FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU 3^e MÉTACARPIEN

M. Jacob montre la pièce du malade présenté dans la dernière séance. L'homme présentait une fracture de l'apophyse radiale du 3^e métacarpien. L'opération montra que le diagnostic était exact, mais que le fragment comprenait, outre l'apophyse, une partie de la tête même de cet os. Il y a fracture et non pas arrachement épiphysaire, ainsi que l'avait pensé M. Jaboulay. Il ajoute qu'un anatomiste allemand a trouvé dans 70/0 une épiphyse indépendante représentant l'épine radiale.

**FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE
DU PREMIER MÉTACARPIEN**

M. Jacob présente un malade ayant une fracture de l'extrémité supérieure du premier métacarpien.

M. Jaboulay veut faire remarquer que M. Jacob a dit qu'il ne s'agissait pas d'un décollement épiphysaire, parce que la face fracturée du fragment présentait non du cartilage mais de l'os. Cet argument n'est pas suffisant, car on sait que, dans le décollement des épiphyses, le trait de séparation porte non sur le cartilage, mais en plein sur la substance osseuse.

Il remarque encore que le malade que présente aujourd'hui M. Jacob est atteint d'une fracture au niveau d'un cartilage de conjugaison et que sa lésion pourrait encore être interprétée comme un décollement épiphysaire.

M. Jacob. — Ce malade a dépassé l'âge où s'opère la soudure de ces épiphyses et il paraît s'agir de véritables fractures plutôt que de décollements épiphysaires.

Séance du 9 mai 1901. -- Présidence de M. GAYET.

M. Durand donne lecture du procès-verbal de la séance du 2 mai. Il est adopté.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Goullioud présente le petit fœtus dont il a parlé dans la dernière séance et précise ainsi qu'il suit quelques points de sa communication.

Je crois que l'on ne doit pas oublier les cas de rupture mortelle quand on se trouve en face d'une malade chez qui on peut suspecter le diagnostic. On doit spécialement savoir qu'il ne faut pas se fier à la dernière apparition des règles pour établir l'âge de la grossesse, celles-ci pouvant persister dans les premiers mois de la grossesse ectopique. On ne se basera donc pas sur ces deux notions pour intervenir chirurgicalement quand on pourra croire à une grossesse avancée déjà, de deux ou trois mois par exemple, et qu'on se trouvera dans des conditions favorables pour opérer. N'oublions pas, en effet, la fréquence des hématoécèles où les premiers accidents n'ont pas entraîné la mort, où la guérison est survenue par le simple traitement médical ou par le traitement chirurgical retardé. Bien entendu, quand le diagnostic de la grossesse extra-utérine est porté avant les accidents de rupture, son ablation s'impose.

**DU DÉDOUBLEMENT DE LA ROTULE APPLIQUÉ A LA CURE
DES RUPTURES ANCIENNES DU TENDON TRICIPITAL
FÉMORAL.**

M. Rochet. — Il s'agit d'une rupture totale du tendon tricipital fémoral, datant de deux mois, avec tendon sectionné au ras de la rotule, et raccourcissement énorme de presque sept centimètres. Ces raccourcissements ne sont pas, d'ailleurs, très rares, et on en a cité plusieurs exemples.

Dans ce cas particulier la mobilisation par ostéotomie de la tubérosité antérieure du tibia, ne pouvait donner qu'un allongement de 18 à 20 millimètres, la distance qui sépare l'extrémité supérieure de la tubérosité au plateau articulaire tibial n'était, au maximum, que de deux centimètres. Ce n'était pas suffisant.

En se servant des incisions tendineuses dites « en accordéons », pour obtenir un allongement suffisant, il fallait faire de nombreuses et larges incisions sur un tendon qui, de par sa constitution anatomique, est inextensible, qui est beaucoup trop plat pour ce genre d'incisions et qui, depuis deux mois, époque de l'accident, était déjà passablement atrophié. On pouvait, évidemment, pratiquer successivement, et dans la même intervention, l'ostéotomie mobile et l'allongement par les incisions en accordéon, mais toute cette mobilisation, toute « cette menuiserie » tendineuse et osseuse, était-elle très compatible avec le but final, c'est-à-dire avec la création d'un tendon de force ?

M. Rochet pensa alors à tenter un nouveau procédé. Il pratiqua une incision portant sur la face antérieure du genou et allant, en haut, jusqu'à l'extrémité du muscle recroquevillé, en bas un peu au-dessous de la pointe de la rotule.

On disséqua soigneusement le tissu cellulaire, le tissu graisseux sous-cutané, de manière à mettre à découvert l'extrémité inférieure du tendon du droit antérieur, la rotule, le tendon rotulien ; exploration alors de l'état du muscle lui-même et du ligament rotulien. Puis, la rotule étant bien à découvert, on la divise à la scie en deux moitiés, antérieure et postérieure. Le trait de scie était

parallèle à la face antérieure de l'os et commençait au-dessus des insertions du tendon rotulien. La section osseuse n'était pas totale, cependant; elle s'arrêtait en haut, et laissait les deux moitiés reliées l'une à l'autre, vers la base de la rotule, à la façon d'une moitié d'orange que l'on veut offrir, ou d'un livre que l'on ouvre. Les deux fragments rotuliens restaient ainsi reliés à leur base par leur périoste, l'épais trousseau fibreux qui se trouve à ce niveau, les débris du tendon sus-rotulien, le tout faisant charnière fibreuse, et permettant de relever en haut la moitié antérieure de la rotule, comme une tabatière. Et, en effet, on rabattit ensuite en haut, du côté du muscle quadriceps, la moitié supérieure de la rotule qui vint tourner autour de sa charnière et combler la dépression sus-rotulienne laissée par l'ascension du tendon tricipital. On sutura alors ce fragment inférieur relevé au muscle quadriceps rétracté, et l'on renforça la charnière elle-même par quelques points de suture comprenant les tissus fibreux qu'on pût trouver autour.

De cette façon la résistance d'un tendon sus-rotulien ne fût pas compromise par des incisions qui auraient dû être nombreuses et profondes; l'insertion inférieure du ligament sous-rotulien n'avait rien perdu non plus, de sa solidité normale. Faisons remarquer, de plus, que, de cette façon, les suites opératoires se comportent bien mieux que si le malade avait été opéré par une suture à la suite d'une fracture de la rotule, par exemple. En effet, le cal situé haut dans la cuisse, entre les deux fragments, échappera plus facilement aux traumatismes et aux secousses constantes produites par les condyles du fémur et n'aura à subir que la tension suivant l'axe, sans risquer de se ployer sur ces condyles, comme sur un chevalet, pendant les mouvements de flexion de la jambe, ainsi qu'il arrive pour les cas consécutifs à une fracture ordinaire de la rotule.

Chez notre malade le résultat fut, d'ailleurs, excellent. Deux mois après l'opération on constatait, par la palpation, la présence, au-dessus de la rotule droite, d'une masse ostéo-fibreuse qui n'est que la moitié supérieure de la rotule dédoublée et qui se continue plus haut, avec la masse musculaire du quadriceps. Celle-ci

semble moins étendue en hauteur du côté droit que du côté gauche.

Les mouvements d'extension sont presque aussi étendus que du côté gauche, mais le membre droit est encore moins fort que le gauche. Le séjour dans le plâtre n'a pas sensiblement atrophié les masses musculaires.

Quatre mois après l'opération le malade sort du service, guéri ; la marche est facile, les mouvements d'extension bien rétablis ; le malade soulève avec sa jambe blessée des haltères, de deux à cinq kilos.

La flexion de la jambe sur la cuisse dépasse sensiblement l'angle droit et tout fait prévoir que, d'ici peu de temps, à mesure que le triceps rétracté se laissera étendre par la flexion progressive, celle-ci deviendra complète.

M. Vallas vient de constater l'excellence du résultat immédiat obtenu par l'ingénieux procédé de M. Rochet. Au point de vue des résultats futurs, il lui semble que ce malade se comportera mieux que s'il avait été opéré pour une fracture de la rotule. Dans ces cas, en effet, le cal tend à s'allonger parce que, outre la tension suivant l'axe, le cal fibreux subit des tractions du fait de sa situation au niveau des condyles du fémur et des secousses plus considérables que celui-ci qui, perdu, en quelque sorte, dans la cuisse, est beaucoup moins traumatisé. Il semble donc que le résultat se maintiendra tel qu'il est actuellement. Il faut compter, cependant, avec les traumatismes brusques que peut subir le membre inférieur.

* * *

BEC DE LIÈVRE COMPLEXE

Observation adressée par M. le docteur Debrie, médecin chef de l'hôpital militaire de Briançon et d'une lettre de M. Debrie, demandant à faire partie de la Société à titre de membre correspondant.

M. Claudot donne lecture de cette observation.

* * *

Une commission est nommée pour examiner ce mémoire et déposer un rapport. Elle est composée de MM. Claudot, Vallas, Nuvé-Josserand.

Séance du 23 mai. — Présidence de M. GAYET.

M. Durand donne lecture du procès-verbal de la séance du 9 mai. Il est adopté.

* * *

OSTÉOME DU BRACHIAL ANTÉRIEUR

M. Batut présente un malade porteur d'une lésion post-traumatique du coude, qui paraît être un ostéome du brachial antérieur.

M. Vallas n'est pas certain qu'il s'agisse bien là d'un ostéome du brachial antérieur.

Il lui semble que la tumeur est située à la partie interne du coude, trop loin en dedans, pour pouvoir appartenir au brachial antérieur. On pourrait penser à une fracture de l'épitrôchlée, mais celle-ci est nette et, comparée à celle du côté sain, paraît absolument intacte.

Il ne s'agit pas non plus d'une lésion développée dans les muscles épitrôchléens, car ils ne remontent pas aussi haut que le point occupé par la tumeur et paraissent sains à la palpation, en arrière et en dedans de celle-ci. Il semble donc que cette masse pourrait plus logiquement, peut-être, s'expliquer par un arrachement des organes périostéo-ligamenteux de la partie interne du coude.

M. Chandelux. — Il semble que cette grosseur se soit développée bien rapidement pour être un ostéome musculaire. N'est-il pas plus logique de penser à une déchirure périostéo-ligamenteuse ?

M. Claudot pense, en effet, que la date du traumatisme est encore bien rapprochée pour qu'on puisse porter le diagnostic ferme d'ostéome. **M. Batut** a-t-il connaissance de cas où l'ostéome se soit développée avec une telle rapidité? Il serait bon qu'il fît quelques recherches bibliographiques à ce sujet et qu'il entretînt la Société des résultats de ses recherches.

* * *

HERNIE ÉPIGASTRIQUE CONTENANT UN FIBROME DU LIGAMENT FIBRIFORME DU FOIE

M. Jacob. — Nous avons l'honneur de présenter un malade opéré et guéri d'une hernie épigastrique dont le contenu était en partie constitué par un épaissement fibreux du ligament rond du foie.

Voici l'observation résumée du malade :

L. F..., soldat au 95^e régiment d'infanterie, âgé de 23 ans, est de constitution assez vigoureuse, bien qu'il ait été opéré, il y a un an, pour une adénite cervicale tuberculeuse. A la fin du mois de mars dernier, au cours d'un exercice pénible de gymnastique, il ressentit une vive douleur dans la région épigastrique, douleur accompagnée de coliques et d'état nauséux. Le soir même, il constatait l'existence d'une tumeur.

Le malade entre dans notre service le 7 avril. On note, à quatre centimètres environ au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane, l'existence d'une tumeur présentant le volume d'une grosse amande. Elle est mate, dure au centre, lobulée à la périphérie; elle est complètement irréductible et n'augmente pas quand le malade tousse. La peau glisse sur elle; elle est, elle-même, en partie mobilisable sur les plans qui constituent la paroi abdominale, mais elle leur est unie par un pédicule qui est plus dur que le reste de la tumeur et qui traverse manifestement la paroi par un orifice dont on sent le rebord. La traction sur ce pédicule est douloureuse et les douleurs s'irradient dans le ventre, tantôt à gauche, tantôt à droite, en s'accompagnant d'un état nauséux pénible.

Cette tumeur, non douloureuse à la pression, donne naissance à des coliques vives et à un état nauséux marqué surtout après les repas, dès que le malade veut se livrer à un exercice un peu violent.

Le diagnostic s'imposait. Nous avons affaire à une masse graisseuse sous-péritonéale herniée au travers d'un orifice de la ligne blanche. Mais qu'y avait-il en son centre ?

L'opération est pratiquée le 17 avril. La tumeur mise à nu, est constituée par de la graisse sous-péritonéale, étalée comme un champignon sur la paroi abdominale. La ligne blanche est sectionnée, au-dessus et jusqu'à l'anneau, pour bien mettre à découvert le pédicule ; la masse graisseuse est dissociée en partant du pédicule. Nous trouvons un petit sac péritonéal vide, pouvant loger la pulpe de l'index, très mince. Il adhère à une portion de la masse graisseuse, beaucoup plus épaisse et plus dure que le reste. Le sac est isolé, lié et excisé.

Nous enlevons alors la masse graisseuse qui se dissocie facilement, sauf à sa base où elle adhère et forme un pédicule que l'on lie et que l'on coupe.

La paroi est fermée par deux plans de suture.

Examen de la pièce. — La masse enlevée est formée par de la graisse sous-péritonéale. A son centre, entièrement confondue avec le reste de la masse graisseuse dont on ne peut la séparer qu'avec les ciseaux, on trouve une masse blanche, fibreuse, très résistante, ayant les dimensions et la forme d'un noyau d'olive, dont l'extrémité inférieure, coupée net, correspond au pédicule que nous avons lié et réséqué. Sur la surface de section on aperçoit les deux orifices d'un canal que l'on retrouve replié sur-lui-même, sur toute la longueur de cette masse fibreuse après avoir incisé cette dernière en deux moitiés.

On se rend compte alors que cette masse est une portion très épaisse, *véritable fibrome*, du ligament rond du foie, et que le canal qui a été sectionné est le vestige de la veine ombilicale qu'il contient dans son épaisseur. Ce ligament rond est sous-péritonéal dans une certaine étendue de son parcours sus-ombilical. Il a été attiré, avec et par la graisse sous-péritonéale, au travers de

l'orifice anormal que présentait la ligne blanche; il s'est coudé et soudé à lui-même et à la graisse qui l'entourait, formant ainsi ce noyau dur que nous percevions dans le centre et dans le pédicule de la tumeur, C'est sans doute au tiraillement sur le foie qu'étaient dues les coliques vives, les douleurs et l'état nauséeux dont se plaignait spontanément le malade, ou que l'on provoquait en faisant des tractions sur la tumeur.

Le malade est aujourd'hui complètement guéri.

M. Batut veut appeler l'attention sur un incident que présente ce malade. Il offre, en effet, une paralysie complète du nerf radial. Ce malade est un peintre et, en même temps, un bacillaire.

On doit penser à une compression du radial pendant l'opération, sur le bord de la table, par exemple, car les troubles paralytiques ressemblent plus à une lésion du radial qu'à une paralysie saturnine des extenseurs.

* * *

ÉTRANGLEMENT TRÈS SERRÉ D'UNE ANSE INTESTINALE DANS LE COLLET D'UNE ÉVENTRATION POST-OPÉRATOIRE DE LA LIGNE BLANCHE

M. Durand. — Je viens d'opérer, dans le service de M. M. Pollosson, que j'ai l'honneur de suppléer en ce moment, une malade atteinte d'éventration post-opératoire. Son histoire me paraît intéressante à deux points de vue : d'abord par l'étroitesse du collet de l'éventration qui détermina un étranglement serré jusqu'à compromettre la vitalité d'une anse grêle qui s'y était engagée, puis, par la présence au pourtour du sac péritonéal de cette véritable hernie, d'un certain nombre de productions kystiques dont la pathogénie ne m'apparaît pas très nettement. Ce sont ces deux points que je désire mettre en lumière.

Une jeune femme de 36 ans, F. M..., eut, il y a 4 ans, sa première grossesse. L'accouchement, qui survint le 26 juillet 1897, fut suivi de phénomènes infectieux qui ne présentèrent pas, sans doute, une grande acuité, puisque

c'est seulement au bout de trois semaines que son médecin la fit entrer à la Charité pour subir une opération que nécessitait, dit-elle, son état général et le développement considérable de son abdomen. Elle avait été opérée trois jours après son arrivée, mais ne sait pas ce qu'on lui fit. Elle donne des réponses si peu précises qu'il est même impossible de savoir dans quel service elle entra, ni quel chirurgien l'opéra. Il semble cependant qu'elle a été soignée dans le service de M. A. Pollosson. Sa guérison nécessita de nombreux pansements, et il fallut neuf mois pour que sa paroi abdominale fût complètement restaurée. Il est probable, dès lors, qu'elle fut opérée d'un foyer de péritonite et qu'on lui avait mis un gros drainage à la Mickulicz, de sorte que sa paroi se ferma par cicatrisation secondaire. Tout allait bien, la longue convalescence une fois terminée, lorsqu'en novembre 1900, cette femme remarqua que sa cicatrice, jusque là plane et indolore se soulevait, à peu près en son milieu sous la forme d'une petite saillie du volume d'une noisette. Elle s'accrut doucement, sans cesser d'être indolore, jusqu'à acquérir le volume d'une pomme. S'observant peu, cette femme ne sait pas dire si la tumeur présentait de l'impulsion pendant l'effort et la toux et si elle était réductible. Elle portait une ceinture hypogastrique et ne s'occupait pas autrement de la lésion qui se développait.

Le vendredi, 26 avril, sans cause connue, au moment où la malade allait se coucher, la tumeur devint subitement douloureuse, grossit brusquement, atteignant le volume d'une orange. La douleur, partie de la tumeur, s'irradia rapidement dans tout l'abdomen, en même temps que paraissaient des nausées qui ne tardèrent pas à devenir de vrais et abondants vomissements. Cet état fut de courte durée et disparut dans la nuit, sans que d'autres soins que ceux de l'entourage aient été donnés à cette femme. Les jours suivants, il se produisit, de préférence la nuit, quelques douleurs, mais elles ne durèrent pas et ne provoquèrent aucune inquiétude.

Le dimanche, 5 mai, à peu près dans les mêmes conditions que le 26 avril, l'état devint subitement alarmant : les douleurs, les vomissements apparurent et, cette fois, ne cessèrent pas spontanément. Il fallut appeler un

médecin qui jugea de suite qu'il y avait lieu d'intervenir.

A son entrée, la malade présentait les troubles fonctionnels de l'étranglement herniaire ; son état général était assez inquiétant et la température était de 38°4. Localement on constatait, au milieu de la ligne ombilico-pubienne, une saillie du volume d'une orange, mais parfaitement sessile, étalée, au contraire, en forme de calotte aplatie, comprenant moins d'un hémisphère. Elle était bosselée, mais légèrement, et la peau, partout normale, présentait, immédiatement au-dessous du point le plus saillant, une sorte d'amincissement laissant voir sous forme d'une teinte violacée, qu'elle était soulevée par un liquide hématique. La tumeur était tendue, fluctuante, douloureuse et, fait particulier, se continuait sans présenter de contour net, avec les tissus voisins ; elle ne paraissait pas réductible sous la palpation très légère qui fut pratiquée.

Je fis immédiatement le diagnostic d'occlusion dans une éventration, sans en préciser le mécanisme, ajoutant, en outre, que l'hyperthermie constatée me faisait craindre quelque complication intestinale. L'intervention immédiate découlait de ce diagnostic et ne fut pas différée.

Cette éventration ne ressemblait guère à ces larges boursoufflures qu'on a l'habitude de constater et donnait, au contraire, l'impression qu'on a devant une hernie ombilicale étranglée ; aussi avais-je le projet de me comporter comme je le fais dans ces cas, en abordant la hernie par l'omphalectomie de Molière-Condamin. Je circonscrivis la tumeur par une incision losangique ; les constatations faites immédiatement m'empêchèrent de poursuivre ce plan.

En effet, à peine la peau était-elle incisée que je vis apparaître une masse rouge-noirâtre donnant l'impression d'un sac herniaire mince rempli du liquide séro-hématique des étranglements. Je tentai de l'isoler de la plaie, ce qui se fit assez bien, mais, à un moment donné, la poche se remplit, son contenu s'écoula et, par l'orifice agrandi, je vis que j'avais pénétré dans une cavité parfaitement close, dont la paroi avait tout l'apparence d'une lame séreuse, d'un véritable sac herniaire, mais d'un sac fermé, sans communication avec le péritoine. Je me débarrassai de cette poche assez adhérente dans

la profondeur et, en l'isolant, j'ouvris trois ou quatre collections exactement de même constitution, mais de plus petit volume.

Enfin mes recherches me conduisirent dans une poche plus grande d'où s'écoula un grand demi-verre de liquide séro-hématique. L'orifice agrandi, je trouvai dans la cavité une anse intestinale assez volumineuse et fortement congestionnée. L'exploration digitale me montra que cette anse pénétrait dans la poche par un orifice très étroit de sa partie profonde. L'étranglement était complet, produit par un anneau large au plus de trois centimètres et très rigide. J'eus quelque peine à le débrider ou, du moins, je dus prendre quelques précautions pour y parvenir, car l'intestin était extrêmement serré dans cet anneau. Il l'était à un tel point que déjà on pouvait voir, aux points de striction, un sillon blanchâtre tranchant nettement, par sa coloration livide, sur le rouge boudin du reste de l'intestin. Un lavage à l'eau chaude me donna la satisfaction de voir la circulation sanguine réapparaître sur ce point inquiétant et je pus réduire l'intestin sans trop d'arrière-pensée. Le sac herniaire débarrassé de son contenu intestinal, je me mis en devoir de l'extirper et, fait qui ne laissa pas de me surprendre, je pus le séparer assez facilement de la peau et du plan profond, résultat qui ne fut atteint qu'après l'ouverture de deux ou trois collections kystiques analogues à celles que j'avais d'abord rencontrées.

Pour terminer rapidement l'histoire clinique de cette malade, je dirai que je pus faire une suture à trois plans : péritoine, plan fibreux cicatriciel et revêtement cutané, que cette intervention eut le plus heureux résultat et que la malade quitta le service, le seizième jour après l'opération, sans que sa guérison ait été entravée par le moindre incident.

En analysant maintenant les détails de l'anatomie pathologique de cette lésion, je désire insister sur les deux points intéressants que j'ai signalés au début de cette communication.

Si on considère le mécanisme de l'étranglement et l'état des organes qui l'ont produit, ils me semblent exceptionnels dans l'éventration post-opératoire. Dans cette complication tardive des laparotomies, en effet, on

voit ordinairement une large boursoufflure de la cicatrice qui fait saillie entre les muscles droits écartés et constitue une poche s'ouvrant dans l'abdomen par sa portion la plus large. Dans ce cas, les accidents intestinaux qui se produisent ne peuvent être dus à de l'étranglement, puisqu'il n'y a pas de collet étroit à ces larges sacs herniaires. Ils sont causés surtout par les adhérences que l'intestin contracte et qui l'immobilisent en situation vicieuse. Ici, au contraire, je me suis trouvé en présence d'un véritable sac séreux communiquant avec l'abdomen par un pédicule étroit qui traversait une lame fibreuse, épaisse et résistante. Les bords de l'orifice percé dans cette lame avaient constitué un collet fibreux dans lequel l'anse herniée s'était étranglée comme elle aurait pu le faire dans un anneau ombilical. Ce mécanisme spécial, et rare, me paraît donc digne d'être mis en lumière. Mais, ces phénomènes n'auraient pas pu se produire dans une éventration du type classique. Dans celle-ci, en effet, la paroi de l'éventration n'est formée que par une lame qu'on ne peut cliver et qui représente la cicatrice unique dans laquelle se sont fusionnés la peau, le péritoine et les plans intermédiaires. Ici, au contraire, sans qu'on puisse dire pourquoi, il s'est produit une lame fibreuse épaisse, distincte de la peau et aussi du péritoine, un orifice s'est trouvé dans cette lame fibreuse et, à sa faveur, il s'est échappé de l'abdomen un véritable sac séreux qui s'est peu à peu distendu. Les trois lames : téguments, plan fibreux, lame séreuse que présente toute hernie se montraient donc ici dans toute leur netteté.

Si maintenant on veut bien considérer les caractères des productions kystiques que j'ai rencontrées, on comprendra qu'il est très difficile de trouver une pathogénie. Leur grand nombre ne permet pas de penser qu'ils sont dus à des sacs anciens deshabités et sans communication avec le péritoine, comme on en trouve dans certaines vieilles hernies inguinales. Ils ne paraissent pas non plus (car ils en étaient trop distincts) provenir d'un cloisonnement du sac principal. Je ne sais, par conséquent, comment expliquer leur production et à quelle origine les rapporter. Tels sont les deux points sur lesquels je désirais appeler l'attention de la Société :

1° La forme en hernie, avec collet fibreux, étroit, produisant un étranglement serré qu'a présenté l'éventration que je viens d'observer.

2° La présence, au pourtour de la cavité principale, d'une série de kystes distincts de ce sac et sans aucune communication avec lui ou avec le péritoine.

M. Goullioud. — On pourrait proposer pour ces kystes, la pathogénie suivante. Quelques lambeaux péritonéaux se seraient invaginés dans les éléments de la paroi abdominale, soit au moment de la suture, s'il en a été pratiqué une, soit spontanément pendant le travail de cicatrisation secondaire. Ces lambeaux se seraient, sous l'influence de l'irritation inflammatoire, mis à proliférer, et les kystes produits de cette façon auraient la même pathogénie que ceux qu'on voit assez fréquemment, après les ablations d'annexes enflammées, se produire au niveau ou au voisinage des moignons tubaires.

M. Jaboulay. — Il est extraordinaire que la paroi fibreuse ait pu être séparée du péritoine et n'ait pas formé avec lui une seule masse cicatricielle. Les kystes pourraient s'expliquer de la façon suivante.

On peut penser que le chirurgien a inclus dans la cicatrice des débris épidermiques, et ce seraient des kystes épidermiques.



PÉRITONITES SUPPURÉES DIFFUSES DRAINÉES APRÈS LAPAROTOMIE MÉDIANE, AVEC DES TUBES DE CAOUTCHOUC ET GUÉRIES. — SUPÉRIORITÉ DES DRAINS SUR LA GAZE A CE POINT DE VUE

M. Jaboulay raconte l'histoire de deux malades, et présente l'un d'eux, qui ont été laparotomisés sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic, pour une péritonite suppurée diffuse et qui ont guéri après le drainage du péritoine. Celui-ci a été fait à l'aide de deux drains, longs de 20 et 25 centimètres, allant du côté du cul-de-sac recto-vésical et ressortant au-dessus du pubis, à la

partie inférieure de l'incision, où ils étaient en contact avec les pièces de pansement qui aspiraient leur contenu. Ces deux malades avaient des péritonites spontanées, peut-être d'origine appendiculaire, avec pus et distension des anses grêles, coudées et soudées par place.

Les drains ont parfaitement fonctionné, évacuant les liquides intra-péritonéaux au fur et à mesure de leur formation, et il a été facile de les enlever au bout de trois semaines, lorsque la sécrétion était tarie.

A ce point de vue, ils sont supérieurs à la gaze introduite dans le péritoine qui, souvent, fait bouchon et retient une partie des liquides ; qui, d'autre part, est difficile et dangereuse à retirer ; de plus, le Mikulicz laisse après lui des éventrations qui sont moins fréquentes et moins importantes avec l'emploi de tubes de caoutchouc ; celui des malades qui est présenté n'a pas d'éventration.

Il ne s'agit ici que de la comparaison du drainage par l'un ou l'autre procédé, et non point de l'appréciation du Mikulicz, comme agent de compression et d'hémostase, après des interventions sur les viscères abdominaux ou pelviens.

M. Condamin. — Rien ne démontre que ce malade, dont la plaie est à peine cicatrisée actuellement, n'aura pas une éventration consécutive, et il est bien tôt pour considérer la ligne blanche comme définitivement solide.

D'autre part, on ne peut établir de comparaison générale entre le Mikulicz et les drains. Si après une intervention quelconque, on veut provoquer des adhérences, si on veut faire de l'hémostase, le Mikulicz est seul indiqué. Si on cherche, au contraire, l'écoulement des liquides supposés septiques, les drains sont peut-être meilleurs et ne risquent pas, comme la gaze, de faire paquet et d'amener de la rétention.

On peut, du reste, combiner les deux. Il lui arrive de mettre un drain au milieu du Mikulicz, ce qui réalise les avantages des deux systèmes.

M. Goullioud emploie trois procédés de drainage. Quand il a évacué une collection péritonéale purulente, il met en place des drains qui assurent un meilleur écoulement. Pour faire de l'hémostase et provoquer des adhérences, il emploie le Mikulicz. Quand, enfin, après une laparotomie pour lésions septiques, il a quelques hésitations à

tout fermer, il installe un drainage de prudence qu'il appelle le Mikulicz vaginal, et le pratique de la façon suivante. Soit une ablation, on met un Mikulicz classique, on est toujours exposé à des annexes suppurées, à l'éventration; pour drainer sans courir ce danger, il met une mèche de gaze iodoformée, convenablement tassée dans le Douglas, puis ferme la paroi abdominale; tout étant fini, il se porte dans le vagin, il incise le cul-de-sac postérieur. La mèche est attirée et sera enlevée plus tard. Il a donc ainsi tout fermé l'abdomen, et drainé par le vagin sans avoir mis ses doigts dans cette cavité septique au cours de l'opération.

M. Jaboulay n'a voulu comparer le Mikulicz et les drains que dans les cas où le péritoine renferme du pus, dans les cas de péritonite par perforation, par exemple, dans ces cas, et dans ceux-ci seulement, il ne s'occupe pas aujourd'hui des autres éventualités, il prétend que le drainage au caoutchouc est préférable. Drainé au Mikulicz ce malade aurait de l'éventration ou, du moins, aurait encore son Mikulicz et ne serait pas guéri, loin de là, alors que, par les tubes, il a obtenu en quelques jours la guérison de sa péritonite et la fermeture de sa paroi.

Séance du 30 mai 1901. — Présidence de M. GAYET.

M. Durand, secrétaire, lit le procès-verbal qui est adopté.

CATARACTE ET DACRYO-CYSTITE

M. Rollet. — On est souvent perplexé en présence d'un malade porteur d'une cataracte mûre et facilement opérable et chez lequel, en outre, on constate une suppuration lacrymale. Opérer la cataracte sans traitement lacrymal, c'est provoquer, à coup sûr, une infection oculaire. Dans ces cas, il est d'usage de sonder les voies lacrymales, de les laver ou les modifier avec diverses instillations ; cette thérapeutique peut durer des mois et des mois, interrompue parfois par des poussées de péri-dacryo-cystite diffuse.

J'ai l'honneur de vous présenter une femme, Marguerite B..., âgée de 60 ans, entrée dans mon service de l'hôpital de la Croix-Rousse, le 29 avril, atteinte d'une cataracte commençante à gauche, et d'une cataracte dure opérable à droite. Du même côté on notait un écoulement lacrymal abondant, traité, au mois d'octobre dernier, par un de nos confrères, au moyen d'une large incision du canalicule lacrymal inférieur et des cathétérismes.

A son entrée nous constatons des rétrécissements multiples rendant le cathétérisme laborieux, sans ectasie du sac. Au bout de plusieurs séances, un sondage est suivi d'un œdème palpébro-jugal, indice d'une éraillure du sac. Il s'agissait d'une fluxion, d'origine lacrymale,

comparable à la fluxion dentaire, sans qu'il y ait réellement péri-dacryo-cystite phlegmoneuse ou érysipélateuse.

Cette femme nous pressant vivement d'opérer sa cataracte, pour lui rendre la vue, le 9 mai, nous nous décidons à lui enlever le sac lacrymal malade. Après anesthésie, petite incision curviligne au-devant du sac ; on saisit le sac avec une pince, on le libère avec une petite rugine que nous avons fait construire, puis on sectionne avec le même instrument le sac en bas à son entrée dans le canal nasal, en haut au niveau de son pédicule qui le rattache aux canalicules lacrymaux. Pansement à plat. Le sac a été enlevé ainsi en bloc et en totalité, à l'aide de trois instruments ; ni drainage, ni fils après l'opération.

J'ai l'honneur de vous présenter ce sac lacrymal, tout entier ; cliniquement, il n'était pas ectasié et, bourré de coton, il a le volume d'un petit pois.

Le 15 mai, la cicatrisation est parfaite, l'écoulement lacrymal est tout à fait tari. Nous attendons, cependant, pour plus de sécurité, tout en traitant une conjonctivite lacrymale, jusqu'au 21 mai, pour extraire la cataracte droite.

Comme vous pourrez le constater aujourd'hui, la cicatrice cutanée de la première opération est imperceptible ; l'opération de la cataracte a donné d'excellents résultats : pupille ronde, sans débris, acuité visuelle 0 1/2 faible avec un sphérique + 9.

L'extirpation du sac lacrymal, formellement indiquée dans les cas d'ectasie du sac, me le semble aussi dans les cas de coexistence d'écoulement lacrymal et de cataracte mûre.

Le sac doit être enlevé en totalité, ce qui prévient alors toute possibilité de récurrence. Cette petite opération est sans danger et ne laisse aucune cicatrice appréciable.

Elle supprime tout larmoiement infectieux amenant de la cuisson ou de la douleur et, s'il reste, pendant quelque temps, un larmoiement simple, il est peu gênant et finit par disparaître. Nous avons montré jadis que, sur un chien, l'extirpation du sac lacrymal avait entraîné, à la longue, une atrophie microscopique de la glande lacrymale.

Cette opération, à mon sens, est de beaucoup préférable aux méthodes anciennes d'oblitération des voies d'ex-

création des larmes par les caustiques et le feu. C'est une opération bien réglée et qui, comme on peut le constater chez cette femme, supprime la suppuration lacrymale en rendant les culs-de-sac conjonctivaux aseptiques.

M. Vallas demande comment se fait la circulation des larmes après l'ablation du sac? Cette opération ne peut elle être étendue à des cas plus nombreux, par exemple aux fistules?

M Rollet, a fait un grand nombre d'extirpations du sac dans ces conditions avec de bons résultats.

PYOHÉMIE. — INFECTION TRÈS GRAVE. — GUÉRISON

M. C.-L. Gauthier, interne des Hôpitaux, au nom de M. Gangolphe, empêché, présente un malade guéri d'une infection purulente fort grave.

Il s'agit d'un homme de 43 ans, cultivateur.

Le 1^{er} mai 1900, il se pique à la main gauche, au niveau de l'éminence thénar avec un fil de fer. Deux ou trois jours après se développe, en ce point, une ulcération anthracoïde cerclée d'une zone de lymphangite. Cette plaie, de mauvais aspect, ne fait que s'accroître les jours suivants, malgré une balnéation antiseptique journalière.

Le 7 mai, le malade entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe. A ce moment on constate des signes d'infection générale non douteux : une température de 39°2, des frissons, de l'albumine.

En dehors de l'ulcération bourbillonneuse siégeant au point de la piqûre, on remarque que la peau de la main est soulevée par endroits par des saillies acuminiées.

Lavages à l'eau oxygénée. Balnéation antiseptique.

11 mai. — Aggravation des phénomènes locaux. Même état général.

13 mai. — Accentuation des phénomènes généraux. On constate des signes d'arthrite purulente du poignet et de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit.

Pensant à un cas de morve, et sans attendre le résultat

de l'examen bactérioscopique, M. Gangolphe fait passer le malade à l'isolement. Il n'y a pas de coryza ulcéreux.

20 mai. — On ensemence des tubes de bouillon avec du liquide roussâtre retiré des phlyctènes développés au 1/3 inférieur de la jambe droite.

Voici le résultat de l'examen des cultures et de l'inoculation de celles-ci à un cobaye, pratiqués au laboratoire de M. le professeur Arloing. « Nous avons isolé un strepto-cocco-bacille particulier qui n'est pas le bacille de la morve. Les cobayes inoculés ne sont pas devenus morveux ».

En présence de ces constatations bactériologiques, le malade est réintégré dans la salle commune.

22 mai. — Des fistules se sont formées au poignet et à l'articulation tibio-tarsienne du côté droit.

L'exploration de ces jointures détermine des craquements rudes, révélateurs de dénudations osseuses étendues.

L'état général est toujours grave, la température élevée.

M. Gangolphe conclut à l'abstention opératoire. Il faudrait, pour pratiquer une intervention complète et rationnelle, amputer la jambe et l'avant-bras droits et l'on recule devant semblable mutilation, surtout en présence d'une situation générale aussi précaire.

1^{er} juin. — Le malade s'améliore. La fièvre diminue.

10 juin. — L'amélioration se précise.

18 juin. — Incision de deux abcès péri-articulaires à la jambe droite.

Du pus est prélevé et envoyé au laboratoire de M. Arloing. On y trouve le même strepto-cocco-bacille, décelé dans la sérosité des phlyctènes. Il s'y mêle quelques streptocoques. Un lapin, inoculé avec la culture pure du cocco-bacille retiré des phlyctènes, est mort en 15 jours. A l'autopsie on a trouvé des lésions d'infection généralisée : pleuro-péricardite, splénomégalie, abcès pulmonaires, etc.

27 juin. — Ouverture d'un volumineux abcès à la cuisse gauche.

La température, de 39°5 avant cette incision, tombe à 38° en deux jours.

Il n'en avait pas été de même après l'incision des deux abcès opérés le 18 juin. La température s'était relevée après cette intervention. On avait noté, d'ailleurs, à la suite de celle-ci, de la rougeur diffuse des plans superficiels traversés par le bistouri.

1^{er} août. — Depuis deux jours, et pour la première fois, la température est normale. Le malade a donc présenté de la fièvre pendant trois mois.

28 août. — La suppuration tibio-tarsienne droite est tarie.

12 septembre. — Le malade sort de l'hôpital. Il conserve des fistules suppurées à la main droite.

Actuellement, 29 mai 1900, il y a de l'ankylose tibio-tarsienne droite complète. Le malade peut marcher avec l'aide d'une canne.

La main droite est déformée, les doigts sont enraidis en griffe, le poignet est ankylosé. A la main gauche il y a de l'ankylose de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, les autres doigts sont intacts.

L'état général est assez bon.

M. Gangolphe désire insister sur les points suivants :

Guérison inespérée d'un cas d'infection purulente très grave.

Abstention opératoire vis-à-vis de deux arthrites suppurées, l'une du poignet, l'autre du cou-de-pied, abstention commandée par la gravité de l'état général et l'étendue des lésions.

Résultat relativement heureux au point de vue général et même local de cette abstention.

Discordance dans les résultats obtenus sur la courbe thermique par deux ouvertures d'abcès pratiquées, dans les mêmes circonstances, à quelques jours d'intervalle.

* * *

HYDRONÉPHROSE FERMÉE DANS UN REIN EN ECTOPIE LOMBO-ILIAQUE. — NÉPHRECTOMIE TRANSPÉRITONÉALE AVEC CLOISONNEMENT DU PÉRITOINE. — GUÉRISON.

M. Bérard. — L'observation de cette malade est intéressante, moins par la nature des lésions qu'elle présentait que par l'évolution toute spéciale de ces lésions.

Rosalie D..., âgée de 57 ans, entre à la salle Sainte-

Marguerite, dans le service de M. Auguste Pollosson, que nous avons l'honneur de suppléer le 1^{er} mai 1901. Elle y est adressée par deux médecins qui l'ont successivement examinée, et qui ont diagnostiqué : l'un une tumeur kystique de l'ovaire avec fibrome utérin, l'autre un kyste multiloculaire de l'ovaire.

Pas d'antécédents pathologiques spéciaux ; réglée à 16 ans, normalement, cette femme a eu quatre enfants à terme ; ménopause à 53 ans.

A la suite de son premier accouchement, il y a vingt-un ans, elle découvrit, par hasard, *dans la fosse iliaque gauche*, une grosseur mobile, indolore, du volume du poing, qui s'était révélée seulement par un peu de pesanteur du côté correspondant. Un médecin consulté rassura la malade, sans lui dire de quoi il s'agissait ; elle eut bientôt son attention détournée de cet incident, et comme elle ne souffrit pas pendant de longues années, elle ne songea même plus à constater la persistance de cette grosseur.

Vers la ménopause elle eut des métrorrhagies peu abondantes, avec quelques troubles nerveux passagers : névralgies, céphalée. Jamais elle ne ressentit de douleurs dans le ventre, ni dans les reins ; jamais elle n'eut la sensation d'un organe mobile se déplaçant dans l'abdomen pendant les efforts. Les fonctions urinaires se sont toujours accomplies normalement, sans alternative de rétention douloureuse et de débâcles ; l'interrogatoire dirigé dans ce sens n'a donné que des renseignements négatifs.

Il y a dix mois, cette femme vit réapparaître, dans la fosse iliaque gauche, son ancienne grosseur qui augmenta progressivement de volume, depuis, sans déterminer de troubles notables. Cependant, il y a huit mois, elle fut prise brusquement de violentes coliques avec diarrhée, de frissons ; elle resta plusieurs jours anorexique, sans météorisme, sans augmentation de la sensibilité abdominale. Ces accidents ne furent pas suivis d'une crise urinaire. Et, depuis ce moment, les troubles fonctionnels ont toujours été légers ; la malade vient se faire opérer uniquement dans la crainte de voir grossir démesurément sa tumeur.

A l'examen, on constate que l'abdomen est augmenté de volume asymétriquement, avec une saillie notable dans le flanc et dans la fosse iliaque gauche.

La palpation fait percevoir une tumeur située nettement à gauche de la ligne médiane, s'arrêtant à trois travers de doigt du rebord des fausses côtes, et plongeant dans la fosse iliaque gauche où on la perd. Elle est relativement mobile sur les plans profonds, comme si elle tenait au ligament large par un pédicule assez long; elle paraît également fixée au voisinage du promontoire. Les téguments glissent à sa surface sans contracter avec elle aucune adhérence; ils sont normaux de coloration et d'aspect.

La consistance de cette masse est rénitente; la fluctuation s'obtient facilement au point le plus saillant. La surface en paraît assez irrégulière et bosselée, comme s'il s'agissait d'un kyste multiloculaire dont une des poches a pris un développement excessif. Rien dans les contours ne rappelle la forme de quelque organe.

La percussion révèle de la sonorité à gauche et en bas de la tumeur; seule la partie moyenne, la plus saillante, est submate plutôt que mate.

Au toucher vaginal, l'utérus est perçu de volume normal, un peu abaissé et en rétroflexion; la tumeur ne lui communique pas ses déplacements. Les culs-de-sacs sont libres. Il n'y a pas d'ascite, pas de signes de compression de la vessie, du rectum ni des autres organes pelviens, pas d'œdème des membres inférieurs. Pas d'amaigrissement notable. Pas de température.

Cet ensemble de symptômes nous fait circonscrire notre diagnostic entre un kyste de l'ovaire et une tumeur kystique du rein, après avoir écarté l'idée d'un kyste du pancréas, à cause du siège trop latéral et de l'absence absolue de troubles digestifs.

Nous cherchons en vain le ballottement rénal. Seule, la sonorité antérieure pourrait appartenir au symptôme rénal; encore cette sonorité n'est-elle que relative et manque-t-elle tout-à-fait en avant, comme dans certains kystes de l'ovaire partiellement inclus dans le ligament large. D'autre part, la malade n'a jamais accusé aucun trouble urinaire; nous cherchons en vain quelque symptôme de cet ordre. La crise douloureuse, unique,

d'il y a huit mois, a peut-être eu les caractères de l'étranglement hydronéphrotique, mais la malade est peu précise sur ce point. L'examen des urines ne révèle pas d'albumine, ni d'autre altération dans la composition chimique. Enfin le siège de la tumeur a été nettement iliaque au début et, actuellement, il est encore bien plutôt iliaque que lombaire. Aussi, tout en faisant des réserves pour une tumeur kystique du rein, après un examen prolongé pendant quelques jours, nous concluons plutôt à un kyste multiloculaire de l'ovaire.

Le 4 mai nous pratiquons une laparotomie médiane sous-ombilicale, qui nous conduit sur une tumeur kystique rétro-péritonéale. Pour l'aborder commodément, nous agrandissons notre incision jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A ce moment encore, il n'est pas possible de préciser l'origine exacte de la tumeur, dont la poche, excessivement mince, presque transparente, est bridée par quelques vaisseaux, qui déterminent la lobulation grossière perçue au palper. Après incision du revêtement péritonéal, nous amorçons la décortication, et une ponction au gros trocart évacue environ deux litres de liquide comparable à de l'eau de roche. La décortication est alors reprise; elle nécessite une hémostase assez soignée de divers rameaux vasculaires, sans qu'à aucun moment donné on retrouve une disposition des vaisseaux qui rappelle le hile d'un organe. Ce n'est que lorsque la libération est aux $\frac{3}{4}$ faite que la poche, mince jusque-là comme une feuille de fort papier, s'épaissit et prend les caractères du tissu rénal. L'ablation se termine sans incident. Quand elle est finie, nous tamponons, avec quelques mèches de gaze, la cavité laissée vide, qui s'enfonce à gauche du promontoire vers la crête iliaque gauche, et nous suturons au péritoine des lèvres de la plaie le péritoine de cette cavité, de façon à l'isoler de la grande séreuse, suivant le procédé de Terrier, Condamin et Villard. Suture de la paroi à trois plans.

Les suites de l'intervention furent très simples. Le premier jour, il y eut 800 grammes d'urine, avec 27 grammes d'urée par litre, 1 gr. 42 d'acide phosphorique et des traces d'albumine. Les jours suivants, grâce à quelques injections de sérum artificiel, la quantité des

urines atteignit 1.200, puis 1.500 et 1.800 grammes. Les mèches du tamponnement furent retirées au huitième jour. Aujourd'hui (30 mai), la malade peut être considérée comme guérie.

L'examen de la pièce révéla les particularités suivantes :

Tout le bassinet est uniformément dilaté en une poche considérable, à parois très minces, de deux à trois millimètres. La substance rénale, qui coiffe cette poche comme un cimier, est également distendue et réduite, suivant les points, à une épaisseur de trois à cinq millimètres. En face de chaque papille se trouve un demi cloisonnement auquel correspondent des contours extérieurs du rein vaguement lobulés. Aux deux pôles de l'organe aminci aboutissent des vaisseaux unis lâchement les uns aux autres par du tissu lamelleux, et dont le diamètre n'excède pas celui d'une plume de corbeau. L'uretère, retrouvé assez difficilement vers le cul-de-sac inférieur du bassinet, est également diminué de volume aplati, sclérosé, comme s'il était depuis longtemps hors d'usage.

A la coupe macroscopique du rein, il est difficile de distinguer la substance médullaire de la substance corticale dans le parenchyme anémié et un peu grisâtre. Les fragments prélevés et examinés histologiquement par M. le professeur agrégé Paviot, avaient l'aspect suivant :

« L'organe est envahi par une sclérose intense. Ce qui frappe, dans toutes les coupes, c'est le tissu conjonctif dense qui les infiltre, semé çà et là soit de glomérules conjonctives hyalins, soit de quelques tubes à épithélium bas. On ne retrouve de traces des tubes contournés que sous forme de rares îlots, où les tubes sont fortement dilatés. Çà et là des amas de cellules plus jeunes dans ce tissu de sclérose témoignent de sa pleine évolution actuelle. Les deux substances, corticale et médullaire, paraissent également altérées. Les artères et les artérioles sont toutes fortement frappées d'endarterite ».

En résumé, le bassinet était transformé en un sac aminci et bosselé, suivant le degré de distension variable de ses parties, et encerclé çà et là par les vaisseaux. Le

rein était distendu et scléreux, l'uretère aplati et obli-téré.

Les particularités dignes d'être relevées dans cette observation sont les suivantes :

1° *L'hydronéphrose s'était développée dans un rein en ectopie lombo-iliaque.* — La loge fibro-séreuse qui contenait l'organe, s'étendait à gauche des deux dernières vertèbres lombaires et du promontoire sur la crête iliaque et sur la portion la plus élevée de la fosse iliaque gauche.

S'agissait-il d'un rein mobile, secondairement fixé dans cette situation, ou d'un rein congénitalement ectopié ?

Une réponse précise à cette question est impossible. De plus en plus on tend à admettre, d'ailleurs, qu'entre l'ectopie congénitale et la mobilité tardive du rein il y a de nombreux intermédiaires et de grandes analogies pathogéniques. Dans les deux cas, il s'agirait de malformations (Tuffier, Albarran). Ce qui pourrait faire croire ici à une ectopie primitive, c'est que, pendant vingt ans, le rein a été constaté dans la fosse iliaque gauche, sans qu'il y déterminât d'accident ; en outre, les vaisseaux étaient disséminés, autour de l'organe, en plusieurs pédicules et non réunis au voisinage d'un hile. Enfin, le rein mobile est exceptionnel à gauche, quand le rein droit est resté dans sa loge, comme c'était le cas ici.

2° *Du fait de cette situation anormale du sac hydronéphrotique,* et en l'absence de tout passé urinaire, il avait été impossible, d'après les données de l'examen physique, de préciser la nature rénale de la tumeur, et de ne pas confondre cette dernière avec un kyste de l'ovaire. Seul, l'examen cystoscopique eût pu lever les doutes, en montrant que pas une goutte d'urine ne sortait par l'orifice urétéral gauche. De même, le cathétérisme de cet uretère eût décelé son imperméabilité et l'impossibilité de pénétrer dans la cavité de cette hydronéphrose fermée.

Malheureusement, l'instrumentation nécessaire à cet examen nous faisait défaut. Ces difficultés de diagnose avaient déjà été signalées récemment, à la Société de Chirurgie de Lyon (novembre 1900), par M. le professeur Fochier, à propos d'un cas d'hydronéphrose à développement sous-péritonéal.

3° D'ailleurs, le *diagnostic eût-il été posé, que notre conduite opératoire eût été nécessairement la même.* Toute ten-

tative de conservation était, par avance, condamnée à l'insuccès ; la poche du bassinnet était trop amincie, les parois de l'uretère trop aplaties et son volume trop restreint, pour se prêter à une autoplastie ou à une néo-implantation. En outre, durant toute l'opération, l'uretère échappa aux investigations ; il se trouvait enfoui à la partie la plus profonde du sac pyélique et coudé en même temps qu'aplati par le pôle inférieur de ce sac. On ne le reconnut que la pièce en main. Enfin, si Guyon et Albarran ont pu montrer que, dans beaucoup d'hydronéphroses, le rôle sécrétoire du parenchyme rénal est peu diminué lorsqu'on a rétabli la perméabilité des voies d'excrétion, sans doute, il s'agissait de poches plus réduites et de reins moins altérés que celui de cette malade. L'examen histologique a décelé, pour cette dernière, des lésions de sclérose incompatibles avec un fonctionnement, même relatif, de la glande.

4^e Enfin, au point de vue de la technique opératoire, il semble que la voie transpéritonéale était la plus directe et la plus sûre pour pratiquer la néphrectomie. En effet, la tumeur venait faire saillie au voisinage de l'ombilic. Elle avait décollé, au minimum, le péritoine iliaque, et il eût fallu un travail délicat et prolongé de clivage pour utiliser la voie para-péritonéale.

Après l'ablation de la tumeur, l'isolement de sa loge fibro-séreuse, tamponnée à la gaze, par suture de ses bords aux lèvres de l'angle supérieur de l'incision abdominale (procédé de Terrier, Condamin, Villard) a permis une cicatrisation rapide. Les suites opératoires ont été particulièrement simples.

M. Chandelux. — Dans ce cas la néphrectomie était la seule intervention possible, car d'abord l'existence dans la poche d'un liquide clair comme de l'eau de roche laissait penser que le rein était fonctionnellement perdu, et ensuite on ne voit pas bien, dans le cas particulier, ce qu'eût donné une opération conservatrice.

M. Gayet demande si une ponction exploratrice n'eût pas aidé au diagnostic ?

M. Bérard. — Les caractères chimiques du liquide n'auraient pas été assez nets pour qu'une ponction ait pu donner un résultat certain. Il n'aurait pas voulu, d'ailleurs, faire cette ponction à cause du risque de péritonite.

Séance du 6 juin 1901. — Présidence de M. GAYET.

M. Nové-Josserand, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la séance précédente. Il est adopté après une observation de M. Bérard.

*
* *
*

PRÉSENTATION D'UNE MALADE OPÉRÉE POUR LA PREMIÈRE FOIS IL Y A 13 ANS D'UN SARCOME DE LA RÉGION SOUS-MAXILLAIRE.

M. A. Sabatier présente une malade opérée, en 1888, pour une tumeur sarcomateuse de la région sous-maxillaire gauche et ayant, depuis cette époque, subi deux nouvelles interventions. La malade était, en 1888, âgée de 40 ans. La première opération consista en un large curage de la région sous-maxillaire. Glande salivaire et ganglions furent enlevés en masse. Guérison opératoire et, actuellement encore, c'est-à-dire après treize ans, il n'y a pas de récurrence locale. L'examen au microscope, montra qu'il s'agissait d'un sarcome à type conjonctif, à cellules fusiformes, mais il fut impossible de préciser le point d'origine, glande salivaire ou ganglions.

En 1892, seconde opération pour une généralisation à distance, dans des ganglions situés au niveau de la partie moyenne du cou, le long de la carotide. Succès opératoire et pas de récurrence locale.

En avril 1901, troisième intervention, cette fois, dans les ganglions parotidiens. Deux masses ganglionnaires furent enlevées, dont l'une, en plein tissu glandulaire,

qu'il fallut inciser. Guérison opératoire sans paralysie faciale.

Quel est le pronostic de cette affection ? La nature microscopique de la lésion (type fusiforme) est bien en rapport avec la lenteur du processus. Néanmoins, le passé répond de l'avenir. L'absence de récurrences locales ne donne qu'un gain temporaire ; chaque fois il a fallu intervenir à nouveau pour des ganglions envahis à distance. On doit prévoir qu'il faudra, quelque jour, pratiquer un large curage de la loge parotidienne, avec sections nerveuses et ligatures des gros vaisseaux. Et l'acte opératoire sera, probablement, alors, poussé à son extrême limite.

Quoiqu'il en soit, présentement l'intérêt du cas réside en la constatation d'une survie de treize ans pour tumeur sarcomateuse. Cela est consolant et, en ce qui concerne ces affections, doit engager les chirurgiens à faire preuve de ténacité.

* * *

CINQUANTE CAS DE LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE TRAITÉS SUIVANT LA MÉTHODE DE LORENZ

M. Nové-Josserand. — Dans mes communications précédentes, j'ai établi, par des faits cliniques et des radiographies, que la méthode de Lorenz peut donner une véritable guérison radicale de la luxation congénitale de la hanche. L'autopsie d'une fillette, morte 4 mois après la fin du traitement, est venue apporter à cette conclusion une confirmation anatomique

Il reste maintenant à savoir avec quelle fréquence et dans quelles conditions ce résultat peut être obtenu, et dans quel état se trouvent les malades chez qui la réduction ne peut pas être réalisée. Je viens l'étudier aujourd'hui, en analysant les 50 premières observations de ma statistique. Suivies pendant un laps de temps de 7 à 21 mois après la fin du traitement, elles permettent de se faire une opinion déjà sérieuse et probante des résultats obtenus.

Il faut étudier séparément les résultats anatomiques et les résultats fonctionnels, car il n'y a pas toujours entre eux une concordance absolue.

I. RÉSULTATS ANATOMIQUES

Le traitement ayant été interrompu dans deux cas, par suite de la mort du malade (diphthérie), dans l'un, et de son départ prématuré dans l'autre, nous n'avons au total que 48 faits comprenant 27 luxations unilatérales et 21 bilatérales, soit un total de 69 articulations soumises au traitement.

Les résultats anatomiques ont été :

Réductions.....	25
Transpositions	37
Fractures.....	2
Retour de la tête à sa position première.....	3
Impossibilité de mobiliser la tête.....	2

Il faut analyser et commenter les chiffres.

*Nous avons 25 réductions, soit 36,3 p. 0/0, mais, pour avoir une idée plus juste, il faut tenir compte de l'âge et de l'unilatéralité ou la bilatéralité de la luxation.

Les 27 luxations unilatérales ont donné 12 réductions, soit 44 p. 0/0. Les 42 luxations bilatérales, seulement 13 réductions, soit 30 p. 0/0.

L'influence de l'âge est plus manifeste encore; 42 cas ont été opérés avant 5 ans ; ils se décomposent en 16 luxations unilatérales, avec 9 réductions, soit 56 p. 0/0, et 26 luxations bilatérales, avec 10 réductions, soit 38 p. 0/0.

Après 5 ans, au contraire, nous avons 27 cas, comprenant 11 luxations unilatérales, avec 3 réductions, 27 p. 0/0, et 16 bilatérales, avec 3 réductions, 18 p. 0/0.

Dans tous ces cas de réduction, la forme de la hanche est redevenue normale ; l'inspection et le palper montrent que la tête fémorale, facile à sentir dans le triangle de Scarpa, a repris sa place sous l'artère fémorale qui la croise à l'union de son tiers interne avec ses deux tiers externes, et que ce rapport persiste dans toutes les positions des membres. Le raccourcissement est corrigé, l'atrophie musculaire disparaît. La radiographie montre que la tête fémorale vient prendre contact contre le bassin, au niveau du cotyle, facile à reconnaître par la

présence du cartilage en Y, qui se montre sous la forme d'une ligne claire.

Cependant, presque toujours, l'articulation opérée présente quelques anomalies qui la font reconnaître ; elle est un peu plus lâche, un peu plus mobile dans le sens de la rotation externe et de l'abduction. La tête fémorale fait, dans le triangle de Scarpa, un relief assez sensible qui s'explique bien par le défaut de profondeur du cotyle, obligeant une partie de la tête à rester en dehors de lui. Enfin, la longueur du membre n'est pas toujours normale. Fréquemment il existe du côté opéré un léger allongement qui peut atteindre $1/2$ et même 1 cent., et paraît dû à ce qu'une partie du bourrelet cotyloïdien s'est tassée entre la tête fémorale et le bord du cotyle. Une seule fois nous avons noté la persistance d'un certain raccourcissement après la réduction : il s'agissait d'une enfant de 6 ans.

Lorsque la réduction ne peut être maintenue, on a comme résultat anatomique, dans la plupart des cas, une transposition. La tête se fixe en avant et au-dessus du cotyle, assez solidement pour ne pas se déplacer, lorsque l'enfant marche librement, et pour n'avoir plus la tendance à glisser en arrière dans la fosse iliaque, qui constitue la principale cause d'aggravation de la luxation non traitée.

Cet état anatomique compatible, comme nous le verrons, avec un état fonctionnel souvent bon, parfois excellent, a été noté dans 37 cas, soit 53,6 p. 0/0. Les variations avec l'âge et l'uni ou la bilatéralité sont en rapport naturellement en raison inverse de celles de la réduction ; nous voyons, en effet, qu'elle donne les pourcentages suivants : avant 5 ans, luxations unilatérales, 6, soit 37,5 p. 0/0, luxations bilatérales, 61 p. 0/0.

Après cinq ans, luxations unilatérales 65 p. 0/0, luxations bilatérales, 50 p. 0/0.

La position occupée par la tête n'est pas toujours la même. Le plus souvent elle reste dans la région inguinale parfois tellement près de sa situation normale, qu'il faut un examen très attentif, et même le secours de la radiographie pour faire le diagnostic. D'autres fois elle est plus en dehors et se cache sous les muscles couturier et droit antérieur. Assez souvent elle présente

alors une mobilité exagérée dans le sens de la rotation externe, qui lui permet de se mettre tantôt très en dedans tout près de sa position normale, tantôt très en dehors à la limite de la région inguinale, suivant que le membre se trouve en rotation externe ou interne.

Dans quelques observations qui se rapportent toutes à des sujets âgés, nous avons vu la tête se fixer dans la position de rotation externe d'une manière définitive et se trouver ainsi très éloignée du bassin. Le contact du fémur avec l'os coxal s'établit alors par l'intermédiaire du trochanter, qui devient surface articulaire et paraît s'acquitter assez bien de cette fonction inattendue.

La transposition inguinale dont nous venons de décrire les principales variétés est de beaucoup la plus fréquente. Exceptionnellement, on voit la tête remonter vers l'épine iliaque antéro-supérieure et se placer au-dessous ou directement en dehors d'elle. C'est la transposition iliaque. La tête appliquée contre le bassin par sa face interne regarde alors directement en avant, elle est fixe et ne se déplace plus pendant les mouvements de rotation, comme elle le fait souvent dans les variétés inguinales de transposition.

Ce qu'il importe en tout cas de noter, c'est que, dans la transposition aussi bien inguinale qu'iliaque, la fixité de la tête dans le sens vertical est complète; on ne parvient plus à la déplacer par des tractions ou des pressions et, dans la position d'adduction avec rotation en dedans, elle ne fait plus saillie dans la fosse iliaque externe comme dans les luxations non traitées. La transposition assure donc à la tête une fixité qu'elle n'avait pas et qui se traduit par une amélioration fonctionnelle, comme on le verra plus loin.

Il reste à dire quelques mots des derniers faits de la statistique. Nous trouvons d'abord deux fractures, l'une d'elles portait sur le col; elle n'a pas empêché la tête de se transposer (ayant été probablement produite après la transposition) et le résultat est celui d'une transposition. L'autre est une fracture sous trochantérienne. La tête est restée fixée à son ancienne place. Le fémur, fracturé au-dessous du trochanter, est venu se placer dans le cotyle et il s'est formé là, en bonne position, une articulation mobile dont le résultat fonctionnel est bon.

Il s'agissait, dans ces deux cas, d'enfants âgés de plus de cinq ans. C'est aussi chez des enfants âgés que nous avons eu des échecs, soit qu'il n'ait pas été possible de mobiliser la tête, soit que celle-ci ait repris son ancienne place. Un seul des cinq enfants de cette catégorie avait cinq ans.

II. — RESULTATS FONCTIONNELS

Ils n'apparaissent pas toujours dès la fin du traitement : souvent ils sont masqués, pendant un temps parfois très long, par les troubles fonctionnels qui résultent de l'atrophie musculaire et de la raideur, conséquences de l'immobilisation prolongée.

L'atrophie disparaît assez vite, mais il n'en est pas de même de la raideur qui, chez les sujets un peu âgés, peut persister assez longtemps. Il s'agit quelquefois d'une contracture des muscles immobilisant complètement l'articulation, mais, le plus souvent, les mouvements sont seulement limités, surtout dans le sens de la flexion et de l'adduction. Cette raideur rend la démarche assez disgracieuse, les malades marchant avec leur bassin comme des coxalgiques guéris.

Elle tend à diminuer progressivement et doit toujours arriver à disparaître, mais, dans sept de nos observations, elle était encore assez accentuée pour nous empêcher de préciser le résultat fonctionnel définitif.

Si nous laissons de côté, en outre, huit observations sur lesquelles nous n'avons pas pu avoir des renseignements assez certains, il nous reste un total de quarante-six résultats fonctionnels qui se décomposent ainsi :

Très bon état fonctionnel.	25	soit	54 %
Bon état fonctionnel.....	8	«	18 %
Améliorations.....	9	«	20 %
Etat stationnaire.....	4	«	8 %

A). Dans les cas de la première catégorie la claudication a complètement disparu et il est impossible de dire que les malades ont eu un état pathologique de la hanche. Tout au plus doit-on noter quelquefois, en faisant

marcher l'enfant, que le pied du côté opéré repose sur le sol avec un peu moins d'assurance. La hanche possède tous ses mouvements avec leur amplitude normale. L'enfant marche sans fatigue et aussi longtemps que les enfants de son âge.

L'ensellure est corrigée, la forme de la hanche est normale, du moins dans les cas où la réduction anatomique est obtenue. Dans les autres cas il y a une saillie plus ou moins accentuée du trochanter.

Les vingt-cinq cas où ce résultat a été noté, comprennent onze luxations unilatérales avec neuf réductions et deux transpositions et quatorze luxations bilatérales avec six réductions et six transpositions et un résultat mixte. Tous les enfants, sauf un, avaient moins de cinq ans.

Nous voyons donc persister l'influence prépondérante de l'âge. Nous notons aussi que la transposition unilatérale et surtout bilatérale peut arriver à donner un état fonctionnel très satisfaisant.

B). Dans les bons résultats, nous avons rangé les cas où il persiste une claudication appréciable, bien que faible et nullement comparable à celle qui existait avant le traitement, souvent nulle ou à peu près lorsque l'enfant est reposé ou s'observe : elle n'est bien visible que lorsqu'il se fatigue. Elle a, de plus, changé de caractère. Au lieu du déhanchement disgracieux qui caractérise la luxation, on a plutôt un mouvement d'inclinaison comparable à celui que causerait un léger raccourcissement du membre.

Les autres améliorations notées au paragraphe précédent : disparition de l'ensellure, augmentation de la résistance à la fatigue, se retrouvent au même degré. Il faut insister sur cette dernière qui représente souvent une amélioration très nette et très appréciée.

Les huit cas qui rentrent dans cette catégorie comprennent six luxations unilatérales avec une seule réduction (six ans) et cinq transpositions (trois avant, deux après cinq ans) et deux luxations bilatérales provenant d'un enfant de deux ans et demi qui a

eu un résultat mixte, réduction d'un côté, transposition de l'autre.

C). Dans les cas de simples améliorations, la claudication, bien que diminuée, persiste, conservant parfois un peu son caractère de déhanchement typique, consistant dans d'autres cas, surtout dans les luxations bilatérales, en un mouvement de balancement latéral du tronc, comparable à celui que produirait la marche avec des chaussures trop lourdes.

Même dans ces cas, la forme du corps est améliorée; deux fois sur trois l'ensellure est assez réduite pour être négligeable, et toujours la résistance à la fatigue très sensiblement augmentée.

Ce groupe comprend neuf cas : une seule luxation unilatérale; c'est le cas dont nous avons parlé plus haut de fracture sous-trochantérienne avec réduction du fragment inférieur dans le cotyle où il s'est articulé. Avec une chaussure haute corrigeant le raccourcissement, cette enfant marche presque sans claudication et présente assurément une amélioration très appréciable. Les huit faits de luxations doubles correspondent à six transpositions et deux cas dans lesquels la tête n'a pas subi de changement de disposition appréciable. Il est curieux de voir qu'on a eu cependant, chez cet enfant, une amélioration assez sensible de la marche et de la résistance à la fatigue.

D). Enfin nous n'avons pu constater aucune amélioration réelle dans quatre cas. Dans l'un il s'agissait d'une luxation sus-cotyloïdienne pure, avec faible claudication chez une enfant de 9 ans. La tête déplacée revint à sa position première et la fonction est restée la même. Actuellement je considérerais l'intervention comme contrindiquée dans un cas de ce genre. Le second cas concerne une enfant de cinq ans chez qui une luxation iliaque, probablement primitive, ne put être maintenue réduite, et dont l'état fonctionnel demeura stationnaire. Enfin le troisième se rapporte à une luxation double chez une enfant de 3 ans. La transposition bilatérale n'a donné, jusqu'à présent du moins, aucune amélioration appréciable, sans qu'on puisse en donner une explication satisfaisante

Nous arrivons donc à cette conclusion qu'aucun de nos malades n'a été aggravé, ou n'a couru un danger réel, du fait du traitement. Si l'on compte les cas opérés avant 5 ans, on voit qu'une véritable guérison radicale, anatomique et fonctionnelle peut être obtenue dans environ 50 0/0 des cas, et que, si l'on tient compte seulement de l'état fonctionnel, on a des résultats satisfaisants dans 80 0/0 des cas et à peu près toujours une amélioration.

Aucune méthode de traitement de la luxation congénitale n'a donné des résultats comparables à ceux-ci.

Les faits que nous venons d'analyser montrent que plus les malades sont jeunes, plus le traitement est facile, sans danger, et plus aussi les résultats anatomiques et fonctionnels sont bons. L'indication de l'intervention se pose donc dès que le diagnostic est posé; on peut la faire dès l'âge de 16 ou 17 mois si les enfants sont assez propres pour permettre l'entretien d'un bandage.

Après 5 ans, les résultats sont certainement moins bons. Cependant, la diminution de la claudication, l'amélioration de la forme du corps, la disparition de l'ensellure, l'augmentation de la résistance à la fatigue, et surtout le fait que tous les troubles résultant de la luxation, au lieu de continuer à s'accroître resteront stationnaires ou s'amélioreront, tout cela constitue un bénéfice bien suffisant pour faire recommander l'intervention jusque vers l'âge de 10 ans. Au delà, on aurait à craindre des accidents sérieux de fractures et surtout de troubles nerveux sans que ces risques soient compensés par des chances sérieuses d'amélioration fonctionnelle.



TUMEUR DE L'S ILIAQUE. — ENTÉRECTOMIE. — GUÉRISON

M. Rochet. — Homme de 54 ans, entré, le 4 juin 1901 à l'Antiquaille, service du Dr Rochet.

Envoyé avec le diagnostic de « tumeur péri-vésicale », il présente sur la ligne médiane, à égale distance de l'ombilic et du pubis, une tumeur qui ne fait pas saillir la paroi abdominale, assez épaisse, mais est perçue assez

superficiellement sous elle; tumeur du volume d'une orange, assez mobile, lisse, de consistance égale, bien limitable de tous côtés, sauf à gauche où elle semble plonger un peu vers la fosse iliaque.

Cette tumeur a évolué en un an, sans douleur, sans phénomènes réactionnels; comme troubles fonctionnels, rien du côté de l'appareil urinaire, mais quelques symptômes intestinaux: le malade dit avoir un peu de constipation et avoir vu ses *matières* un peu *rubanées*. Rien autre.

La situation superficielle de la tumeur, sa mobilité relative, sa surface lisse donnent une présomption en faveur de quelque chose de pariétal, fibrôme sous-péritonéal peut-être.

Opération, le lendemain, par MM. Rochet et Albertin. Paroi épaisse, grasseuse, péritoine friable. Rien d'immédiatement apparent sous le péritoine; en plongeant un peu sur la gauche, la main ramène une tumeur arrondie de la grosseur d'une orange, qu'on reconnaît développée concentriquement autour du côlon pelvien, dans la partie antérieure de l'S iliaque. Sa parfaite limitation permet une résection intestinale franche et totale.

Suture des deux segments intestinaux au catgut, sutures séro-muqueuses, puis séro-séreuses.

Mais ce temps de l'opération est rendu très difficile par l'infiltration grasseuse énorme du péritoine dans toute cette région, et surtout la présence de grosses franges épiploïques grasseuses appendues tout autour de l'intestin et sur le méso, franges qu'on est obligé d'exciser à tout instant.

En arrière même, la demi-couronne postérieure des sutures eût été impossible sans le sacrifice d'une portion cunéiforme du méso, ayant pour base la portion intestinale réséquée. La taille de ce lambeau nécessite des sutures complémentaires réunissant les deux branches du méso.

Fermeture de la paroi par plans successifs, rendue un peu délicate par la friabilité du péritoine et l'état grasseux de la paroi.

La tumeur, incisée dans le sens de la longueur de l'intestin, montre le calibre de l'intestin un peu rétréci et

la présence de masses bourgeonnantes dans sa lumière.

En somme, deux points intéressants dans cette observation.

Au point de vue symptomatologique, difficulté du diagnostic à cause des caractères et de la présentation si superficielle de la tumeur, d'une part, et le peu de troubles fonctionnels intestinaux d'autre part. A souligner, cependant, l'importance du signe des *matières rubanées*.

Au point de vue opératoire, la grande difficulté de l'entéro-anatomose, par suite de l'infiltration graisseuse du péritoine et de la présence des grosses franges graisseuses épiploïques ayant nécessité des excisions multiples et la résection d'un lambeau du méso signalées plus haut.

La séance est levée.

Séance du 13 juin 1901.— Présidence de M. FOCHIER.

M. Nové-Josserand lit le procès verbal qui est adopté

* * *

RAPPORT DE CANDIDATURE

M. Nové-Josserand lit le rapport sur la candidature de M. Debrie au titre de membre correspondant.

M. Debrie a envoyé un travail sur un cas de bec de lièvre unilatéral, compliqué de fissure alvéolaire et de saillie avec torsion de l'os intermaxillaire interne.

Le rapporteur fait ses observations sur les points suivants : d'abord, pour faire la section osseuse, il vaut mieux se servir de la cisaille que du ciseau et du maillet. La section peut être moins régulière mais elle est plus rapide et permet une économie très notable de sang.

Il insiste sur l'utilité de prendre des mesures particulières pour refaire la narine qui est très élargie et abaissée.

Enfin, au point de vue pathogénique, il met en relief le point suivant. M. Debrie paraît penser que le bec de lièvre est dû, dans ce cas, non pas, comme on le pense ordinairement, au défaut de soudure entre l'os intermaxillaire interne et l'intermaxillaire externe, compris suivant la conception d'Albrecht, mais à un défaut de formation de ce bourgeon. Il se fonde sur la large perte de substance ouvrant la narine et sur l'absence de l'incisive externe. Ces raisons ne paraissent pas suffisantes ; l'ouverture de la narine existe, dans presque tous les cas de

bec de lièvre grave, et quant aux anomalies des dents elles sont trop fréquentes soit en excès, soit en défaut, pour qu'on puisse étayer sur elles une affirmation pathogénique. Le cas observé par M. Debric est très explicable par la théorie classique du simple défaut de soudure entre les deux bourgeons.

M. Fochier demande si, actuellement, on est encore partisans de la résection de l'os intermaxillaire.

M. Nové-Josserand répond que les travaux récents paraissent réserver cette mutilation à des cas exceptionnels. Pour lui, dans les cas qu'il a eu à soigner, il a pu faire, sans trop de danger, la mobilisation, suivie de suture de l'os intermaxillaire.

UN ACCIDENT RARE DU TRAITEMENT MÉDICAL DE L'APPENDICITE.— GELURE DE LA PAROI ABDOMINALE PAR APPLICATION PROLONGÉE D'UNE VESSIE DE GLACE.

M. Durand. — J'ai eu l'honneur de présenter à la Société (1), il y a quelques jours, un malade porteur d'une gelure de la paroi abdominale, consécutive à l'application prolongée d'une vessie de glace sur l'abdomen. Cette lésion me faisait hésiter sur l'indication d'opérer à froid, car je craignais que la paroi n'ait été profondément altérée par la gelure et que mon intervention ne soit suivie d'éventration. J'avais tort de redouter cette complication, car cette gelure, étendue en surface, était toute superficielle.

J'ai enlevé, en effet, l'appendice de ce malade. La laparotomie m'a montré que la peau seule avait été atteinte. La partie profonde du tissu cellulaire sous-cutané ainsi que le ventrier étaient normaux et, au-dessous d'eux, apparaissait avec toute sa belle apparence normale, l'aponévrose du grand oblique. J'ai donc pu faire une suture avec trois plans profonds en tissus sains — péritoine, petit oblique et transverse, aponévrose du grand

(1) Voir plus haut, page 217.

oblique et un plan cutané. J'ai tout lieu de croire que la paroi ne présentera aucune complication post-opératoire.

Je passe sur les détails de l'opération qui n'ont présenté aucune particularité.

TROIS OBSERVATIONS DE TRAUMATISMES TIBIO-TARSIENS

M. Durand. — Je vous présente les observations et les radiographies de trois malades, atteints de traumatismes tibio-tarsiens. Il m'a semblé que, par leurs lésions anatomo-pathologiques, ces faits méritaient de vous être présentés. De plus, je crois que la chirurgie des fractures subit, en ce moment, par l'avènement de la radiographie, une véritable crise et qu'il importe de favoriser le plus qu'on peut les tendances de plus en plus accusées vers la précision du diagnostic de quelques traumatismes difficiles à reconnaître. Nous devons profiter des rayons X, non pas pour nous reposer entièrement sur eux et négliger les signes cliniques mais, au contraire, pour nous avancer plus loin dans l'utilisation de ces signes. Il n'est pas douteux, que si nous essayons de mettre en parallèle certaines constatations, parfois un peu obscures, de l'examen clinique, avec les données radiographiques, nous arriverons au bout d'un certain temps, à apprécier mieux l'importance des déformations ou des troubles constatés dans un cas donné, de sorte que, mis une seconde fois en présence des mêmes signes, le chirurgien pourra faire un diagnostic précis et ne demander à la radiographie qu'une simple confirmation. On peut donc dire que la présentation de nombreuses radiographies peut aboutir à nous faire nous passer du concours de la radiographie et à donner de nouvelles forces à l'examen clinique.

**FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU TIBIA. —
COEXISTENCE DE DEUX FRAGMENTS ANTÉRIEUR ET POSTÉ-
RIEUR FORMÉS AUX DÉPENS DES BORDS CORRESPONDANTS
DE CET OS.**

Mon premier malade est un terrassier qui, en marchant sur le parapet du quai, tomba sur le bas-port, verticalement sur le pied droit, la plante portant à plat, le membre étant en extension complète. Aussitôt se manifestèrent tous les signes d'une fracture et le malade fut porté à l'hôpital. Je le trouvai, salle Carnot, avec une tuméfaction considérable du cou-de-pied, remontant plus haut au-dessus des malléoles que dans les fractures malléolaires. L'examen me montra les signes suivants : les malléoles sont en continuité avec l'os qui les porte, elles paraissent un peu écartées; l'œdème rend illusoire toute tentative de mensuration au compas d'épaisseur. Deux signes ont une importance particulière : l'extrémité des malléoles est descendue au-dessous de son niveau normal comme si le pied avait pénétré dans le tibia ou le tibia dans le pied. Le membre, mesuré à partir du genou, est diminué de 5 centimètres environ. Le diamètre antéro-postérieur du tibia au voisinage de l'article est énormément augmenté par la présence de deux saillies osseuses, l'une antérieure, l'autre postérieure.

La première fait un relief perceptible au doigt et à l'œil au-dessus du point où devait se trouver la partie antérieure de l'astragale. Cette saillie est aplatie et semble, fait qui ne me frappa pas assez, se continuer avec le tibia, elle n'est pas arrondie. La seconde se sent, mais ne peut être analysée dans ses détails, car elle est séparée du doigt par le tendon d'Achille.

La douleur est intense et la recherche des points douloureux ordinaires aux fractures ne donne aucun renseignement. L'étude comparée des empreintes plantaires des deux pieds n'accuse aucune différence.

En présence de ces signes, je fis le diagnostic de fracture verticale du corps astragalien avec luxation des deux fragments, l'un en avant, l'autre en arrière du tibia.

Dans cette hypothèse, cet os ayant chassé l'astragale serait venu s'appuyer, entre les deux fragments, sur le calcanéum, ce qui expliquait à la fois le raccourcissement du membre et la présence des deux saillies anormales.

La radiographie me montra que ce diagnostic était inexact. Comme on peut le voir, en effet, la fracture a laissé l'astragale intact et a porté sur l'extrémité inférieure du tibia, qui a été divisée en une fourche à trois dents entre lesquelles vint s'enfoncer l'astragale.

La malléole interne est restée en continuité avec le corps de l'os par l'intermédiaire d'une tige interne. La partie antérieure du tibia a été séparée sous forme d'un fragment épais de 2 centimètres, long de 6 ou 7, dont l'extrémité inférieure a été chassée au-dessus de l'astragale chevauchant le col et la tête de cet os; le fragment postérieur, formé d'une façon analogue au précédent, mais par la partie postérieure du tibia, s'est portée en arrière, et entre en rapport avec la portion du calcaneum qui s'étend en arrière de l'articulation astragalo-calcaneenne.

On comprend dès lors, comment ces deux fragments avaient pu me faire penser à chacune des moitiés déplacées d'un astragale fracturé. Il me semble que si j'avais donné plus d'attention à la forme du fragment antérieur, je n'aurais peut-être pas fait le diagnostic de fracture astragalienne. Je ne pense pas, du reste, que j'aie pu faire le diagnostic vrai, car cette lésion est très exceptionnelle. Il existe, chacun le sait, des fractures malléolaires accompagnées de détachement de l'un des bords antérieurs ou postérieurs du tibia. Ces faits sont assez rares cependant, et ces fragments sont en général petits. Celui formé par le bord postérieur du tibia a une haute importance clinique parce que, dans bien des cas, il est la cause d'un symptôme important, l'exagération de la saillie du talon en arrière du pied, par déplacement total du pied, déformation qui demande une réduction soigneuse.

Dans des cas plus rares, c'est le bord antérieur du tibia qui est détaché, comme dans une observation fort intéressante présentée ici même, l'an dernier, par M. Vallas. Jamais je n'avais vu la coexistence des deux fragments et M. Destot m'a affirmé qu'il n'en connaissait non plus aucun exemple.

Le mécanisme de cette lésion me semble être le suivant: dans la chute verticale sur le talon, le poids du corps, transmis par la colonne tibiale, tendait à écraser le massif astragalo-calcanéen, mais celui-ci a résisté et la force brisante s'est épuisée dans le tibia. Il est probable que la face articulaire de cet os a porté dans un direction tout à fait normale à la poulie astragaliennne et celle-ci a pénétré comme un coin dans le tibia qu'elle a fait éclater, comme un coin de fer fait éclater la bille de bois dans laquelle on l'enfoncé. Cette lésion a, dès lors, une rareté très explicable, parce qu'elle suppose un chute tout à fait verticale et une résistance un peu exceptionnelle du massif tarsien postérieur.

Le diagnostic ainsi rectifié par la radiographie, deux conduites thérapeutiques s'offraient à moi : la réduction simple, et la réduction sanglante. J'adoptai la première, parce que je pouvais penser qu'elle serait peut-être suffisante, parce qu'elle n'a pas la gravité de la seconde. Il me semble, en effet, que l'ouverture large d'une articulation au milieu de tissus contus, œdématisés, n'est pas une opération innocente et que le moindre défaut d'asepsie se paie, en pareil cas, d'une infection terrible. De tels tissus se défendent fort mal et ont une susceptibilité à laquelle celle du péritoine ne saurait être comparée. Je pensais que si la réduction suivie de massage et de mobilisation précoces ne me donnait pas un résultat suffisant, j'aurais la ressource de faire une opération qui, pratiquée loin du traumatisme, serait plus facile, moins aveugle et sans gravité. J'ai donc fait des tentatives de réduction. Pendant qu'un aide tirait sur le pied et le dégagait de la fourche formée par l'extrémité du tibia, je me suis efforcé de ramener les fragments tibiaux en place par des pressions directes. Je n'ai pas la pensée d'y être entièrement parvenu, mais je crois avoir dégagé suffisamment le pied pour obtenir une mobilité suffisante et pour ne pas faire regretter au malade l'adoption de cette ligne de conduite que je crois prudente.

FRACTURE HORIZONTALE DU CALCANEUM.

Le nommé Pierre M..., 34 ans, est tombé, vers le milieu d'avril, du haut d'un camion sur le pavé. Le talon droit a porté fortement sur le sol. Il en est résulté des troubles subjectifs intenses de la région tibio-tarsienne. L'inspection montre une attitude assez normale du pied. Elle révèle un gonflement qui, visible sur la plus grande partie de la moitié postérieure du pied, s'accuse surtout dans les deux régions retro-malléolaire. La peau ne présente aucune dépression en arrière des malléoles et s'arrondit en une convexité qui gagne doucement le talon. La palpation révèle l'intégrité des malléoles et des autres organes, mais montre des modifications importantes de la partie postérieure du calcaneum. Les deux dimensions verticale et transversale de cette saillie sont très augmentées. La palpation à ce niveau est douloureuse ; l'étude des empreintes plantaires ne donne aucun renseignement.

Dans ce cas le diagnostic s'imposait et il s'agissait évidemment d'une fracture du calcaneum. La radiographie en a précisé la nature et la direction. Elle montre qu'il s'agit d'une fracture à trait horizontal qui a séparé le calcaneum en deux fragments l'un inférieur, l'autre supérieur, beaucoup plus mince. Ce trait de fracture bâille assez largement dans la partie postérieure où la radiographie montre un petit triangle blanc très net. Au contraire, dans sa partie antérieure, il semble y avoir pénétration des deux fragments. Cette dernière considération me semble permettre d'expliquer comme suit le mécanisme de la fracture.

Le calcaneum a été écrasé sous le poids du corps transmis par le tibia à l'astragale et, par celui-ci, au calcaneum immobilisé sur le sol. La force, transmise surtout au niveau de l'articulation calcanéostiracienne postérieure, a produit, en ce point, un tassement des trabécules de l'os de sorte que la partie antérieure du fragment supérieur a basculé en bas. Son extrémité postérieure s'est, au contraire, relevée, le fragment subissant un mouvement de fléau de balance ayant pour centre sa partie

moyenne. C'est donc, là, une fracture par écrasement. On pourrait penser encore au mécanisme autrefois invoqué par Boyer, à l'arrachement par le tendon d'Achille. Mais, dans ces cas, le trait de fracture est vertical détachant un fragment postérieur qui remonte dans le mollet entraîné par le tendon d'Achille. On pourrait, à la rigueur, penser que, dans quelques cas, le triceps peut arracher seulement la partie supérieure de l'os en créant un trait de fracture horizontal, mais il est facile de voir que cette hypothèse est inadmissible, car le trait se trouve, dans notre cas, non au-dessous mais au-dessus de l'insertion achilléenne.

Ce cas offre, à notre avis, deux points intéressants : 1° son mécanisme par écrasement ; 2° la possibilité de faire le diagnostic par la tuméfaction rétro-malléolaire et l'épaississement du calcaneum suivant ses deux dimensions.

* * *

SUBLUXATION DU SCAPHOÏDE DU PIED

Ma troisième observation n'a guère qu'un intérêt de rareté. Il s'agit d'un malade qui a fait une chute de plusieurs mètres dans la situation verticale et qui est tombé sur son pied gauche. A son entrée, on constate les symptômes d'une lésion osseuse du tarse avec intégrité apparente des malléoles. Aucun signe ne permet de localiser avec précision le siège du mal, toute la région est tuméfiée, douloureuse. On a l'impression qu'il s'est produit de multiples arrachements ligamenteux et la sensibilité, plus particulièrement exquise au niveau de la tête astragalienne, fait craindre une fracture de cette apophyse. La radiographie montre que le scaphoïde s'est un peu déplacé et que sa face supérieure s'élève à un bon centimètre au-dessus du dos des cunéiformes.

M. Claudot, au sujet de la première radiographie, demande comment on a fait la réduction et pourquoi on n'a pas cru devoir faire la réduction sanglante ?

M. Vallas a vu les deux fractures du premier cas isolées, mais non réunies sur un même malade. Tillaux

avait bien vu que, dans certains cas de fracture de Dupuytren, il y a eu un troisième fragment tibial qui s'interpose et empêche la réduction. Ce fragment correspond au bord postérieur du tibia ; il en a vu plusieurs exemples.

Le fragment antérieur, ressemblant à la fracture de l'astragale, ne s'est rencontré que dans un cas de sa pratique.

Il croit que, dans le cas de M. Durand, le mécanisme a été surtout de l'éclatement par chute directe sur les pieds, sans fracture bimalléolaire.

Il serait d'avis d'intervenir opératoirement ; dans le premier cas on pourrait réséquer le fragment tibial saillant en avant. Mais, probablement, cette intervention n'eût pas suffi et il eût fallu faire, soit une résection modelante de l'extrémité supérieure du tibia, soit une ablation de l'astragale suivie de la réduction des fragments et d'une sorte de cerclage de l'extrémité inférieure du tibia.

Il préférerait, en somme, la résection modelante du tibia.

M. Fochier. — Avant la radiographie on avait de telles déconvenues par le traitement des fractures bimalléolaires, qu'il admettrait volontiers des interventions plus actives. Dans la première observation de M. Durand, il pencherait aussi vers l'intervention.

M. Durand. — La réduction sur laquelle on m'a demandé des détails s'est faite assez facilement pendant les manœuvres que j'ai rapidement décrites tout à l'heure. Pour y parvenir, le sujet étant anesthésié, j'ai placé un aide dans l'axe du membre et lui ai fait embrasser d'une main le dos du pied, de l'autre la saillie du talon. J'ai fait tirer fortement par cet aide, le pied restant perpendiculaire à l'axe de la jambe. Pendant que cette traction dégageait l'astragale de la fourche formée par les fragments et le ramenait au niveau où aurait dû être le plateau tibial, je prenais de mes deux mains les deux fragments antérieur et postérieur du tibia, pour les ramener l'un vers l'autre, à leur place normale. J'avais une action assez facile sur le fragment antérieur, j'en avais moins sur le postérieur dont me séparait le tendon d'Achille. Je n'ai pas la pensée d'avoir réalisé une

coaptation parfaite de la fracture tibiale, mais ce que je crois avoir obtenu, c'est l'abaissement de l'astragale au point qu'il devait occuper par rapport au tibia. J'ai pu constater, en effet, que les malléoles avaient repris avec le pied leurs rapports ordinaires et s'étaient fortement élevées au-dessus de la plante du pied.

Je savais bien, en adoptant la réduction simple, que je n'arriverais pas à remettre les choses en place parfaite, mais je pensais, et je continue à le croire, que je ne devais pas tenter une réduction sanglante. Outre les craintes d'infection sur lesquelles je me suis suffisamment expliqué tout à l'heure, j'ai pensé que la réduction sanglante, même en admettant que l'asepsie ne soit pas compromise, ne me donnerait pas un bon résultat. Je ne crois pas qu'il ait été possible de voir clair dans ce foyer de fractures sans réaliser une large ouverture de la gaine périostique et sans ruginer, sur une certaine étendue, les fragments détachés. Or, ceux-ci, ainsi qu'on peut le voir, sont loin d'être énormes ; ils ne conservent leur vitalité presque que par leur périoste, et leurs connexions avec le corps de l'os sont bien réduites. Si, donc, j'avais ruginé, même une faible partie de ces fragments, j'aurais bien risqué, il me semble, de compromettre leur vitalité et de les réduire à l'état d'esquilles sans adhérences, c'est-à-dire à enlever. J'aurais ainsi créé une large perte de substance du tibia qui n'aurait plus été représenté, sur 5 ou 6 centimètre de longueur, que par la mince aiguille osseuse qui relie la malléole à la diaphyse, soutien insuffisant, on en conviendra, pour le poids du corps.

On a dit que, dans les traumatismes de la région tibio-tarsienne, il fallait savoir faire preuve d'audace ; je suis aussi de cet avis, mais je crois que les audaces chirurgicales gagnent à être placées au moment le plus favorable et que la période qui suit immédiatement le traumatisme ne représente pas du tout ce moment. Je crois qu'une intervention semblable gagnera à être reculée si, toutefois, elle devient nécessaire. Si, d'ici quelques semaines, je constate que mon malade n'a pas une mobilité suffisante, je ne m'obstinerai pas dans une prudence qui deviendrait alors de la timidité. Je ne craindrai pas, alors, de prendre le bistouri, car je serai sûr de bien savoir ce qui manque

au malade, de pouvoir le lui donner par l'intervention, aussi bien, sinon mieux, que par une intervention précoce. Je n'aurai pas alors à craindre de faire trop et je ne lui aurai pas fait courir les chances d'une intervention forcément un peu aveugle et difficile au milieu de tissus contus.

Quant à la nature de cette intervention, je ne crois pas la diriger, si elle devient indiquée, contre l'astragale, mais plutôt contre le tibia. La résection de l'astragale, en effet, risquerait de ne pas donner une mobilité suffisante en laissant persister les obstacles qui pourront s'opposer aux mouvements du pied. S'il se produit une limitation gênante des mouvements, elle sera due probablement aux deux fragments antérieur et postérieur, insuffisamment ramenés à leur place normale et placés comme des arrêts, contre lesquels viendront buter les extrémités de l'astragale. Ce sont donc ces arrêts qu'il importerait de faire disparaître, car leur conservation, même après résection de l'astragale, pourrait bien encore ne permettre au pied qu'un jeu insuffisant. En adoptant, de plus, cette conduite, j'aurai pour moi l'opinion d'Ollier qui, surtout à la fin de sa vie, était arrivé à poser assez nettement cette conclusion double : l'ablation de l'astragale s'impose pour assurer le drainage des fractures compliquées infectées récentes, mais il faut alors respecter, autant qu'on le peut, l'appareil malléolaire. L'intervention doit plutôt porter sur le squelette de la jambe dans les fractures vicieusement consolidées et ménager alors l'astragale.

Séance du 20 juin 1901. — Présidence de M. FOCHIER.

M. Nové-Josserand, secrétaire, lit le procès-verbal qui est adopté.

**INVAGINATION AIGUE ET TUBERCULOSE INTESTINALE
LATENTE. PÉRITONITE. LAPAROTOMIE. MORT.**

M. Batut. — Hier matin, 19 juin, on apportait, à 10 heures, à l'hôpital militaire Desgenettes, un cavalier du 2^e dragons, le nommé G..., malade depuis deux jours, et qui, la veille, à 9 heures du matin, après une course de 60 kilomètres, faite sans entrain et malgré un petit malaise au départ, avait été pris, en rentrant au quartier de la Part-Dieu d'une vive douleur abdominale sans localisations bien précises, suivie bientôt de vomissements bilieux et non alimentaires. Le malaise avait persisté avec une légère atténuation dans la journée pour s'aggraver durant la nuit, et à la visite du matin, le médecin du corps, trouvant à G... une mine défaite avec persistance des douleurs abdominales, malgré une non réapparition des vomissements, l'envoyait d'urgence à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite. A son entrée, on trouve le ventre dur, tendu, très douloureux dans la région splénique, sans point de Mac Burney; les yeux sont excavés, le pouls misérable à 160, le malade très affaibli; on ne peut percevoir de fluctuation, de ballottement ascitique, le malade n'a pas eu de selles ni de gaz depuis deux jours; la vessie est vide toutefois, la température paraît peu élevée. On ne peut préciser le diagnostic étiologique de la péritonite évidente qui évolue

depuis la veille, et l'état précaire du malade ne permet pas de poursuivre plus longtemps les investigations. Les anses ne sont pas dessinées; pas de tympanisme.

On soupçonne peut-être une obstruction intestinale, une appendicite anormale, une perforation, un typhus ambulatoire, l'intervention en tout état de cause s'impose. Elle est faite à 10 h. 30, après lavage de la paroi et sous l'éther. Une incision de 12 centimètres, médiane partant de l'appendice xyphoïde, s'étend en bas un peu au-dessous de l'ombilic qu'elle contourne. Le péritoine, mis à nu, est incisé; l'épiploon apparaît aussitôt non adhérent. Pas d'exsudat sensible, pas d'adhérences ni de fausses membranes au-dessous du tablier épiploïque relevé. On explore aussitôt la face inférieure du foie, la vésicule est distendue, pas de calculs, pas de périhépatite ou de péri-vésiculite; l'estomac ne présente pas de déchirure apparente, le colon transverse est modérément distendu. L'exploration de la région appendiculaire permet de sentir un appendice du volume apparemment normal, à cheval sur le rebord ou détroit supérieur du bassin. Le duodénum ne présente aucune tumeur sensible; on fait une éviscération rapide à partir de l'angle duodéno-jejunal et on trouve vers la fin de l'iléon de légers semis tuberculeux vaguement linéaires et paraissant marquer des ulcérations de la paroi intestinale; il semble, en ce moment, que nous venons de dérouler une légère torsion du mésentère, car les anses intestinales apparaissent en ce point légèrement congestionnées vers le rebord mésentérique. Quoi qu'il en soit, on porte aussitôt le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Au début, et comme le malade est fortement cyanosé et faiblit visiblement, craignant une issue funeste immédiate, nous ne poursuivons pas plus loin le déroulement qui paraît à peu près complet vu notre voisinage du cœcum, et mettons deux longs drains pelviens vers la fin de l'incision, en raison d'un liquide vaguement séro-sanguinolent. Nous suturons la paroi au plus vite, pendant qu'un aide fait une injection de caféïne, pour compléter l'action désinfectante de sérum physiologique injecté avant l'intervention à la dose de 500 grammes. Le malade est porté dans son lit entouré de bouillottes, on fait une nouvelle injection de 580 grammes de sérum, le pouls est très faible: cœur 160. L'opération

a duré 25 minutes environ. Le malade revient à lui vers 11 h. 1/2, parle à la sœur, lui raconte que son mal dure depuis deux jours environ, qu'il a fourni la veille une longue course, qu'il n'a rien mangé depuis. Mais, subitement, vers 2 heures, il devient violacé, ne respire plus, se refroidit et meurt en cinq minutes.

L'autopsie faite ce matin nous a permis de faire les constatations suivantes : un peu de sérosité sanguinolente dans le petit bassin, rien à la vésicule biliaire, ni sous le diaphragme. Rate saine, reins normaux, estomac intact. Pas d'exsudats péritonéaux, de fausses membranes récentes ou anciennes. Cœcum intact, appendice long de 15 centimètres, recourbé, sans adhérences et contenant des matières fécales effilées dans son intérieur. L'intestin grêle déroulé nous permet de constater la présence de deux grosses ulcérations sans perforation, de 4 centimètres environ, correspondant aux deux semis de granulations éloignées de 10 centimètres, aperçus durant l'intervention et situés à 2 mètres du cœcum, par conséquent vers la terminaison du jejunum ; il existe plus haut deux ulcérations semblables, mais plus petites, de nature nettement tuberculeuse. Pas de plaques de Peyer, malgré la présence de ganglions mésentériques manifestement hypertrophiés.

Un peu plus bas, à 80 centimètres du cœcum, sur l'iléon, on trouve une tumeur résistante, dure, formée par un boudin intestinal invaginé, intrapelvien comme siège, et que j'ai l'honneur de vous présenter. La partie invaginée est dure, ecchymotique, noirâtre, en état de sphacèle assez avancé vers sa terminaison ; il existe, comme vous pouvez le voir sur le milieu de la portion intestinale invaginée, une ulcération de la grosseur d'une pièce de deux francs assez profonde, à bords indurés et sur la nature de laquelle nous faisons des réserves que l'examen anatomo-pathologique éclaircira. Est-ce une plaque de sphacèle sans continuité avec le sphacèle terminal, le début d'un sillon d'élimination, est-ce une ulcération tuberculeuse analogue à celles que nous avons signalées plus haut ? Nous penchons à *priori* en faveur de seconde hypothèse.

D'ailleurs l'incision de la portion étranglée va nous montrer s'il existe en ce point d'autres lésions tuberculeuses.

Terminons notre compte rendu en relatant que les poumons présentent aux deux sommets des semis tuberculeux récents et même à gauche une petite caverne ; le cœur est hypertrophié, les plèvres nettes, la prostate indemne, la vessie et les testicules intacts.

En somme, notre malade paraît avoir succombé à une stercorémie et n'avoir pu résister, en raison des fatigues des jours précédents, à cette intoxication aiguë ; d'autre part les lésions tuberculeuses dont le début remonte au moins à un mois avaient diminué encore sa force de résistance.

Il est surprenant de voir la brusquerie de cette invagination, contrastant avec l'évolution sournoise d'une tuberculose intestinale et pulmonaire, sur laquelle rien n'avait, jusque-là, appelé l'attention.

Rationnellement, nous aurions dû continuer notre déroulement intestinal, et arriver jusqu'au cœcum ; nous avons été arrêtés par l'état très alarmant du malade, exigeant une grande rapidité dans l'intervention. Si nous avions trouvé l'invagination, il était indiqué de faire une entérectomie avec entéro-anastomose des deux bouts ; mais le malade n'aurait sûrement pas supporté cette nouvelle intervention, même avec le bouton de Villard. Il est possible que le choc péritonéal eût été diminué, si nous l'avions privé du bénéfice de l'anesthésie ; mais alors que de difficultés pour rentrer les anses intestinales refoulées au dehors par les contractions du diaphragme ?

Une intervention faite, la veille, avec un diagnostic précis, aurait pu, seule, sauver momentanément G... qui, d'ailleurs, eût succombé probablement bientôt, par suite de sa tuberculose intestinale et des perforations imminentes ; cette dernière avait produit des ulcérations profondes, sans ascite réactionnelle, sans adhérences, sans gros semis tuberculeux sur la séreuse et l'épiploon, elle semble être restée très nettement circonscrite, contrairement à l'observation clinique habituelle.

M. Claudot, qui assistait à l'opération, insiste sur les difficultés du diagnostic ; la gravité des accidents, la brus-

querie de leur apparition faisaient penser à une septicémie péritonéale suraigüe. L'intervention n'a pas permis de découvrir l'invagination parce qu'elle n'a pu être faite jusqu'au bout en raison de l'état général très grave faisant craindre la mort sur la table d'opération. Ce fait montre qu'en pareil cas il ne faut pas se laisser arrêter par cette crainte ; il vaut mieux aller jusqu'au bout et donner au malade la seule chance de salut qu'il puisse avoir. Il reconnaît, toutefois, que, dans ce cas particulier, un succès eût été tout à fait improbable.

M. Nové-Josserand insiste sur la coexistence de ces lésions tuberculeuses avec l'invagination ; il demande quel était le siège de ces granulations et s'il y avait des signes très nets d'invagination.

M. Batut. — Les lésions tuberculeuses se trouvaient à un mètre au-dessus de l'invagination. Il n'y avait pas eu de selle sanglante, mais à l'autopsie, on a trouvé l'intestin plein de sang.

M. Claudot. — Les symptômes se sont montrés après une longue course à cheval qui a bien pu déterminer ou aggraver l'invagination. En tout cas celle-ci était complète, avec sphacèle du segment invaginé et on n'aurait pu penser à une invagination agonique.

M. Jacob donne quelques détails complémentaires. Le malade avait le ventre rétracté, des vomissements porracés, le pouls à 140, le faciès grippé, la température à 36°. Il faisait penser à une perforation de l'estomac ou de l'intestin grêle.

M. Jaboulay a opéré, il y a quinze jours, un malade atteint de tuberculose péritonéale avec invagination de l'iléon dans le cœcum et du cœcum dans le côlon. Il a pu réduire l'invagination par expression ; le malade a guéri.

CORPS ÉTRANGER DE L'ESTOMAC CONSTITUÉ PAR UNE ÉNORME MASSE DE CHEVEUX DÉGLUTIS, RETIRÉ, PAR GASTROTOMIE. CHEZ UNE HYSTÉRIQUE.

M. Siraud communique un cas de corps étranger de l'estomac, enlevé, par gastrotomie, le 15 juin dernier, sur une jeune fille de 16 ans.

Cette jeune fille, très névropathe, présentait, depuis 15 mois environ, une tumeur abdominale, allongée verticalement depuis les fausses côtes gauches jusqu'au niveau de la ceinture pelvienne. Dure, lisse, régulière, cette tumeur, un peu mobilisée par les mouvements respiratoires, était très mobile dans le sens transversal et fixée imparfaitement par la contraction des muscles des parois abdominales. Elle était mate à la percussion, au moins à sa partie moyenne, car, sur les bords de la masse, la sonorité apparaissait. La matité ne se continuait ni avec celle de la rate, ni avec celle du foie. L'indolence était absolue; seules la palpation ou la mobilisation de la tumeur provoquaient quelques douleurs à l'épigastre et des nausées. Le toucher vaginal, pratiqué prudemment, montrait l'intégrité des organes pelviens.

Les signes fonctionnels déterminés par la présence de cette tumeur étaient peu marqués. Il n'existait aucun symptôme de compression. La malade a signalé quelques vomissements survenant la nuit, sans grands efforts, vomissements aqueux ou glaireux peu abondants, jamais alimentaires.

L'appétit est conservé, les fonctions intestinales régulières. La malade accuse un amaigrissement assez marqué depuis 4 mois. Elle n'a jamais eu de fièvre ni de sueurs; les poumons, le cœur, les reins sont intacts.

Elle a consulté plusieurs médecins qui ont porté les diagnostics suivants: fibrome de la paroi abdominale, péritonite tuberculeuse enkystée, spléno-mégalie, kyste du pancréas.

Ce dernier diagnostic parut le plus rationnel, en raison du siège de la tumeur, de la zone de sonorité qui est au devant d'elle et de la situation de l'esto-

mac qui paraît la recouvrir. Toutefois, l'insufflation de ce viscère n'a pu être pratiquée, la malade s'y refusant absolument.

Une laparotomie sus et sous-ombilicale est pratiquée le 15 juin ; dès l'ouverture du péritoine se présente l'estomac abaissé, très vertical. Au travers de la paroi antérieure, on sent une tumeur de consistance dure qui semble située derrière l'estomac. Une boutonnière est pratiquée sur le feuillet antérieur du grand épiploon : l'arrière-cavité des épiploons est vide ; il n'existe pas de kyste du pancréas. En réclinant l'estomac, la tumeur perçue à travers la paroi antérieure est encore sentie à travers la paroi postérieure ; en déplaçant l'estomac, on déplace la tumeur. Donc, celle-ci est incluse dans la cavité stomacale.

Immédiatement est pratiquée une gastrotomie antérieure, large de 6 à 7 centimètres ; par l'ouverture se montre une masse noire, ressemblant à un kyste dermoïde ; elle est extraite en totalité et apparaît comme un véritable moule de la cavité stomacale, composé de poils ou de cheveux noirs, tassés et parfaitement agglomérés, imbibés de suc gastrique d'odeur aigre caractéristique. Cette pièce est cylindrique, son extrémité supérieure est arrondie et répond parfaitement à la grosse tubérosité de l'estomac ; son extrémité inférieure est infléchie comme le pylore ; elle se rétrécit et se termine par un pinceau de poils qui étaient engagés dans le duodénum. Le bord droit est concave comme la petite courbure, tandis que le bord gauche est convexe.

La pièce entière pèse 765 grammes, son grand axe vertical mesure 28 centimètres, son épaisseur est de 7 c.

La paroi antérieure de l'estomac est suturée à trois plans muqueux, musculeux, séreux, avec du fil de soie. Les suites opératoires furent simples, la température ne dépassa jamais 38° et la guérison fut obtenue au bout de 10 jours.

L'examen de la pièce ne laissait aucun doute : il s'agissait, à coup sûr, d'un corps étranger de l'estomac, d'un intérêt unique, en raison de sa composition, de son volume et de la tolérance parfaite avec laquelle il avait été gardé jusqu'à ce jour. Mais quelle était la genèse d'un semblable corps étranger ?

La malade, pressée de questions, finit par avouer que, depuis quatre ans, elle avait contracté la singulière habitude d'avaler les corps étrangers, tels que du papier, des médailles et des cheveux ; atteinte de desquamation pelliculaire du cuir chevelu avec chute de cheveux, elle recueillait précieusement ses cheveux et les avalait. Souffrant d'insomnie, elle trompait la longueur des heures de la nuit en arrachant ses cheveux, qu'elle *avalait par distraction*.

Cette jeune fille est, d'ailleurs, hystérique avérée, elle présente quelques stigmates caractéristiques (point crânien, ovaralgie, anesthésie pharyngienne, diminution du champ visuel). Bien que n'ayant jamais eu de crises convulsives, elle est d'un caractère irritable ; à plusieurs reprises, elle eut des périodes d'amnésie et de délire. La veille de l'intervention, elle fut conduite à la salle d'opération pour y être examinée ; de retour à son lit elle fut prise de délire pendant une heure, ne se rappelant plus avoir subi un examen médical, mais affirmant s'être présentée devant des garçons épiciers !

En résumé, cette observation de corps étranger de l'estomac, constitué par une masse énorme de cheveux agglutinés et tassés, accumulés depuis plusieurs mois dans la cavité stomacale, est d'un intérêt unique, en raison de sa rareté. La pathologie humaine n'en a pas fourni d'exemple aussi monstrueux jusqu'ici : mais, fait curieux, quelques animaux sont victimes de semblables accidents : les chevaux, les bœufs, les moutons, en se léchant arrachent leurs poils qu'ils avalent et se créent ainsi d'énormes corps étrangers dans l'estomac ; tous les vétérinaires connaissent cette bizarre affection.

Il y a lieu de remarquer, dans cette observation, la tolérance prolongée de l'estomac pour une aussi volumineuse masse ; non seulement l'alimentation se faisait passablement, puisqu'il n'existait que de rares vomissements muqueux, jamais alimentaires, mais, il n'y avait pas de troubles intestinaux et que peu d'amaigrissement. L'intervention fit voir que les parois stomacales étaient d'ailleurs intactes.

M. Gangolphe avait vu la malade et n'avait pu faire un diagnostic précis. Il pensait à une tumeur de l'épi-

Blouant

plon ou à de la tuberculose. La cachexie était extrême. Il a vu une malade chez qui des masses stercorales avaient fait penser à de la carcinose.

M. Claudot croit qu'on trouvera des tumeurs analogues chez des hystériques, mais pas aussi volumineuses. Des faits de ce genre ne sont pas rares chez les animaux : chevaux, bœufs. Ces tumeurs sont très dures. Il en a vu chez une génisse.

M. Jaboulay.— Ces tumeurs sont bien tolérées par les animaux, les vétérinaires ne font jamais d'opération pour cela.

M. Bérard. — Dans ce cas, d'un diagnostic très ardu, et où l'on pouvait croire à un kyste du pancréas, l'insufflation de l'estomac aurait peut-être permis de préciser davantage les rapports de la tumeur avec les organes voisins. Chez une malade atteinte d'un gros kyste du pancréas, M. Bérard était arrivé au diagnostic, avant d'opérer, grâce aux données fournies par cette insufflation.

M. Siraud avait pensé à faire l'insufflation, mais elle n'est pas possible à cause de l'indocilité de la malade.

M. Gangolphe a vu un cas de tuberculose du rein qu'il avait pris pour un kyste du pancréas. Dans ce cas, la distension de l'estomac avait confirmé le diagnostic de kyste du pancréas et conduit ainsi à une erreur.

M. Durand. — L'insufflation de l'estomac doit donner les mêmes résultats dans tous les cas de tumeur rétro-gastrique et, de ce que, par ce procédé, on voit se déplacer au devant de la tumeur la sonorité gastrique, il ne faut pas se croire autorisé à conclure que l'on est en présence d'une affection pancréatique ; le cas de M. Gangolphe en est une preuve. Il suffit, du reste, de se rappeler les rapports normaux de la rate, du rein et du pancréas, tous organes rétro-gastriques, pour être très réservé sur la valeur diagnostique de cette méthode.

M Bérard. — Je n'ai pas la prétention d'avoir inventé l'insufflation de l'estomac comme élément de diagnostic des kystes du pancréas et des tumeurs du mésogastre. Les mémoires de Bœckel, de Le Dentu, de Villar ren-

ferment des tableaux très précis qui représentent la répartition des zones de matité et de sonorité, suivant que le kyste s'est développé entre l'estomac et le foie, entre l'estomac et le côlon, ou au-dessous du côlon transverse. Ces mêmes chirurgiens ont montré comment, par le même procédé, on pouvait distinguer les tumeurs de la rate et du foie.

Je n'ai pas voulu dire, non plus, qu'il suffisait d'insuffler l'estomac pour reconnaître une tumeur du pancréas, ce qui serait absurde. Mais, quand un malade présente les signes rationnels de telles tumeurs, il y a, dans ce procédé, un élément de diagnostic clinique précieux dont on ne doit pas se priver, et qui vient s'ajouter aux autres. Par exemple, chez la malade de M. Siraud, il est plus que probable que l'estomac insufflé eût été assez modifié dans ses contours, dans ses zones de contact avec la paroi et avec les autres viscères, pour qu'on eût pu localiser dans l'estomac lui-même cet énorme corps étranger, qui aurait ainsi subi les mêmes déplacements.

* * *

FISTULES CONGÉNITALES SOUS-HYOÏDIENNES ET KYSTES MUCOÏDES

M. Batut. — J'ai l'honneur de présenter un malade entré depuis deux jours dans le service, pour une fistule sous-hyoïdienne, datant de l'âge de 6 ans et qui a été opérée il y a trois ans, par M. Polaillon.

C'est le type de la fistule secondaire au kyste mucoïde sous-hyoïdien, bien étudié depuis les travaux de Bochdalek, par Bravais-Gérard, Marchant, Lannelongue, Broca, Lyot et dans les deux thèses de Paris, de Gehe, 1882 et Fauvel, 1886.

La cicatrice est adhérente à l'os hyoïde, se plisse en arcade à concavité inférieure très marquée dans la déglutition, remonte avec l'os hyoïde et présente, au centre, un petit orifice qui admet à peine, lorsqu'il est ouvert, une sonde de Bowmann n° 1; cette dernière s'enfonce de deux centimètres environ dans le sens antéro-postérieur

dans un trajet rectiligne et qui paraît avoir un diamètre très restreint. Il n'existe aucun diverticule latéral, l'examen laryngoscopique ne montre aucune malformation du larynx ; aucun orifice sus-glottique ou rétro-épiglottique. La fistule se ferme et tous les quatre ou cinq jours, laisse s'écouler un liquide légèrement visqueux, non purulent, empesant le linge. Le malade se prétend gêné dans la déglutition et dans l'exercice de sa profession de musicien clarinettiste. En réalité, la dissection soigneuse faite par M. Polaillon n'a pas été complète et il est resté un fragment du revêtement épithélial du kyste primitif qui a amené la récurrence.

Ce malade présente comme autres malformations, une fistule pré-auriculaire, type assez fréquent lorsqu'on le recherche.

Nous savons par quelques exemples combien la guérison de cette affection est difficile à obtenir ; un cas récent de M. Tixier démontre que, parfois, la dissection de la poche doit être poussée fort loin ; elle seule permet d'espérer une non récurrence.

La genèse de ces fistules secondaires à des kystes congénitaux du champ méso-branchial, a été bien établie dans ces dernières années, et on sait leurs relations avec l'invagination thyroïdienne médiane et le canal de Bochdalek décrit par ce dernier en 1866.

Nous avons pu, en quatre ans, en observer quatre exemples à l'hôpital militaire Desgenettes. L'histoire de tous ces malades se ressemble et vous pouvez juger par les photographies que je vous présente, que l'aspect extérieur de la lésion est toujours le même. On a pu, dans certains cas, croire à un abcès froid, à un ganglion suppuré, à une chondrite. Chez un seul de nos malades, j'ai pu intervenir par la cautérisation au thermo-cautère et obtenir une guérison. Je dois dire que j'ai craint un instant d'être allé trop profondément et d'avoir provoqué une fistule complète, c'est-à-dire pharyngo-cutanée. Chez les autres, les injections modificatrices n'ont rien donné ; l'affection, du reste, n'est pas douloureuse, mais gênante surtout chez la femme. J'ai vu, jadis, M. Gajuot guérir un malade par l'emploi d'un crayon effilé de nitrate d'argent : la guérison fut très longue à obtenir. Le sujet actuel fut le seul des quatre que j'ai soignés, qui paraisse

avoir une intelligence normale; l'insuffisance thyroïdienne pourrait peut-être en donner l'explication.

M. Nové-Josserand a observé récemment une récédive analogue.

M. Jaboulay a eu aussi une récédive et croit qu'elles sont fréquentes.

M. Fochier, au dernier concours de l'agrégation, à l'occasion d'une question sur ce sujet, a recueilli l'impression que tous les chirurgiens ont eu des récédives.

M. Gangolphe a eu également plusieurs récédives; il en a guéri une en dilatant le trajet et en faisant des lavages.

M. Batut fait observer que, dans le dernier cas de M. Gangolphe, il s'agit d'une fistule branchiale.

FIBROME UTÉRIN ENLEVÉ PAR LAPAROTOMIE SOUS-PÉRITONÉALE

M. Jaboulay présente un utérus fibromateux enlevé par la voie sus-pubienne et sous-péritonéale qu'il a décrite.

M. Fochier demande dans combien de cas ce procédé serait applicable et quel avantage il y a à conserver le péritoine pariétal.

M. Jaboulay. — Il y aurait les mêmes raisons à préférer ce procédé qu'à préférer l'hystérectomie vaginale, à l'hystérectomie abdominale.

RAPPORT SUR LA CANDIDATURE DE M. LE D^r RIGAL

M. Gangolphe. — Au nom d'une commission formée de MM. Gangolphe, Durand, Bérard, j'ai l'honneur de vous communiquer notre rapport sur la candidature de M. le

Dr Rigal, médecin principal, médecin chef de l'Hôpital militaire Villemanzy.

M. le Dr Rigal a présenté à la Société de Chirurgie une observation extrêmement intéressante, puisée dans sa pratique. Il s'agissait d'une plaie pénétrante de poitrine par coup de fleuret, ayant déterminé, en dehors des accidents immédiats, une fistule rebelle. Blessé le 26 avril 1896, le sujet subissait, le 3 mai, une pleurotomie qui donnait issue à 1.500 gr. de pus. Les accidents fébriles tombèrent, mais le trajet opératoire ne se fermait pas; le 14 novembre 1896, M. Rigal l'examinait, posait le diagnostic de trajet fistuleux aboutissant à une petite cavité purulente intra-pulmonaire et concluait à la nécessité d'une ouverture plus large avec modification des parois du thorax.

Le 26 novembre eut lieu l'intervention, conformément à ces données.

Grâce à la résection sous-périostée de 0,08 centimètres de la quatrième côte, la fistule apparaît nettement; à son pourtour, à une distance de 0,02 centimètres, les feuillets pleuraux sont normaux. Sur une sonde cannelée servant de conducteur, la première partie du trajet est incisée à l'aide du thermo-cautère, puis agrandie au doigt. On ne trouva, au milieu du tissu pulmonaire, à 0,07 ou 0,08 centimètres de profondeur, qu'une cavité de la grosseur d'une noix communiquant avec les bronches.

Gros drain, mèche phénolysée.

Les suites furent des plus heureuses et le sujet guérit complètement le 13 janvier 1897.

La méthode avec laquelle la cure opératoire a été entreprise et menée à bien, autant que la rareté d'observations analogues méritaient d'être mises en relief.

En félicitant M. le Dr Rigal, nous vous proposons de vouloir bien l'inscrire comme candidat au titre de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

M. le Président met aux voix les conclusions de ce rapport. Elles sont adoptées à l'unanimité.

Séance du 27 juin 1901. — Présidence de M. FOCHIER.

M. Nové-Josserand, secrétaire, lit le procès-verbal qui est adopté.

ANÉVRYSME ARTÉRIOSO-VEINEUX DE L'ORBITE

M. Gayet présente un malade atteint d'anévrisme artérioso-veineux du fond de l'orbite, consécutif à une plaie pénétrante produite par une aiguille de bas. Il y a actuellement des signes de phlébite qui paraissent tendre à la guérison spontanée.

ENDOTHÉLIOME ENCÉPHALOIDE DU MÉSO-COLON TRANSVERSE. — ABLATION

M. Albertin présente une volumineuse tumeur abdominale. Elle présente un double intérêt au point de vue clinique et au point de vue anatomo-pathologique.

Il s'agit d'une malade de 58 ans qui, depuis plusieurs mois, avait perçu une tumeur dans la région abdominale au niveau de l'ombilic. Depuis deux mois environ, il était

survenu des troubles gastriques sous forme d'anorexie et de nausées. La malade perdait ses forces, la tumeur augmentait de volume. Enfin, depuis un mois, elle a présenté de la fièvre avec des oscillations thermométriques de 39° le soir à 38° le matin.

A l'examen de l'abdomen, on trouvait une tumeur volumineuse occupant la partie centrale de la cavité abdominale, tumeur peu mobile, mais paraissant molle, plutôt fluctuante.

La partie saillante, culminante, présentait de la matité; on retrouvait la sonorité sur la périphérie.

On ne percevait rien d'anormal dans la région lombaire; les fonctions rénales étaient normales. L'examen de l'appareil utéro-ovarien, le toucher vaginal ne révélaient rien d'anormal du côté du petit bassin. Il n'y avait pas d'ascite.

Le diagnostic me parut difficile à préciser. J'éliminai successivement l'hypothèse d'une lésion de l'estomac, la région hypogastrique ne présentait pas de lésion, la sonorité stomacale affleurait la tumeur, et la fièvre survenue pendant le dernier mois me faisait penser plutôt à une péritonite secondaire en voie de suppuration. En faveur de cette hypothèse, nous avons l'augmentation de volume rapide de la tumeur depuis un mois avec de la fièvre continue, de l'amaigrissement, de la perte des forces.

Malgré l'incertitude du diagnostic, je conclus à l'intervention nécessitée par la gravité progressive de l'état de la malade.

Je me proposai, après laparotomie, de vérifier la nature de la tumeur et de choisir une ligne de conduite après cette constatation.

J'ai opéré la malade, ce matin, avec l'assistance de mon ami, le Dr Durand. Après l'ouverture de l'abdomen, nous trouvions une énorme tumeur qui me parut fluctuante et si nettement que j'enfonçais un trocart. L'absence d'écoulement de liquide nous fit penser à un cancer colloïde ou encéphaloïde et, en retirant le trocart, nous pûmes nous en rendre compte.

En cherchant, avec la main, à mobiliser la tumeur, je tombais sur un plan de clivage qui permit d'enucléer facilement cette tumeur d'une sorte de coque dont nous

laissâmes la partie profonde, adhérente à l'insertion du méso-côlon.

Pour aborder la tumeur, nous laissâmes le côlon relevé en haut, libérant des adhérences avec le côlon ascendant le côlon transverse et le côlon descendant.

Après cette énucléation, nous réséquâmes la périphérie de la coque et pour obtenir l'hémostase, nous plaçâmes une sorte de Mikulicz volumineux formé par une compresse de gaze dans le fond de laquelle furent tassés deux ou trois tampons. Une partie de l'abdomen fut refermée par des sutures.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs points de vue.

1° L'apparition de phénomènes fébriles pendant la période de croissance rapide de la tumeur.

2° La difficulté de faire le diagnostic à cause de la simultanéité de ces symptômes : tumeur molle paraissant fluctuante, à accroissement assez rapide, avec fièvre et état cachectique.

3° Le mode d'énucléation de la tumeur ; son utilité opératoire. L'absence de pédicule et d'adhérence a rendu l'opération simple et facile.

Quant à l'intervention, elle eût pu rester exploratrice si nous n'avions pas, en ponctionnant la tumeur, créé une brèche qui nous interdisait la fermeture de l'abdomen.

Pour ce qui est de l'énucléation de la tumeur, j'ai été surpris de sa facilité. Mais ce qui a facilité l'exécution opératoire est une condition défavorable à l'heureuse issue à plus ou moins longue échéance. En effet, de cette coque dont nous avons laissé une partie dans l'abdomen, va partir une pullulation de la tumeur sous forme de champignon bourgeonnant, rapidement envahissant.

Il se passera là, ce qui s'est passé chez un malade dont M. Chevalier, dans sa thèse récente sur les myômes de la peau, a publié l'observation. Je pratiquai l'ablation de tumeurs cervicales, simulant des adénites bacillaires. En présence de l'adhérence de la coque, je fis un curetage de cette coque et en retirai une masse bizarre qui me parut néoplasique et je l'envoyai à l'examen histologique.

La réponse fut léio-myome malin, et de la cavité de la

coque partit bientôt une repullulation néoplasique qui, sous forme de gros champignon, déborda la région et nécessita des exérèses partielles à but hémostatique. Il se passera vraisemblablement la même chose pour cette malade, à moins que des accidents péritonéaux plus rapides ne laissent pas le temps à la tumeur de bourgeonner.

Avant d'avoir la réponse, au point de vue de l'examen histologique, on peut prévoir que cette tumeur s'est développée dans l'épaisseur des feuilletts péritonéaux et à leurs dépens. L'examen du laboratoire nous dira quelle est la nature du tissu néoplasique.

* * *

Examen anatomo-pathologique de la tumeur.

M. Paviot. — « Sur les fragments du premier envoi le
« diagnostic histologique de provenance de la tumeur
« n'était pas faisable ; en effet, on observait, infiltrées au
« travers des vésicules adipeuses du méso-côlon, des cel-
« lules néoplasiques, les unes fusiformes, les autres assez
« volumineuses ; celles-ci avaient un protoplasma gra-
« nuleux, mais même piqué de nombreuses granulations
« graisseuses. Des grosses cellules beaucoup n'ont qu'un
« noyau, mais à chromatine peu dense, comme sablé.
« Les plus grosses cellules, au contraire, présentent tou-
« jours, soit un noyau énorme, soit deux ou trois noyaux
« qui commencent à se fusionner. Pas d'autres forma-
« tions ni disposition typique ; ces diverses cellules
« filent simplement entre les vésicules adipeuses. En
« somme, avec ces coupes on ne pouvait dire qu'une
« chose : tumeur maligne.

« Mais l'examen histologique du deuxième envoi ne
« laisse aucun doute ; on voit alors, sur les coupes, que,
« la graisse ne résistant plus, les cellules acquièrent de
« grandes dimensions ; elles sont toujours à protoplasma
« granuleux paraissant très délicat et néanmoins très
« translucide. Les cellules à gros noyau de fusion sont
« beaucoup plus nombreuses. Leur protoplasma est tou-
« jours abondant ; elles font de grands corps cellulaires

« qui s'étendent suivant l'espace dont elles disposent.
« Elles ont, de plus, une tendance à se grouper en
« s'enroulant, si bien que, par place, on a de véritables
« lobules enchevêtrés dans lesquels les cellules tendent
« à former le bulbe ; les lobules ne sont séparés par
« rien sur les coupes ; ils perdent un peu contact les uns
« avec les autres ; ils ne sont plus alors séparés que par
« des traits clairs. D'ailleurs ces lobules ne sont jamais
« complètement libres ; ils viennent toujours par une
« queue, un prolongement large, se perdre dans les points
« où la tumeur n'est pas lobulée.

« Il semble donc que la tumeur, pour se développer
« dans l'épaisseur du méso-colon, a, néanmoins, comme
« point de départ, les grandes cellules du péritoine et
« que l'on a affaire à un *endothéliome du péritoine*.

« La tumeur est sûrement maligne et nous serions
« intéressé d'avoir ultérieurement, soit des renseigne-
« ments sur la malade, soit de nombreux fragments si
« la récurrence entraînait la mort dans le service ».

Examen des pièces prélevées à l'autopsie.

M. Paviot. — « Les coupes ont porté sur quatre frag-
« ments différents prélevés en des points divers du
« morceau qu'on nous a envoyé.

« Les coupes de chacun donnent de la graisse, des
« vaisseaux artériels abondants et, çà et là, des ganglions
« lymphatiques à follicules bourrés de cellules abon-
« dantes. Mais nulle part on ne retrouve les cellules de
« la tumeur dont on nous a envoyé des fragments lors
« de l'opération.

« Ces ganglions n'ont pas encore subi la transforma-
« tion en cellules de la tumeur, ils ne paraissent bien
« contenir que des lymphocytes, mais ils sont du moins
« déjà manifestement en hyperplasie et peut-être déjà
« en puissance cancéreuse ».

La malade étant morte de cachexie progressive,
M. Durand, qui pratiqua l'autopsie, constata que la tumeur

s'était développée tout-à-fait en surface sur la face séreuse du péritoine, au niveau du feuillet inférieur du mésocolon transverse et du feuillet droit du mésentère. Tous les organes voisins : pancréas, intestins, ganglions étaient sains. En décollant le péritoine, on vit que sa face externe ne présentait aucune altération. L'autopsie a donc donné entière confirmation au diagnostic histologique de M. Paviot.

M. Vallas a observé sur les membres des tumeurs analogues par leur aspect extérieur à celle que M. Albertin vient de présenter. Ce sont des tumeurs molles qui grossissent assez vite, sont énucléables et récidivent lentement, le microscope en fait des léso-myomes.

M. Sabatier demande à quoi M. Albertin attribue cette sensation de fluctuation : était-ce une propriété de la tumeur ou une sensation due à son déplacement facile ?

M. Albertin. — La sensation de fluctuation était due à la tumeur elle-même et non à sa mobilité.

M. Fochier présentera prochainement des expériences sur la fluctuation des tumeurs abdominales. Il y a des tumeurs solides qui fluctuent et des tumeurs liquides qui ne fluctuent pas. Cela dépend de conditions diverses dont il a cherché à se rendre compte expérimentalement.

FRACTURE ANCIENNE DE LA ROTULE. — RESTAURATION DES AILERONS SANS SUTURE OSSEUSE (Procédé Vallas).

M. Durand. — Je présente à la Société un malade qui entra, le 1^{er} avril, salle Carnot, dans le service de M. le professeur Polosson, pour des troubles fonctionnels graves consécutifs à une fracture de la rotule. J'ai opéré ce malade par le procédé de M. Vallas, et j'ai cru intéressant de vous montrer le résultat, déjà très bon et qui va sans doute s'améliorer encore, que j'ai obtenu sans suturer la rotule.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, robuste terrassier, qui, le 5 octobre 1900, a fait une chute et, au cours de cette chute, a fourni une contraction de son triceps telle-

ment brusque et violente qu'elle a déterminé une fracture transversale de la rotule. Comme la chute n'a pas été complète, il s'agit bien ici d'une fracture de cause musculaire, je n'insiste pas sur ce point de pathogénie aujourd'hui classique et hors de discussion. Il se produisit immédiatement une tuméfaction et un œdème considérable qui disparut suffisamment, en dix jours, pour que l'on pût constater, le 15 octobre, que les deux fragments rotuliens étaient séparés par un intervalle de deux centimètres environ.

Le malade fut soumis à l'immobilisation dans un appareil pendant soixante jours. Au bout de ce temps, il put se lever, et bientôt faire quelques pas; mais, dès ce moment, il était incapable de soulever son talon du plan du lit et, en marchant, traînait sa jambe derrière lui. Il ne se servait guère de son triceps et marchait en fauchant; mais, dans un effort qu'il fit en se promenant dans la cour de l'hôpital, il augmenta sa lésion, élargit l'intervalle qui séparait ses fragments rotuliens et vit reparaître la tuméfaction et l'œdème. Il dut être immobilisé de nouveau. A son départ, au commencement de mars, on constatait encore un peu d'œdème, une atrophie considérable du triceps fémoral, un intervalle de cinq centimètres environ entre les deux fragments. Les fonctions étaient assez peu satisfaisantes, la jambe fauchait dans la marche et ne pouvait être projetée en avant; le malade, couché, ne pouvait soulever le talon au-dessus du plan du lit. Il alla passer un mois à Longchêne et rentra dans le service. Je le trouvai avec les phénomènes que je viens de rapporter d'après l'observation recueillie. Je dois ajouter que si l'extension active était impossible, la flexion passive du genou était assez réduite et n'atteignait qu'à peine l'angle droit. Le malade ne pouvait marcher sans canne. La palpation du genou faisait constater entre les deux fragments rotuliens un intervalle de cinq à six centimètres qui se prolongeait latéralement en dedans et en dehors, à travers les expansions latéro-rotuliennes du tendon tricipital.

J'intervins, le 9 avril, avec l'intention bien arrêtée de suivre le manuel opératoire indiqué par M. Valias et dont j'avais pu constater la simplicité opératoire et les bons résultats.

Une grande incision à convexité inférieure, circonscrivant le fragment inférieur et, prolongée latéralement par deux incisions rectilignes transversales, me permit de tracer un large lambeau cutané dont le relèvement en haut mit bien au jour les lésions rotuliennes et latérales. La membrane cicatricielle qui réunissait les deux lèvres de la déchirure adhérait un peu à la peau, mais la dissection de celle-ci fut assez facile. Je pénétrai dans l'articulation par une longue incision transversale qui fendit, de l'une à l'autre de ses extrémités latérales, cette membrane cicatricielle. Je constatai que la cavité articulaire était modifiée, cloisonnée de brides solides qui étaient les causes de la limitation du mouvement du genou et que la synoviale était rosée ou jaunâtre, et n'avait pas retrouvé son intégrité ni son apparence normales.

Je réséquai la cicatrice dans les parties qui comblaient les déchirures des ailerons, mais je ne l'enlevai pas complètement, et j'eus tout lieu de m'en féliciter dans la suite, dans l'espace séparant les fragments osseux. A ce moment je mis une forte pince érigne sur chacun de ces fragments et tentai de les rapprocher, je n'y parvins pas ; je donnai un peu de liberté au fragment supérieur en incisant à coups de ciseaux quelques brides qui maintenaient le triceps et, ceci fait, je vis que je n'avais plus, entre mes deux fragments osseux rapprochés par traction sur mes pinces érignes, que un centimètre environ d'intervalle. Comme j'avais reconnu que la rétraction avait porté non seulement sur le fragment supérieur remonté par le triceps, mais encore sur l'inférieur descendu par rétraction du ligament rotulien qui l'avait rapproché du tibia, je résolus de m'en tenir là, pensant que la suture des ailerons arriverait peut-être à juxtaposer les fragments. De quelques coups de rugine, je mis à nu les surfaces de fracture, en laissant en continuité avec le périoste rotulien les petits lambeaux du cal inter-rotulien que j'avais conservé à ce niveau. Je fis alors, avec un solide catgut, la suture des ailerons. Celle-ci faite, et pour maintenir mieux les organes en place pendant les premiers jours, mais sans avoir l'idée d'en faire un soutien définitif, je rapprochai le plus que je pus les fragments rotuliens, au moyen d'un très gros catgut double entourant la rotule

suivant le procédé du cerclage. Quelques points de catgut unirent, au devant de la brèche rotulienne, les deux lambeaux de cal fibreux que j'y avais conservé, puis la peau fut suturée.

Il n'y eut aucun accident post-opératoire.

Aujourd'hui, comme vous pouvez le voir, le malade marche sans soutien, assez bien pour qu'on ait quelque peine à voir qu'il a une légère claudication et à reconnaître à quelle jambe celle-ci est due. Il soulève depuis longtemps son talon du plan du lit, quand il est couché, et pourrait déjà donner un vigoureux coup de pied. La flexion du genou, limitée avant l'intervention, augmente chaque jour. Je n'ai pas encore essayé de le faire se hisser sur une chaise par le secours du seul membre malade, mais il monte assez bien les escaliers, avec quelques précautions, cependant, car il cherche à éviter un nouvel accident analogue à celui qui a traversé le traitement par l'immobilisation qu'il avait d'abord subi. Le triceps électrisé et massé retrouve peu à peu son volume et sa force.

Si on compare à ces résultats fonctionnels l'état anatomique du genou, on est frappé de voir que l'appareil rotulien est loin d'avoir recouvré son intégrité et que l'intervalle entre les fragments rotuliens est de 3 cent. environ. J'ai fait radiographier ce malade et l'épreuve, comme on peut le constater, montre très nettement cet intervalle. Sur les parties latérales, au contraire, on a, autant que la palpation permet de nous renseigner sur ce point, une lame solide et ininterrompue.

Cette observation et l'examen de ce malade, bien que les résultats ne datent que de deux mois et demi et ne puissent être considérés comme définitifs, montrent donc que la suture des ailerons constitue une méthode aussi favorable à la restauration des fractures rotuliennes anciennes qu'à celle des fractures récentes. M. Vallas a bien mis en lumière les heureux résultats qu'il en a retirés dans les cas récents ; ce malade est peut-être encore plus démonstratif. En effet, je n'ai pas obtenu de cal osseux, j'ai même un cal fibreux de moyenne longueur et, pourtant, les fonctions s'effectuent bien ; c'est donc que l'appareil tricépal, les tendons latéraux ont

une importance au moins aussi grande que le tendon rotulien.

N'a-t-on pas le droit de conclure, dès lors, que, dans les interventions sanglantes pour fractures de la rotule, anciennes ou récentes, c'est à la suture des ailerons, facile, plutôt qu'à la suture osseuse, difficile, qu'il faut s'adresser ? Cette dernière méthode, de même que le cerclage, a le grand tort de ne viser que la fracture osseuse et de négliger les expansions latérales dont ce malade démontre la grande puissance fonctionnelle.

Les Secrétaires : D^r DURAND.
D^r NOVÉ-JOSSERAND.

Le Gérant : D^r VALLAS.



BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON



Année 1900-1901

Tome IV, 5^{me} Fascicule

JUILLET

1901

LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

Anc^{te} Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1901

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1899-1900



BUREAU

<i>Président</i>	MM. FOCHIER.
<i>Vice-Président</i>	GAYET.
<i>Secrétaire général</i>	VALLAS.
<i>Trésorier-archiviste</i> ...	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i>	{ DURAND.
	{ NOVÉ-JOSSERAND

MEMBRES

ALBERTIN.	JABOULAY.
AUBERT.	LAROYENNE.
AUGAGNEUR.	MARTEL.
BÉRARD.	MARTIN.
BERNE.	NOVÉ-JOSSERAND.
CHANDELUX.	POLLOSSON (Maurice).
CLAUDOT.	POLLOSSON (Auguste).
CONDAMIN.	ROCHET.
CORDIER.	ROLLET.
DURAND.	SABATIER.
FOCHIER.	SIRAUD.
GANGOLPHE.	TIXIER.
GAYET.	VALLAS.
GOULLIOUD.	VILLARD.
HORAND.	VINCENT.

MEMBRES CORRESPONDANTS

BATUT.	LABONNARDIÈRE.
CURTILLET.	RUOTTE.
JACOB.	SEVEREANU (de Buckarest).

MEMBRES DÉCÉDÉS

MARCUS,	OLLIER.
<i>Membre Correspondant.</i>	<i>Président d'honneur.</i>

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Séance du 4 juillet 1901. — Présidence de M. FOCHIER.

M. Nové-Josserand, secrétaire, donne lecture du procès-verbal qui est adopté.

SUR DEUX CAS D'HYSTÉRECTOMIE

M. Fochier présente un utérus fibromateux enlevé par la voie vaginale. Cet utérus était bifide, et fixé par un ligament médian placé entre les cornes utérines qui le rendait très difficile à mobiliser. Les ligaments larges étaient très courts. L'opération a été laborieuse, par suite de l'immobilité de l'utérus, jusqu'au moment où cette sorte de sangle a été sectionnée. Il fait ressortir les difficultés opératoires qui eussent rendu impossible une intervention systématique comme celle de Doyen.

M. Fochier parle d'un second cas d'utérus double qu'il a dû enlever dans les conditions suivantes : Il s'agissait d'un accouchement à six mois. La tête, détachée du tronc était restée dans l'utérus qui, situé sous le foie, se prolongeait en bas par un canal que l'on ne put dilater. Il fit l'hystérectomie suivant le procédé de Porro.

Il insiste sur l'indication de l'hystérectomie dans cette variété de dystocie qui est peu connue et assez rare. Tous les utérus bicornes ne donnent pas lieu à cette complication. Le premier qu'il a présenté a porté deux grossesses dans de bonnes conditions.

DEUX CAS DE CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES

M. Gangolphe rapporte deux faits de chirurgie des voies biliaires.

1^o Contusion du foie, avec épanchement de bile et de sang enkysté dans le péritoine. Mort.

2^o Cholécystotomie pour cholécystite calculeuse.

ELECTION POUR UN VICE-PRÉSIDENT ET DE DEUX SECRÉTAIRES ANNUELS

M. le Président ouvre le scrutin pour la nomination d'un vice-président et de deux secrétaires annuels.

M. Horand est proclamé vice-président.

MM. Villard et Siraud sont proclamés secrétaires annuels.

DEUX CAS D'ENTÉRECTOMIE POUR CANCER DU GROS INTESTIN

M. Goullioud. — De Bovis, dans son article sur le traitement du cancer du gros intestin, le rectum excepté, se plaint de la rareté des observations françaises sur ce sujet. J'ai l'honneur de vous en présenter deux, avec pièces à l'appui. Ces deux cas correspondent à deux types différents, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique. Et ces deux types, ces deux variétés, je les ai déjà rencontrés l'un et l'autre, et je crois que leur modalité clinique différente tient au siège anatomique

différent. L'un est le cancer du cœcum, avec grande poche dilatée sus-jacente, sténose incomplète et, par suite, absence d'occlusion. C'est l'obstruction chronique avec diarrhée. L'autre est le cancer annulaire de l'S iliaque avec la symptomatologie de l'occlusion intestinale aiguë.

OBS. I. — *Obstruction intestinale chronique, avec diarrhée.*
— *Cancer du cœcum. — Résection large du cœcum et du colon ascendant. — Guérison.*

Le nommé D..., J.-B., âgé de 29 ans, est reçu dans mon service de l'hôpital St-Joseph, le 14 mai 1901. C'est un garçon solide, mais amaigri, qui n'a jamais été malade. Il entre à l'hôpital pour des phénomènes d'obstruction intestinale chronique. Ils ont débuté il y a un an environ et, depuis cette époque, le malade a fréquemment des douleurs intestinales, sous forme de coliques qui s'accompagnent de sensation de roulement des anses intestinales, de bruits particuliers, de gargouillement. Ces douleurs commencent assez nettement dans la moitié droite de l'abdomen, puis se généralisent. A trois reprises différentes, les douleurs ont été plus vives et accompagnées de vraies crises d'obstruction, durant quatre à cinq jours; une seule fois des vomissements.

Le malade a considérablement maigri, non qu'il ait perdu l'appétit, mais parce qu'il a réduit de plus en plus son alimentation pour moins souffrir. Des vergetures nombreuses confirment le dire du malade d'un énorme amaigrissement: il est tombé de 100 à 65 kilos. Le malade ne prend plus que des liquides; le vermicelle même ne passerait plus. Les selles sont régulières, pâteuses.

Le ventre est souple, non douloureux, non ballonné, couvert de vergetures. A une palpation attentive, on remarque un bruit hydro-aérique dans la moitié droite du ventre, correspondant à une zone plus sonore. Il n'y a pas de douleur à la palpation; cependant, à droite, il y a une certaine résistance par tension des muscles abdominaux. Enfin on arrive à sentir dans l'hypochondre droit une induration plus grosse qu'une noix, qui ne correspond ni au niveau de l'appendice, ni à celui de

l'appendice iléo-cœcal, et qui n'est pas un rein prolabé. Ni ascite, ni épanchement pleural.

Le 17 mai, le malade prend du café au lait, puis le vomit trois heures après, pendant que la température monte à 40°6. Elle tombe le lendemain. Bref, le malade a eu une indigestion avec un peu d'ictère et même présente des pigments biliaires dans les urines, sans qu'on puisse admettre une crise de colique hépatique.

A l'insufflation, quelques jours après, l'estomac ne paraît pas dilaté.

Le diagnostic de cancer intestinal s'impose.

Opération le 21 mai. Anesthésie à l'éther. Incision verticale de 20 centimètres au moins le long du côlon ascendant, parallèle à la ligne médiane. L'intestin attiré au dehors de l'abdomen, on voit immédiatement qu'il est le siège, au niveau du cœcum, d'une tumeur dure du volume d'une petite orange. Au-dessus, l'intestin est très dilaté; au-dessous, c'est-à-dire sur le côlon ascendant et sur le transverse, il est considérablement rétréci.

On sent et l'on voit de volumineux ganglions dans le mésentère; puis, à une vingtaine de centimètres, sur le côlon, on constate une autre induration suspecte.

On commence par faire une anastomose latérale large entre l'intestin grêle, bien au-dessus de la tumeur cœcale et le côlon transverse, au-dessous de la seconde induration. Anastomose par trois plans de suture, au fil de soie fin.

Puis section de l'intestin entre l'anse anastomosée et la deuxième induration. Du côté de l'anastomose, l'intestin est fermé non par des sutures, mais par une ligature après écrasement de l'intestin. Le moignon, cautérisé, est invaginé par une suture en bourse à la soie fine.

Enfin on isole l'intestin malade en faisant à distance de nombreux pédicules sur le mésentère. On résèque ainsi un large triangle de mésentère chargé de nombreux ganglions indurés.

Mèche de gaze iodoformée et fermeture de la plaie abdominale à trois plans.

800 cc. de sérum ont été injectés pendant l'opération.

Examen de la pièce. — La portion d'intestin enlevée mesure 45 cent. de longueur. La tumeur siège au niveau des valvules iléo-cœcales, mais la masse principale est

sur la face externe et postérieure de l'ampoule cœcale. On ne retrouve pas l'appendice. L'intestin ouvert montre une surface ulcérée dans le cœcum; les valvules, épaissies, indurées, circonscrivent un orifice rétréci qui laisse passer deux hystéromètres côte à côte. Il y a de nombreux et gros ganglions dans le mésentère.

Au-dessus du rétrécissement, l'intestin grêle, très épaissi, est distendu en ampoule. On dirait un estomac d'enfant; sa circonférence, en remplissant d'eau cette ampoule qui la garde, est de 25 centimètres. Par contre le côlon ascendant et transverse sont très affaissés. Au niveau du point qui paraissait suspect, l'intestin est un peu induré, tomenteux, sans lésion bien nette.

L'examen histologique, que nous devons à l'obligeance de M. Louis Dor, nous dit: « Cancer du type cancer cœcal. A été confondu longtemps avec la tuberculose à cause de la ressemblance de certaines cellules avec les cellules géantes ».

Dans l'ampoule sus-jacente au rétrécissement, il y avait cinq noyaux de cerise, très noirs, qui n'étaient pas des noyaux de cerises fraîches.

Suites opératoires un peu mouvementées, mais nullement inquiétantes.

Le soir même T. R. 39°2 (le malade avait eu 40°6 pour une indigestion). Trois litres de sérum.

Le 22 mai: T. R. 38° et 38°4 avec un pouls très bon à 88. Gaz dès ce jour-là. Un litre de sérum, ainsi que les deux jours suivants.

Le 24: une cuillerée d'huile de ricin provoque une selle renfermant deux noyaux de cerise. T. R. 39°8.

Le 25: la température monte à 40°2; le pouls est rapide à 120; mais sans symptômes péritonéaux.

Le 26: plusieurs selles et chute de la température.

Le 31: c'est à dire le 10^e jour, ablation des fils et de la mèche de gaze iodoformée.

Le lendemain apparition dans le pansement de matières fécales. Mais bientôt dès le 17^e jour, le cours des matières se rétablit par l'anus, et ce n'est plus que de loin en loin que le pus de la fistule prend une teinte fécale.

Le 12 juillet: la fistule est presque tarie; la plaie du Mikulicz presque cicatrisée.

Si, dans ce cas, il y a eu une fistule intestinale, il faut

l'attribuer à la façon dont l'intestin a été fermé entre l'anastomose et la tumeur. L'intestin écrasé a été serré par un fil de soie fin, et la suture séreuse en bourse sus-jacente portait sur des tissus graisseux, mauvais pour une bonne réunion.

OBS. II. — *Obstruction intestinale aiguë. — Laparotomie exploratrice et anus contre nature, immédiatement au-dessus d'un rétrécissement cancéreux de l'S iliaque. — Ablation secondaire et simultanée de la tumeur et de l'anus artificiel. — Guérison.*

Le 9 avril 1901 je suis appelé à voir d'urgence une sœur garde-malade, âgée de 40 ans que je trouve en pleine occlusion intestinale.

Elle me raconte que, depuis longtemps, elle devait souvent prendre une tisane laxative, mais elle n'est malade que depuis 7 jours. A cette époque, la nuit, elle se réveille avec des coliques atroces. Dès lors elle cesse son travail, se met au lit. Elle ne va plus à la selle, malgré des purgatifs; puis le ventre se ballonne; les vomissements apparaissent. Ce matin, elle est un peu calmée par 2 cent. de morphine.

Cependant je trouve un ventre ballonné, très tendu, avec des contractions péristaltiques visibles. L'état va s'aggravant rapidement, me dit-on; avant sa piqûre de morphine elle était sans voix, cependant pouls bien comptable, à 90; pas de fièvre.

En résumé, occlusion à marche rapide, mais pas suraiguë. Je décide d'opérer le matin même.

Je me propose de faire une laparotomie exploratrice avec éviscération, si elle est nécessaire, pour trouver l'obstacle, et de terminer par un anus contre nature.

Donc *opération* le 9 avril. — Ether. Le ventre ouvert, je trouve l'S iliaque distendue, puis, dans le petit bassin, je sens une induration sur l'intestin, et j'amène à la plaie un petit cancer annulaire de l'S iliaque, prolabé dans le bassin, que le toucher n'avait pas permis d'atteindre. Confiant à un aide la tumeur amenée sur le pubis, je

rentre avec peine, avec le procédé de la serviette, l'intestin météorisé, et je ferme la paroi avec de forts fils métalliques la prenant dans toute son épaisseur. Je termine en créant, en bas de ma ligne de suture, au-dessus du pubis, un anus artificiel qui est ouvert dans l'S iliaque, à quelques centimètres au-dessus du rétrécissement, dans le but de pouvoir ultérieurement réséquer en bloc la tumeur et l'anus artificiel.

Suites simples, mais il a fallu plusieurs jours pour que le ventre s'affaissât et que la malade allât vraiment bien.

Le 20 mai, la malade est tout-à-fait bien; l'anus artificiel fonctionne seul, normalement, sans érosion à son pourtour.

2^e opération, le 21 mai. Ethérisation. Je commence par circonscrire l'anus sus-pubien par une incision ovalaire et je le ferme avec une pince de Kocher; puis je prolonge par en haut mon incision sur la cicatrice de la première opération, jusqu'à l'ombilic. Je vais avec prudence, heureusement, car l'intestin est adhérent sur presque toute la hauteur de l'ancienne incision.

L'anus artificiel libéré est attiré au-dehors et entraîne avec lui la tumeur sous-jacente, qui n'en est séparée que par 2 ou 3 cent.

Leur masse commune, enveloppée d'une compresse, étant maintenue tirée hors du ventre, je vois la possibilité d'établir entre les deux portions sus et sous-jacentes de l'intestin, que la contraction rapproche en canon de fusil, une anastomose latérale.

Je fais cette anastomose, longue de 4 cent. environ, à trois plans de suture, aussi solide que possible, à cause de la traction à laquelle elle devra résister. Je résèque ensuite la partie de l'intestin qui comprend la tumeur et l'anus artificiel. Puis je sectionne le mésentère, mais sans pouvoir en réséquer un large lambeau. Occlusion par sutures des deux bouts de l'intestin; suture de la paroi abdominale, en laissant, par prudence, une petite mèche à son angle inférieur; cette suture se compose de points alternants, les uns métalliques comprenant toute la paroi, les autres au catgut chromique rapprochant la couche aponévrotique.

L'opération, à cause de la nécessité d'opérer dans le ventre, a été longue de près de deux heures. Injections de sérum.

Examen de la pièce. — La partie enlevée de l'intestin a 12 centimètres; elle comprend la tumeur et, 3 centimètres au-dessus, l'anus artificiel. Il s'agit d'un petit squirrhe annulaire formant un anneau de 2 à 3 centimètres de haut. Du côté aval la tumeur fait un relief saillant, en champignon; elle se prolonge et se termine en lysis du côté opposé.

Je n'ai pas trouvé de ganglion adhérent à la pièce, et la palpation ne m'en avait pas fait constater.

Le diagnostic histologique fut : épithélioma enflammé de l'intestin.

Les suites opératoires ont été absolument simples et, trois semaines après, la cicatrisation était achevée et la défécation normale. La malade évitait cependant les féculents et mangeait modérément, par prudence.

Ces deux observations, prises à quelques jours de distance, montrent bien, comme nous le disions, deux types de cancer du gros intestin.

Le premier est le cancer du cœcum, et nous en avons trois pièces presque semblables, dont deux déjà présentées à la Société de Médecine. Dans ces trois cas, même localisation à peu près, même symptomatologie où l'on trouve les signes d'une sténose incomplète de l'intestin, à peine du ballonnement du ventre, de la diarrhée ou des selles pâteuses, un grand amaigrissement.

Le second cas est le cancer de l'S iliaque, où il semble que la sténose, un moment latente, amène tout-à-coup des accidents plus brusques, de l'occlusion aiguë. Nous en avons vu aussi plusieurs cas. Une fois, il y a plusieurs années, nous avons commis la faute de vouloir enlever la tumeur en pleine crise, et notre malade a succombé. Chez un autre malade, la veille de l'opération décidée, il y eut une perforation de l'intestin distendu par un pépin de poire et mort rapide.

Dans le nombre, relativement restreint, d'interventions que nous avons faites pour des cancers intestinaux, nous avons été frappé d'avoir rencontré plusieurs fois des

corps étrangers. Chez le malade de notre première observation, il y avait des noyaux de cerise ; des noyaux de cerise, également, chez la malade opérée en pleine occlusion à laquelle nous venons de faire allusion. Dans un cas de cancer du pylore, où nous avons fait une entéro-anastomose, nous avons trouvé 31 noyaux de pruneaux. Frappé de ces faits nous nous sommes demandé si la glotonnerie des gens qui avalent noyaux, fragments d'os ou autres corps étrangers ne pouvait pas jouer un rôle dans l'étiologie du cancer des orifices pylorique, iléo-cœcal, iliaque ou anal. Ces corps étrangers, par leur passage répété, habituel, ne peuvent-ils créer sur une muqueuse fine de petites érosions, puis de petites cicatrices sur lesquelles le cancer viendra se greffer ? Cette idée cadre bien avec toutes nos notions sur l'étiologie du cancer. Il ne se développe pas sans cause. Le col utérin vierge en est exempt ; le col ulcéré ou cicatriciel y est prédisposé. Il en est de même pour les lèvres, de même, sans doute, pour le pylore et les orifices ou points rétrécis de l'intestin.

Au point de vue opératoire, je crois intéressante ma deuxième observation ; la laparotomie exploratrice m'a permis, en pleine occlusion, de reconnaître le siège de l'obstacle et de mettre, immédiatement au-dessus, l'anus artificiel, pour enlever ultérieurement et simultanément l'un et l'autre.

Dans l'opération faite à froid, en dehors de l'occlusion, je commence généralement par établir une large anastomose. J'ai l'impression d'une plus grande sécurité, quand la circulation intestinale aura été ainsi bien assurée. Puis, si on trouve des difficultés à l'ablation du néoplasme, on peut s'arrêter ; on aura déjà rendu service au malade, en ayant supprimé l'obstruction intestinale.

Quand je l'ai pu, j'ai fait une très large exérèse de l'intestin : 45 cent., dans mon premier cas, pour une tumeur du cœcum. Je l'ai faite, soit parce qu'il y avait un point suspect à distance, soit de propos délibéré : une très large exérèse de l'intestin permet d'enlever un grand triangle de mésentère et c'est une grappe de ganglions malades que l'on enlève ainsi.

J'ai déjà présenté à la Société de Médecine des résultats

relativement anciens et je crois que la chirurgie du cancer du gros intestin est une chirurgie d'avenir. Les conditions anatomiques sont des plus favorables à l'ablation large : ce sont la mobilité de l'intestin, la présence des mésos, le fait que le cancer greffé dans la muqueuse est comme isolé et encapsulé par les couches plus périphériques de l'intestin, la possibilité des exérèses larges, celle d'enlever la première assise de ganglions par la résection du mésentère. La réalité des faits de guérison durable corrobore ces considérations qui n'en sont qu'une explication rationnelle.

Séance du 11 juillet 1901. — Présidence de M. FOCHIER.

M. Nové-Josserand, secrétaire, donne lecture du procès verbal qui est adopté.

UTÉRUS BICORNE FIBROMATEUX

M. Fochier : 1^o présente l'utérus bicorne dans lequel une tête fœtale avait été retenue, dont il a parlé à la dernière séance.

2^o Il communique l'examen histologique des tumeurs énucléables de la paroi vaginale et de la paroi rectale, dont il a parlé à l'avant-dernière séance.

ANÉVRYSME ARTÉRIOSO-VEINEUX DU SINUS CAVERNEUX

M. Gayet présente la malade atteinte d'anévrisme artérioso-veineux du sinus caverneux, qu'il a déjà montrée dans une séance précédente. L'amélioration spontanée continue et est maintenant très grande.

Il présente un autre malade, chez qui il a pratiqué la suture d'une déchirure de la paupière inférieure, huit jours après l'accident.

TRAITEMENT DES LUXATIONS ANCIENNES DE LA HANCHE

M. Jacob présente un malade atteint de luxation iliaque ancienne de la hanche, traitée par la résection partielle de la tête fémorale.

M. Chandelux rapporte une observation de luxation ancienne de la hanche opérée. Après avoir excisé une masse fibreuse qui remplissait le cotyle, il peut obtenir la réduction après des manœuvres pénibles. Il pense donc qu'on doit d'abord faire l'arthrotomie avec manœuvres de réduction, et réserver la résection partielle aux cas où cette réduction n'est pas possible.

M. Jacob admet bien qu'il faut commencer par chercher la réduction, mais, dans son cas, celle-ci n'eût pas été possible.

RÉSECTION DU COUDE

M. Batut présente un malade qui a subi la résection du coude, pour une ostéo-arthrite tuberculeuse, au 65^e jour de la résection ; le résultat fonctionnel est très bon.

M. Fochier demande pourquoi on a fait aussi tôt la résection.

M. Batut. — L'incision qui avait été faite, avait ouvert et infecté l'articulation. C'est pour cette raison qu'on a fait la résection précoce.

Seance du 18 juillet 1901. — Présidence de M. FOCHIER

M. Nové-Josserand, secrétaire, donne lecture du procès-verbal qui est adopté.

KYSTE DU PANCRÉAS

M. Jaboulay présente un jeune homme de 16 ans, qu'il a opéré pour un kyste du pancréas. Celui-ci paraît avoir commencé, trois mois avant, par des coliques et des vomissements, en même temps que par une teinte subictérique. Mais c'est en huit jours que s'est produite la tuméfaction.

L'opération a été faite en face du point culminant à gauche sous le rebord costal. Traversée de la paroi, ponction du kyste qui contient de 2 à 3 litres de liquide brun, attraction de la poche à l'extérieur ; il n'en vient qu'une petite quantité ; drainage au drain de caoutchouc. La poche est encore visible au dehors, il en coule même du liquide.

Histologiquement, elle fait partie d'une tumeur qui ne serait pas sans analogie avec la paroi d'un kyste ovarique.

Quant au contenu, il renferme les trois ferments, pour l'amidon, pour les graisses et pour la fibrine.

L'état général de l'opéré s'est déjà relevé ; il a engraisé, mais il lui restera une fistulette, si j'en juge, du moins, par l'histoire d'un malade âgé d'une cinquantaine d'années que j'avais opéré il y a quatre ans, en passant sur la ligne médiane au-dessus de l'estomac.

Voici, d'ailleurs, avec détails, les points principaux de cette observation.

Le malade s'est toujours bien porté étant jeune.

Brusquement au mois de mars dernier, le 25, le malade fut pris de vomissements très pénibles, survenant après de nombreux efforts. Ces vomissements, au début, furent très nombreux, espacés seulement par un intervalle de deux heures.

Le premier vomissement était alimentaire, ceux qui suivaient étaient bilieux, verdâtres, donnant une sensation d'amertume très intense au malade et lui brûlaient la gorge.

Ces vomissements apportaient un soulagement au malade. Sans eux, dit-il, il aurait étouffé. Il éprouvait une constriction intense vers la partie inférieure du thorax et le creux épigastrique comme si on l'avait serré dans un étau.

En même temps, le malade avait des coliques violentes occupant tout le ventre. Ces coliques étaient très douloureuses. Les douleurs s'irradiaient fréquemment dans la région lombaire et devenaient prédominantes du côté du flanc droit et de l'épigastre.

Le lendemain qui a suivi l'apparition de ces vomissements, ce malade a été subitement jaune. Cet ictère n'était pas très foncé, il était localisé à la face, principalement sur le pourtour des yeux, les sclérotiques et les lèvres; les membres inférieurs avaient une teinte plutôt subictérique, quant au reste du corps pas de changement de coloration.

Ses matières avaient changé d'aspect et étaient devenues blanchâtres, le malade avait remarqué lui-même un changement de coloration de ses urines devenues rouges et prenant à la longue une teinte verdâtre. Cet ictère aurait duré, d'après le malade, d'un mois et demi à deux mois. La disparition s'est faite progressivement.

Peu après le début, quinze jours environ, les coliques ne sont plus apparues que tous les huit jours, survenant avec une grande régularité.

Brusquement, au mois de juin, vers le 10, tous ces phénomènes se sont amendés : plus de douleurs, plus de coliques. La guérison semblait parfaite et, pendant une

dizaine de jours, ce malade s'est très bien porté et avait repris grand appétit, il recommençait un peu à engraisser, il avait, en effet, maigri de plusieurs kilog. dès le début de sa maladie.

Cet état ne fut que passager, car, brusquement, le malade se remit à souffrir, mais la douleur avait changé totalement de caractère et le malade n'avait plus ni coliques, ni vomissements.

La douleur était violente, bien localisée à l'épigastre et à l'hypocondre gauche, en avant, vers la partie inférieure de la colonne dorsale, en arrière. En même temps, en l'espace de huit jours, apparaissait une grosse tuméfaction dans l'hypocondre gauche et il existait une voussure marquée des dernières côtes. L'appétit, malgré cela, était assez bien conservé.

Examen du malade à l'entrée. — Augmentation de volume marquée de la partie supérieure gauche de l'abdomen et de la partie inférieure du thorax correspondante.

A la palpation on délimite une tumeur arrondie, à surface lisse, qui occupe tout l'hypocondre gauche, qui s'étend à droite, un peu en delà de la ligne médiane et en bas jusqu'au niveau de l'ombilic.

Cette tumeur est assez dure, rénitente.

La percussion permet de délimiter la tumeur vers le haut; en avant elle s'étend jusqu'à la matité cardiaque avec laquelle elle se confond.

Sur la ligne axillaire elle remonte presque dans le 6^e espace intercostal; elle se continue, en arrière, suivant une ligne sensiblement horizontale jusqu'à la colonne vertébrale.

La tumeur est mate dans toute son étendue, excepté à la partie antérieure, sur la ligne médiane et dans toute la région qui avoisine cette ligne.

Il existe, en ce point, une zone de sonorité tympanique au niveau de laquelle on peut déterminer du clapotage après l'ingestion de quelques gorgées de liquide : c'est l'estomac.

La rate n'est pas perçue. Le foie a une matité semblant normale. Son bord inférieur ne paraît pas dépasser le rebord costal sur la ligne mamelonnaire droite.

Aux poumons, on ne constate que de l'obscurité respiratoire au niveau de la zone de matité ci-dessus décrite.

Rien d'anormal également dans la partie de l'abdomen.

Le malade a le teint un peu jaune avec une teinte légèrement subictérique des conjonctives.

L'insufflation de l'estomac avant l'intervention montre que l'estomac est situé en avant de la tumeur. L'estomac, insufflé, donne une zone de sonorité, qui s'étend à gauche, jusque un peu en dedans de la ligne mamelonnaire, et descend à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Opération le 27 juin. — Incision à 1 centim. au dessous du rebord costal gauche, partant du point où se trouvait la limite externe de l'estomac insufflé et s'étendant en dehors à 10 centim. environ.

Incision qui porte sur peau, muscles, péritoine pariétal. On tombe sur l'épiploon qui est relevé, le kyste apparaît. La rate est à sa place.

Ponction avec un gros trocart; il s'écoule environ trois litres de liquide brun, nettement hématique, très fluide (Voir examen analytique). Une fois le kyste isolé, il est incisé. La main, introduite dans le kyste, va jusque sur la colonne, passant en arrière de tous les organes abdominaux, ce qui démontre nettement que c'est un kyste pancréatique.

La paroi du kyste très adhérente, extirpation impossible. On met un gros drain, après avoir suturé les parois du kyste aux parois abdominales et après avoir approché et suturé un fragment d'épiploon pour isoler complètement la cavité abdominale, on met un gros drain.

Pansement à plat.

30 juin 1901. — Suites opératoires très bonnes. Régime lacté.

19 juillet 1901. — Plaie presque complètement cicatrisée, mais il y a un gros bourgeon dermique.

On a enlevé le drain depuis deux jours.

Léger écoulement séro-purulent.

Bon appétit. Le malade engraisse.

Analyse du liquide (par M. Fournier).— Liquide vis

queux, brun acajou, à réaction alcaline, de densité 1,015 renfermant par litre :

1^o Extrait dans le vide : 27 gr. 20.

2^o Extrait à 100^o : 22 gr. 90.

3^o Matières solubles dans l'éther : 1 gr. 50.

4^e Matières coagulables par la chaleur : 8 gr. 66.

5^o Matières coagulables par l'alcool : 10 gr. 4.

6^o Matières minérales 9 gr. 2 (ces dernières constituées par des carbonates, des phosphates et du chlorure de sodium).

La substance précipitée par l'alcool émulsionne et saponifie les graisses (lipase), saccharifie l'amidon (amylase) et peptonise la fibrine (trypsine).

Analyse histologique d'un fragment de kyste. — Sur les coupes, il ne s'agit certainement pas d'un kyste simple ; la paroi qui nous parvient est épaisse, non conjonctive, et ne supporte pas de ligne épithéliale régulière. Mais, au contraire, cette paroi a une constitution assez uniforme que nous allons décrire et qui permet d'arriver à conclure que, selon toutes probabilités, le kyste fait partie d'une tumeur, et d'une tumeur épithéliale.

En effet, la grosse paroi est constituée par des cellules épithéliales, quelques-unes complètement développées, à protoplasma clair, transparent, comme celui de cellules muqueuses ou encore comme celui de certaines cellules caliciformes. Mais, le plus souvent, ces cellules se sont élevées, allongées démesurément et leur noyau a subi la même inflexion. Mais, quand on se rapproche du bord de la coupe qui répond à la cavité kystique, on constate d'abord de très nombreuses infiltrations interstitielles de globules rouges dans le tissu même de la tumeur et, moins gênées ou mieux nourries, les cellules sont devenues plus uniformément épithéliales.

En somme, il ne s'agit pas d'un kyste simple, mais d'une portion kystique et hémorrhagique d'une tumeur de nature épithéliale, d'ailleurs très métatypique, car il n'y a aucune formation, aucune disposition qui permette d'en indiquer l'origine précise.

Les cellules ont un protoplasma qui ressemble à celui

des cellules caliciformes ou du tractus intestinal Peut-être la tumeur peut-elle être rapportée à l'épithélium des canaux pancréatiques, mais rien ne permet d'être affirmatif à ce point de vue.

M. Vallas demande si M. Jaboulay croit au développement rapide du kyste, ou bien si le kyste n'est pas devenu apparent, à la suite d'un mouvement de bascule.

M. Chandelux. — L'accroissement brusque pourrait s'expliquer par une hémorrhagie; le liquide était en effet brun acajou.

M. Jaboulay. — Le malade est très affirmatif en disant que la tumeur s'était développée en huit jours. D'autre part, le liquide du kyste du pancréas est souvent brun.

M. Chandelux se rappelle plusieurs cas où le liquide du kyste du pancréas était clair et non hématique.

FRACTURE PATHOLOGIQUE DU FÉMUR AU-DESSOUS D'UN FOYER D'OSTÉITE TUBERCULEUSE RÉCHAUFFÉ APRÈS 55 ANS DE GUÉRISON.

M. Bérard présente un malade chez lequel il a dû pratiquer une amputation de cuisse à la partie moyenne pour une fracture pathologique survenue au-dessus d'un foyer d'ostéite tuberculeuse.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est que cet individu, âgé actuellement de 61 ans, avait, à l'âge de 3 ans, une affection osseuse de la région du genou, qui s'était terminée, au bout de trois ans, après fistulisation et élimination de petits sequestres, par une ankylose fibreuse du genou en flexion légère.

Le début de cette ostéite de l'enfance avait été aigu; néanmoins on ne peut savoir s'il s'est agi alors d'ostéomyélite ou de tuberculose. Quoi qu'il en soit, pendant 55 ans, le malade put marcher sans gêne, sans douleur. Il fit pendant 30 ans le métier pénible de gardien des mines, qui nécessitait de nombreuses tournées; il se fit au cours de ces inspections de galeries, une fracture des deux os de la jambe correspondante, sans retentissement

fâcheux sur le genou. Bref il était en droit de se considérer comme guéri, quand il y a trois ans, sans nouvelle cause apparente, un nouvel abcès s'ouvrit à la face externe de la partie inférieure de la cuisse, autrefois malade et une fistule persista depuis. Pourtant les douleurs étaient nulles, le malade avait continué son travail quand, trois semaines avant sa rentrée à l'hôpital, il tomba de sa hauteur en se tordant le pied droit. Il se fit une fracture du tiers inférieur du fémur droit. Une poussée inflammatoire subaiguë se produisit du côté du genou pendant les jours suivants et l'examen révéla bientôt tous les signes d'une tumeur blanche.

D'autre part le fémur, au niveau du foyer de la fracture et dans son épiphyse inférieure, ne présentait aucun épaissement, aucun ostéophyte pouvant témoigner d'une ostéomyélite ancienne. Il y avait des ganglions assez volumineux dans l'aîne.

L'examen des pièces, après l'amputation, montra que l'épiphyse inférieure du fémur était complètement évidée en une cavité remplie de fongosités et de mastic caséux sans séquestre osseux. La coque de cette cavité était peu épaisse, et pourtant la fracture s'était produite au moins à 2 centimètres au-dessous dans le tissu déjà compacte de la diaphyse. Un petit orifice dans le condyle externe faisait communiquer le foyer fémoral avec l'articulation du genou. Le plateau tibial, secondairement pris, était creusé d'un petit tubercule du volume d'une noisette. La guérison se fit sans incidents.

Il semble donc que, chez ce malade un point d'ostéite est resté latent pendant plus de 50 ans après une première poussée, que ce foyer se réchauffa il y a 3 ans, pour aboutir à l'évidement complet de l'épiphyse fémorale inférieure et à la production secondaire d'une tumeur blanche du genou. La fracture du fémur déterminée par une cause minime, dans cet os déjà altéré, doit bien être considérée comme une fracture pathologique.

L'examen microscopique des fongosités prouva qu'il s'agissait bien de tuberculose.

UTÉRUS FIBROMATEUX ENLEVÉ PAR LE PROCÉDÉ AMÉRICAIN

M. Vallas présente des pièces : fibromes multiples de l'utérus, probablement dégénérés, ayant nécessité l'hystérectomie totale. Celle-ci a été faite par le procédé américain, l'impossibilité de trouver le col, dans ce cas rendant difficile l'application d'un autre procédé que de celui dit américain.

INOCULATION DE TUBERCULOSE

M. Jacob. — Nous avons l'honneur de communiquer à la Société une observation d'inoculation de la tuberculose.

Le nommé S..., François, âgé de 33 ans, cultivateur, soldat au 99^e régiment d'infanterie, entre dans notre service de l'hôpital Desgenettes le 5 avril 1901, évacué de l'hospice de Bourgoin, pour une tumeur de la région lombo-iliaque du côté droit.

La tumeur dont est porteur le malade a le volume d'une grosse orange; elle présente tous les caractères d'un abcès froid et s'étend en hauteur de la crête iliaque droite au rebord costal, en largeur du point culminant de la crête iliaque à la colonne lombaire. Elle infiltre les muscles de la paroi postéro-latérale de l'abdomen, empiétant un peu sur la fosse iliaque externe. La pression sur la partie postérieure de la crête iliaque est douloureuse et le diagnostic porté est celui d'abcès froid consécutif à un point d'ostéite de la crête iliaque.

Quatre ponctions et injections iodoformées sont faites pendant le mois d'avril, mais la tumeur s'accroissant sans cesse, et la dernière ponction restant fistuleuse, nous pratiquons l'ouverture large de la poche le 8 mai. En aucun point, contrairement à nos prévisions et malgré une recherche attentive, nous ne trouvons de point osseux; la poche est énorme et s'étend en bas jusqu'à la moitié de la fosse iliaque interne; en haut et en dedans elle remonte jusqu'à la 11^e vertèbre dorsale et

empiète sur la face antérieure des corps vertébraux lombaires, qui, nous le répétons, sont intacts. La poche, remplie de pus et de fongosités, est énergiquement curettée, et thermo-cautérisée; le drainage est enlevé le 19 mai et le malade, qui avait beaucoup maigri et pâli, a rapidement récupéré ses forces. Il a quitté l'hôpital le 29 juin, à peu près complètement guéri. Il persistait seulement une petite ulcération de la peau large comme une tête de grosse épingle et en voie de cicatrisation.

Ce qui fait l'intérêt de cet abcès froid, ce n'est pas, comme on le voit, l'histoire clinique banale de notre malade, histoire dont nous ne citons que les points essentiels de l'affection, c'est la pathogénie, la recherche de la porte d'entrée du bacille de Koch.

En effet, l'étude de ses antécédents est négative. Son père est bien portant, sa mère est souffrante depuis une dizaine d'années, mais ce sont des suites de couches accidentées. Il a un frère et une sœur en excellente santé, et lui-même, quoique d'apparence un peu délicate, n'a jamais été malade avant d'être soldat. *Ses viscères sont sains.* Il a commencé à souffrir dans la région lombo-iliaque, au mois de février 1901, sans qu'il puisse attribuer à quoi que ce soit l'apparition de ces douleurs. En mars, une petite grosseur a apparu à ce niveau, elle a rapidement grossi et, en avril, au moment de son entrée à l'hôpital, la tumeur avait, comme nous l'avons vu, les dimensions d'une orange.

En examinant le malade de tous côtés, pour voir, s'il n'existait pas ailleurs des lésions de bacillose, nous avons constaté, sur la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius gauche, une petite exulcération croûteuse, reposant sur une base rougeâtre, desquamant, un peu indurée. Cette petite lésion, à laquelle le malade ne prêtait aucune attention, avait tous les caractères d'un tubercule anatomique; les ganglions de l'aisselle correspondante étaient manifestement pris. Interrogé sur la façon dont cette ulcération de la main gauche s'était produite, le malade nous a raconté qu'il s'était piqué dans le courant de décembre 1900, c'est-à-dire deux mois avant d'éprouver des

douleurs dans le flanc droit, avec une épingle qui traînait sur une table de sa chambre; que la piqûre se fermait, puis se rouvrait de temps en temps, mais qu'il n'en souffrait nullement et que, dit-il, « ce n'était rien ».

Nous avons pratiqué, le 22 avril, l'extirpation de cette lésion et la pièce a été remise à notre collègue et ami, le Dr Niclot, pour en faire l'examen bactériologique et expérimental (inoculation au cobaye). Voici le résumé de la note que nous a remis, en juin, le médecin-major Niclot :

« Pas de bacilles dans les frottis. A l'examen histologique d'une moitié de la pièce, on constate des lésions très discrètes : amas nucléaires sans vitrification, ni caséification, sans cellules géantes, sans bacilles colorables sur les coupes. Sur les cobayes inoculés sur l'autre moitié de la pièce et sacrifiés au bout de six semaines, on a constaté : une adénite et lymphangite tuberculeuse au point d'inoculation; des tubercules de la rate, des ganglions prévertébraux, du mésentère, du poumon; ces tubercules sont assez discrets.

« En résumé, dit notre collègue, il s'agit d'une tuberculose peu virulente; mais non douteuse ».

Il nous semble, par suite, logique d'admettre une relation de cause à effet entre la présence d'une plaie, reconnue expérimentalement tuberculeuse, observée chez un sujet indemne de toute tare héréditaire ou personnelle, et l'apparition, *deux mois* après, d'un abcès froid iléolombaire.

Les observations d'inoculation de tuberculose ne sont plus rares aujourd'hui; mais ce qu'on observe d'ordinaire, ce sont plutôt des généralisations viscérales que des localisations secondaires. Et, à ce propos, nous rappellerons que notre collègue et ami, le Dr Ruotte, a publié un cas de granulie consécutive à une plaie du pied, inoculation tuberculeuse accidentelle. Les observations de « tuberculose externe », consécutive à une inoculation à distance, sont plus rares. La tuberculose externe est considérée en clinique, comme une tuberculose un peu atténuée, tout au moins pendant un certain temps. Or, nous ferons remarquer, à ce sujet, que les bacilles de la plaie d'inoculation de notre malade se sont montrés

expérimentalement peu virulents; c'est peut-être une des raisons pour lesquelles notre malade a présenté un abcès froid iléo-lombaire, c'est-à-dire une localisation à distance, atténuée de la tuberculose inoculée à sa main,

M. Vallas, des recherches qu'il a faites à l'occasion de sa thèse, a gardé le souvenir d'un assez grand nombre de faits d'inoculations tuberculeuses analogues à celle qui a été observée par M. Jacob. Ces inoculations produisent presque toujours des lésions de tuberculose verruqueuse; une partie des tubercules anatomiques rentrent dans cette catégorie.

Ce sont là des variétés bénignes de tuberculose, sans tendance marquée à la généralisation.

Les lésions viscérales sont, le plus souvent, concomitantes d'une anti-forme, l'ulcération tuberculeuse qu'on rencontre surtout autour des orifices naturels, bouche, anus. Mais ici la tuberculose cutanée est secondaire, l'infection de la peau est due au malade lui-même antérieurement atteint d'une lésion tuberculeuse viscérale. Aussi le pronostic est-il beaucoup plus grave.

* * *

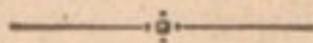
LARYNX ARTIFICIEL PERMETTANT LA PHONATION APRÈS LARYNGECTOMIE TOTALE

M. Martin présente un malade pour lequel il a imaginé et construit un larynx artificiel. Ce malade avait subi une laryngectomie totale et était aphone, par conséquent. M. Martin entreprit de lui rendre la phonation, tout en permettant la déglutition des aliments. Le larynx est entièrement caché dans l'arrière-gorge, car M. Martin n'a pas eu recours à un procédé analogue à celui de Gluck, qui présente un appareil phonateur situé en avant de la trachée, appareil qui n'est pas en rapport avec l'arrière-gorge, mais y entre seulement lorsque, le malade voulant parler, il amène dans sa bouche un tube partant du résonateur cervical. L'appareil Martin vibrant est constitué par une anche en caoutchouc, que le soufflet

pulmonaire fait parler. La situation de cette anche est telle que les aliments ne peuvent s'y engager et un dispositif spécial fait qu'aucun liquide ne saurait y pénétrer.

Le malade a naturellement une voix présentant toujours la même hauteur du son émis, mais il parle très fort et d'une façon tout-à-fait distincte. Les paroles sont extrêmement bien articulées. Il a pu lire devant la Société un article de journal assez long et aucun des auditeurs n'a perdu un mot de cette lecture. On a pu voir, de même, en lui offrant le verre d'eau des orateurs, que la déglutition se faisait avec la plus grande rapidité et que, immédiatement après, il pouvait parler avec la même facilité. La déglutition des solides s'opère avec la même perfection.

M. Martin expose les détails de construction de son appareil et le met, après l'avoir démonté, sous les yeux de la Société.



Séance du 25 juillet 1901, Présidence de M. FOCHIER.

M. Nové-Josserand, secrétaire, lit le procès-verbal qui est adopté.

PLAIE DU CŒUR

M. Bérard présente des pièces de plaie du cœur par balle de revolver.

M. Vallas a observé une plaie du cœur par coup de couteau. Dyspnée, hémorrhagie. Agitation. Pouls petit, précipité. En asseyant le malade, on voyait s'écouler un flot de sang.

La plaie fut agrandie, on fit sauter un cartilage costal et on vit que le sang paraissait venir du bord gauche de la plèvre gauche. On mit une pince hémostatique à demeure sur le point qui saignait.

Le malade mourut au bout de 15 heures. A l'autopsie on trouva une perforation du péricarde, de la pointe du ventricule gauche. Dans le péricarde, une cuillerée à bouche de sang battu.

L'intervention a donc été négative, comme celle de M. Bérard, et n'a pu renseigner sur la source de l'hémorrhagie.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

M. Rigal est nommé membre titulaire.

ÉLECTION D'UN MEMBRE CORRESPONDANT

M. Debric est élu.

**EMPYÈME GANGRÉNEUX A MIGRATIONS INSOLITES DANS LA
PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE ET MIGRATIONS INSO-
LITES D'INFECTIONS AIGUES.**

M. Jaboulay présente un malade de 40 ans qu'il a opéré d'un empyème gangréneux, qui était saillant dans le creux épigastrique, un peu à droite, et vers le grand droit de ce côté.

C'était un moribond chez lequel on avait diagnostiqué, pendant son séjour en médecine : abcès sous-phrénique d'origine gastrique et par perforation de l'estomac, en raison d'anciens troubles digestifs.

L'incision, faite un peu à droite de la ligne médiane, fit sortir un flot de pus fétide mêlé de gaz ; la collection était, d'ailleurs, sonore et la présence de pus avait été facile à affirmer. Après l'incision, l'air entra dans la poche au moment de l'inspiration, pendant que l'expiration faisait encore sortir du pus ; nous étions donc dans une poche pleurale. En effet, le doigt introduit sentait au-dessous de lui, au plancher, le diaphragme, et se perdait dans un pan de cavité intra thoracique ; ce n'était pas une péritonite enkystée, on ne sentait pas de perforation du diaphragme, et ce n'était pas seulement le péritoine sous-diaphragmatique qui limitait la poche, en bas, c'était bien le diaphragme.

Bouveret, dans son *Traité de l'Empyème*, signale deux cas analogues, de Murchison, où le diaphragme était aussi abaissé, et non perforé ; mais le médecin lyonnais réclame une autopsie pour y croire. Ces cas existent, et je pense qu'il s'agit ici d'une insertion anormale, abaissée sur la paroi abdominale des fibres antérieures du diaphragme.

Le malade va bien, mais il offre encore les signes d'un épanchement probablement séreux et qui se résorbera, à la base droite, en arrière.

Je rapprocherai de ce fait quelques autres qui précèdent de la même infection virulente.

J'ai vu deux fois le phlegmon sous-hyoïdien septique émigrer du cou jusqu'au sternum, puis disparaître derrière le sternum et réapparaître, au bout de 48 heures, autour de l'ombilic et à la région sus-ombilicale, où j'ai

eu à inciser, mais sans bénéfice pour les malades, ces collections à distance. D'habitude, le phlegmon sus-hyoïdien septique tue avant d'avoir parcouru une aussi longue étape.

J'ai vu encore l'appendicite faire des localisations exceptionnelles, en dehors de l'abdomen; une fois à travers la bourse gauche du scrotum, une collection s'ouvrait à l'extérieur. L'appendicite chez un jeune homme de 16 ans avait amené une péritonite suppurée qui s'était échappée à travers le canal vagino-péritonéal persistant à gauche, précédant une vaginalite suppurée, et celle-ci avait provoqué la perforation du scrotum; il n'est pas rare, d'ailleurs, de voir des sacs herniaires cruraux ou inguinaux, gonflés de pus d'appendicite. Enfin j'ai vu, chez deux malades adultes, une appendicite être suivie par une vomique. Voici comment, et par quelle succession de lésions : péritonite péri-appendiculaire ascendante, abcès péri-hépatique, pleurésie purulente de voisinage, abcès du poumon, qui était craché. L'autopsie a vérifié ces différents points.

Quand on voit les migrations extraordinaires par la longueur et la complexité de leur trajet, des abcès froids, on n'est pas surpris d'assister à des migrations compliquées par des collections itératives et destructives.

M. Fochier ne comprend pas autrement que par une anomalie congénitale du diaphragme l'abaissement de ce muscle jusqu'au niveau du muscle droit.

M. Jaboulay a bien pensé à cette anomalie, mais elle n'a jamais été signalée.

M. Vallas. — Il s'agissait probablement d'une pleurésie enkystée de la base qui a tendu à descendre en bas; elle a pu fuser dans les espaces qui existent normalement entre les vaisseaux d'insertion du diaphragme.

M. Jaboulay a dit que le diaphragme était abaissé parce qu'il a pu mettre la main sur lui, et qu'il n'a trouvé aucune perforation.

COUP DE FEU DE LA FACE. — FRACTURE COMMINUTIVE ET COMPLIQUÉE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR GAUCHE, DES DEUX MAXILLAIRES SUPÉRIEURS ET DES OS PROPRES DU NEZ.

M. Vallas. — J'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui, avec cet homme, le résultat de quatre ans de travail. Une balle de Lebel avait fait sauter tout son massif facial et occasionné des dégâts considérables. J'ai tenté la restauration de la face de ce sujet, avec l'aide de M. Martin qui, par ses ingénieux appareils prothétiques, m'a été du plus grand secours pour arriver à un résultat à peu près satisfaisant. C'est donc en son nom et au mien que je vais vous rapporter cette longue observation.

P... Firmin, 24 ans. Le 24 septembre 1895, le malade s'est tiré, sous le menton, un coup de fusil Lebel. La balle a pénétré dans la région sus-hyoïdienne latérale gauche et est ressortie vers la racine du nez. Le maxillaire inférieur fut fracturé en trois fragments, dont le médian, complètement isolé, pendait au dehors, attaché à un lambeau formé par les parties molles du menton ; une plaie contuse, partant de la commissure labiale gauche et allant jusqu'à l'orifice d'entrée de la balle, ouvrait le foyer de cette fracture. La langue avait éclaté, et le moignon qui persistait, comprenait la base et le bord latéral droit ; toute la partie antérieure gauche avait disparu. Le maxillaire supérieur gauche était également fracturé en plusieurs fragments mobiles les uns sur les autres.

Le squelette du nez avait également disparu sur toute la moitié gauche. Le lobule et les ailes cartilagineuses subsistaient seuls de ce côté.

A ce moment le malade fut soigné à l'hôpital militaire d'Oran, par M. le médecin-major Linon. Celui-ci opéra deux fois le malade. De suite après la blessure, il fit des sutures des lambeaux de parties molles, tenta de rapprocher les fragments du maxillaire inférieur par des fils métalliques attachés aux dents, désinfecta et draina le foyer traumatique. Quelque temps après, une nécrose partielle du fragment médian du maxillaire inférieur

nécessita une résection. Enfin, après 22 mois de traitement, le malade, très amélioré, mais incomplètement guéri, fut envoyé en France. Il entra dans mon service le 28 juin 1897.

Au moment de son entrée, le malade est dans l'état suivant : les deux orifices d'entrée et de sortie de la balle sont cicatrisés et fermés. De la commissure gauche part un tractus cicatriciel qui rejoint la région sous-maxillaire : une encoche, en forme de bec-de-lièvre, entame, à ce niveau, le contour de l'orifice buccal.

Une dépression profonde existe sur la partie supérieure gauche du nez vers l'orifice de sortie. En ce point, le squelette manque et le nez est complètement effondré.

La lèvre supérieure fait saillie en avant, proémine au-dessus de la lèvre inférieure et détermine ainsi un prognathisme extrêmement disgracieux.

En faisant ouvrir la bouche au malade, on constate d'énormes dégâts sur le maxillaire inférieur, sur le maxillaire supérieur et sur la langue.

La fracture du maxillaire inférieur n'est pas consolidée. Le fragment médian semble avoir complètement disparu et les deux fragments qui restent sont séparés par une brèche, d'un centimètre environ, dans laquelle on ne trouve que du tissu fibreux de cicatrice. La cicatrisation des parties molles de la lèvre se confond en bas avec ce nodule profond.

Le fragment postérieur du maxillaire est déjeté endehors.

Du côté de la mâchoire supérieure, la déformation est considérable. A droite, la partie antérieure du maxillaire est séparée de la partie postérieure ; elle est repoussée en avant et, par son arcade qui soulève la lèvre supérieure, détermine le prognathisme constaté à l'inspection du malade. A gauche, au contraire, la partie postérieure, depuis la canine jusqu'à la dernière molaire, séparée du corps de l'os par un trait horizontal, est refoulée en arrière et s'étend en travers de la bouche sous forme d'une barrière encore garnie de dents.

La langue présente une grosse encoche cicatricielle sur son bord gauche. Elle est solidement fixée au plancher de la bouche, par un énorme tractus du tissu fibreux, de l'épaisseur d'un doigt, lequel va rejoindre la masse cica-

tricielle qui remplit l'orifice d'entrée de la balle. Les mouvements de la langue sont extrêmement gênés. Le malade ne peut la projeter au dehors de la bouche. Il ne peut, non plus, la retirer en arrière et la mouvoir dans l'intérieur de la bouche. Comme conséquence, on note la difficulté de la parole et de la déglutition. Les aliments solides, surtout, restent souvent sur le dos de la langue ou dans les sillons latéraux, et le malade ne peut les ramasser en un bol susceptible d'être dégluti. Aussi, pendant longtemps, il a dû s'alimenter avec des liquides. Enfin, la salive s'écoule continuellement par l'encoche qui existe sur le contour de l'orifice buccal.

En somme, le malade présentait quatre espèces de déformations distinctes :

- 1^o Bec de lièvre traumatique ;
- 2^o Prognathisme de la mâchoire supérieure ;
- 3^o Enfoncement de la racine du nez avec perte de substance osseuse ;
- 4^o Pseudarthrose du maxillaire inférieur avec adhérences cicatricielles de la langue au plancher de la bouche, au niveau du foyer de la fracture.

Le malade a subi 17 interventions successives en l'espace de quatre ans. Je vais vous les exposer rapidement en les classant, non par ordre chronologique, mais par ordre topographique.

1^o Bec de lièvre traumatique.

Cette difformité fut facilement effacée par le procédé ordinaire : avivement et suture des deux bords de l'encoche. Aujourd'hui, le contour de l'orifice buccal présente une courbe parfaitement régulière.

2^o Prognathisme de la mâchoire supérieure.

L'arcade alvéolaire du côté gauche qui, fracturée, faisait saillie dans la bouche et barrait complètement cette cavité fut réséquée, et M. Martin remplaça cette portion d'os par une pièce prothétique.

Du côté droit, l'arcade soulevée en avant par l'éclatement, déterminait le prognathisme.

22 juin 1898. — Le malade est endormi à l'éther. A

l'aide d'un ciseau à froid, enfoncé en arrière de l'arcade, je mobilise cette portion d'os, en détruisant les faibles jetées osseuses qui s'étaient formées dans le foyer de la fracture. Alors, avec une pince coupante, je détachai, à l'arrière de ce fragment, une portion d'os triangulaire à base inférieure et à sommet supérieur. Cette portion réséquée, il fut possible de refouler en arrière l'arcade alvéolaire en l'enfonçant dans l'intérieur du massif facial.

Un appareil, placé par M. Martin, maintint les os dans cette position pendant une quinzaine de jours. Il fut alors enlevé et nous constatâmes avec satisfaction que le résultat s'était maintenu tel qu'après l'opération.

La consolidation s'effectua bien et vous pouvez constater aujourd'hui que les deux arcades dentaires, supérieure et inférieure, se correspondent exactement. Le prognathisme a disparu. De ce fait, l'écoulement de la salive hors de la bouche diminua un peu, mais l'adhérence de la langue au plancher empêchant la déglutition de la salive, ce trouble fonctionnel ne fut pas supprimé.

*3^o Enfoncement de la racine du nez
avec perte de substance.*

Ici, le résultat obtenu n'a été que partiel comme vous allez le voir.

13 janvier 1898. — Le malade étant endormi, je fis, par l'intérieur des narines, une ostéotomie sous-muqueuse des apophyses montantes des maxillaires supérieurs. Ces apophyses étant ainsi mobilisées, la racine du nez pouvait être soulevée par l'intérieur et l'enfoncement de cette région était ainsi effacé.

Pour maintenir les parties dans cette position, M. Martin plaça dans chaque fosse nasale un appareil ainsi construit. Une lame plate, destinée à reposer sur le plancher de la fosse nasale, sert de support à une seconde lame qui se redresse sous l'action d'un ressort et vient soulever de dedans en dehors la racine du nez que l'ostéotomie sus-décrite a mobilisée. L'appareil, malgré la gêne qu'il détermina les premiers jours, fut cependant supporté et le résultat cherché fut obtenu. Ainsi que vous pouvez le constater aujourd'hui, la racine du nez a retrouvé sa saillie normale.

Restait la perte de substance déterminée par la disparition de l'os propre du nez. Au niveau de la jonction de la portion cartilagineuse avec le squelette osseux existait un sillon assez profond, recouvert par du tissu de cicatrice. Afin de rétablir la saillie normale du dos du nez, nous tentâmes, avec M. Martin, une prothèse sur trépied métallique, telle qu'il l'a décrite et exécutée.

3 août 1898. — Anesthésie à l'éther. Incision sur le dos du nez en suivant autant que possible les traits de cicatrice. Le contour osseux de l'orifice antérieur des narines est dégagé sur tout son pourtour et la dissection des lambeaux est poussée aussi loin que possible, dans la joue de chaque côté. M. Martin visse son trépied métallique sur le contour osseux dégagé. Les deux lambeaux géniens sont rapprochés et suturés par-dessus la pièce prothétique.

1^{er} septembre. — Les plaies sont cicatrisées. Mais un point, qui tirait trop, a cassé sur le dos du nez, et le trépied est à nu sur un espace qui mesure 2 cent. de long sur 1 cent. de large.

A ce moment, je me suis demandé si je recouvrirais le trépied avec un lambeau frontal rabattu sur le nez, à la manière ordinaire de la rhinoplastie ; mais, considérant que le résultat était encore aléatoire et que je devais, pour cela, entamer une région, le front, qui avait été respectée par le traumatisme, je jugeai plus conforme à l'intérêt du sujet de m'abstenir et le 23 septembre, j'enlevai la pièce prothétique. La perte de substance cutanée se combla alors rapidement, mais la déformation osseuse a persisté de ce côté.

4^o *Pseudarthrose du maxillaire inférieur avec adhérences cicatricielles de la langue au plancher de la bouche.*

C'est, assurément, cette partie de la restauration faciale qui nous a coûté le plus d'efforts. Le traitement a été long et c'est seulement grâce à l'emploi des poids lourds, imaginés par M. Martin, que la cicatrice a cédé et libéré suffisamment, sinon complètement, la langue.

Voici le résumé des interventions pratiquées dans ce but.

24 juillet 1897. — Le malade a été endormi à l'éther. Une incision, suivant le trajet de la cicatrice, mène sur la masse fibreuse cicatricielle qui remplit l'espace interfragmentaire du maxillaire inférieur et dans laquelle vient se fixer également le tractus fibreux qui fait adhérer la langue au plancher de la bouche. Ce tractus est sectionné, séparé autant que possible de la langue, de manière à ce que celle-ci devienne libre et puisse se détacher du plancher buccal. La muqueuse buccale est suturée par-dessus la section.

En même temps, on libère de leurs attaches fibreuses les deux fragments antérieur et postérieur du maxillaire. Cette libération est poussée jusqu'à ce que ces deux moitiés soient parfaitement mobiles, l'une en face de l'autre, et puissent reprendre la place qu'elles doivent occuper normalement dans la bouche.

M. le Dr Martin pose alors un appareil prothétique qui fixe les deux fragments dans leur nouvelle position. Cet appareil est, en tout, semblable à ceux décrits dans son mémoire sur la prothèse immédiate.

Octobre 1897. — La cicatrice rétractile fixant la langue au plancher buccal s'est reproduite, et la situation du malade n'a pas changé de ce côté. D'autre part, il supporte mal son appareil et le fragment postérieur a toujours de la tendance à s'échapper et à s'enfoncer dans la cavité buccale, par suite de la rétraction cicatricielle, qui a ramené les choses à leur état initial.

12 octobre. — Anesthésie à l'éther. Le tissu cicatriciel de la langue est non seulement sectionné, mais excisé dans la plus large mesure possible. Cette ablation détermine une perte de substance à la face inférieure de la langue.

Le fragment postérieur du maxillaire inférieur, comprenant une petite portion de la branche horizontale et toute la portion verticale gauche, est réséqué par une désarticulation temporo-maxillaire. Cette désarticulation laisse disponible, en avant du pilier antérieur, une certaine quantité de la muqueuse qui recouvrait le fragment postérieur du maxillaire. Cette muqueuse est rabattue sur la perte de substance linguale et suturée aux bords de la muqueuse linguale, dans le but d'inter-

rompre, par une bande de muqueuse saine, le trajet cicatriciel qui fixe la langue en bas.

Pose d'un appareil par M. Martin. Cet appareil est plus volumineux que le précédent, car il remplace la portion gauche du maxillaire enlevé, y compris une partie de la branche montante. Il présente, en outre, comme la plupart de ces appareils, une plaque latérale s'appuyant sur une autre plaque identique, fixée à la mâchoire supérieure et destinée à empêcher le déplacement en dedans du fragment restant.

25 octobre. — La muqueuse gingivale rabattue sur la langue s'est sphacélée. La plaie va se réunir par seconde intention.

Le maxillaire artificiel reste en place.

Novembre 1897. — Le maxillaire artificiel reste en place, mais la langue vient de nouveau se souder au plancher buccal et les troubles fonctionnels dus à cette adhérence se reproduisent.

M. Martin fixe alors à la partie interne et inférieure du maxillaire artificiel un petit bloc d'étain qui venait appuyer au point d'union de la langue et du plancher buccal.

Plus tard, comme la muqueuse tolérait parfaitement ces pressions et que la cicatrice commençait à céder, un deuxième bloc fut surajouté au premier, mais dans une direction un peu plus horizontale, et avec une convexité plus accentuée. Au bout de quelque temps, la partie antérieure de la langue était à peu près libérée, mais la partie postérieure était encore adhérente. On ajouta alors un troisième bloc d'étain fixé en arrière des deux premiers et qui, par sa saillie, venait appuyer sur cette partie postérieure. Celle-ci fut peu à peu mobilisée et la langue commença à reprendre ses fonctions. Enfin, un quatrième bloc fut fixé pour accentuer le décollement de la langue dans la même direction et sur la même étendue.

Actuellement (avril 1901), la langue est devenue complètement mobile. Le malade peut la projeter hors de la bouche, mais avec une déviation en dehors et en bas; la mastication et la parole sont redevenues à peu près normales. Le traitement a demandé deux ans, mais à aucun moment n'a été pénible pour le malade; le poids

total de l'appareil était, à la fin du traitement, de 125 grammes.

M. Martin donne quelques explications sur les appareils qui ont servi au traitement de ce malade.

HYSTÉRECTOMIE SUS-PUBIENNE TOTALE SOUS-PÉRITONÉALE

M. Jaboulay présente un utérus fibromateux qui a été enlevé par son procédé d'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale, dont il a été question ici il y a quelque temps.

Il s'agissait d'une femme vierge de 45 ans, profondément anémiée par des hémorrhagies incoercibles et répétées, qui commandaient à elles seules l'extirpation de l'utérus. Celui-ci remontait au voisinage de l'ombilic et portait un fibrome interstitiel.

L'opération a été la suivante : 1^o laparotomie médiane de l'ombilic au bord supérieur du pubis, comprenant les téguments et les aponévroses, mais n'intéressant pas le péritoine. Celui-ci est décollé du reste de la paroi, et en bas, du côté de l'excavation pelvienne, il est récliné en haut; les deux mains entrent dans le ligament large gauche et vont, en décollant, à la recherche du col; celui-ci, petit, passe à travers le vagin; le conduit est incisé et le col ainsi libre est saisi avec une pince utérine, puis relevé; section aux ciseaux des culs-de-sac latéraux et postérieurs du vagin; recherche des pédicules utérins et ligature, puis, en remontant, recherche et ligature des pédicules utéro-ovariens; après la ligature de celui du côté gauche, l'utérus est luxé et attiré hors du ventre, l'insertion péritonéale ayant été sectionnée sur le pourtour de son fond, et le pédicule utéro-ovarien droit ligaturé à son tour. Les ovaires, appendus à leurs pédicules, ont été conservés.

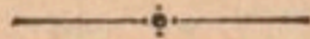
Le péritoine pariétal n'a pas été ouvert, et il n'a été enlevé du péritoine viscéral que juste la portion qui fait partie des tuniques de l'utérus, et qui ne peut en être détachée.

Cette pièce montre exactement ce que l'on fait avec le

procédé de l'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale.

Pendant l'intervention, les anses intestinales n'ont pas été visibles et, pendant la suture de la laparotomie, il n'y a pas eu à s'occuper du péritoine qui était intact ; il n'y a eu qu'à suturer les aponévroses, les muscles et la peau.

En somme, cette opération est analogue à une hystérectomie vaginale, mais elle est pratiquée au-dessus du pubis.

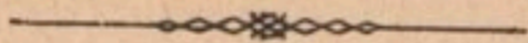


MÉMOIRES

PRÉSENTÉS A LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON



TRAITEMENT
DES
LUXATIONS TRAUMATIQUES ET IRRÉDUCTIBLES
de la hanche en arrière

Par JACOB, médecin major de 2^e classe
répétiteur à l'École du service de Santé militaire

Les luxations irréductibles de la hanche en arrière, ne sont pas fréquentes.

Les malades qui présentent cette lésion sont, pour la plupart, de grands infirmes que la chirurgie actuelle a le droit et le devoir de guérir. Malheureusement, le traitement applicable n'est pas encore fixé : certains chirurgiens conseillent de ne rien faire, prétendant qu'avec le temps, la mobilisation prudente, il se fait une articulation assez solide pour permettre la marche; d'autres préconisent la réduction à ciel ouvert, l'arthrotomie simple; d'autres enfin recommandent la résection, *non pas la résection totale* de la tête et du col dont les inconvénients sont reconnus par tout le monde, mais *la résection partielle*, de telle sorte qu'il reste un morceau du col pouvant être replacé dans la cavité cotyloïde, et suffisant pour empêcher l'ascension du fémur pendant la marche. Ricard, le premier, a pratiqué cette dernière opération en 1890.

Le résultat obtenu par cette méthode sur le malade que nous avons l'honneur de vous présenter, contribuera, croyons-nous, à engager le chirurgien à intervenir et à

adopter les conclusions que M. Ch. Nélaton a tirées de l'observation de Ricard, à savoir : que *la résection partielle de la tête et la réintroduction du moignon capito-cervical restant dans la cavité cotyloïde déblayée, constituent, dans la majorité des cas, le procédé de choix.*

Voici l'observation de notre malade :

P. Comb..., soldat au 28^e bataillon de chasseurs, âgé de 24 ans, étant en permission chez lui, à la campagne, parcourait dans la nuit du 1^{er} janvier 1901, un chemin obscur, lorsqu'il mit le pied dans un trou creusé dans la terre; il perdit l'équilibre et tomba dans un fossé profond de 40 à 50 centimètres seulement. Il ressentit une douleur dans la hanche gauche, douleur tellement vive qu'il perdit connaissance. Quand il revint à lui, il ne put se relever et dut rester couché le reste de la nuit dans le fossé. Il fut secouru le matin et porté à l'hospice civil du canton où les médecins reconnurent une luxation de la hanche qu'ils essayèrent en vain de réduire. Le malade fut reconduit chez lui. Mais l'impotence du membre inférieur gauche restant complète, le malade entre à l'hospice mixte du Puy où l'on essaye encore inutilement, de réduire la luxation.

Il est alors évacué sur l'hôpital Desgenettes et entre dans notre service le 24 mars 1901, 83 jours après son accident.

L'examen du malade nous montre l'existence de tous les signes d'une luxation iliaque non réduite de la hanche gauche.

Comb..., qui depuis son accident n'a pas quitté le lit, est pâle, très amaigri, bien que, au point de vue général, il ne présente aucune tare.

Le membre inférieur gauche est en adduction et rotation en dedans, la face plantaire du pied gauche reposant sur la face dorsale du pied droit. Il est, de plus, raccourci de 6 centimètres.

Lorsque le malade est examiné debout, soutenu par des aides, on remarque en outre que la face externe de la hanche gauche est beaucoup plus saillante, plus pointue que la face externe de la hanche droite; le pli fessier est remonté.

A la palpation, on reconnaît dans la fosse iliaque externe gauche, sous le muscle grand fessier atrophié, une tumeur osseuse, ronde, lisse, mobile avec le fémur et qui n'est autre que la tête luxée de cet os; elle siège à trois travers de doigt au-dessous de la crête iliaque, sur la verticale abaissée de la partie la plus élevée de la crête iliaque, à six travers de doigt en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure; on peut la refouler plus haut en propulsant le fémur, mais on ne peut l'abaisser.

La tête, le col fémoral qui la continue, le grand trochanter, ne présentent pas de tuméfaction anormale. Le grand trochanter déborde la ligne de Roser-Nélaton de 6 centimètres; ajoutons encore que, à la face antérieure de la cuisse, dans l'aire du triangle de Scarpa, les doigts s'enfoncent et peuvent constater facilement l'absence de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité, mais l'atrophie de tout le membre du côté malade est assez marquée; elle est de 3 centimètres au niveau de la jambe et au niveau de la cuisse.

Le malade est infirme mais ne souffre pas. La marche est impossible, même avec des béquilles, et le blessé ne peut quitter son lit. Les mouvements spontanés sont à peine ébauchés. Les mouvements provoqués d'extension, de flexion, bien que limités, sont possibles; la rotation en dedans peut être exagérée anormalement; par contre, toute tentative d'abduction et surtout de rotation externe, est douloureuse et, par suite, impossible.

Nous essayons à notre tour, le 27 mars, c'est-à-dire trois mois après la luxation, des tentatives de réduction avec les moufles et sous le chloroforme. Malgré une puissante traction, nous échouons. Nous proposons alors au malade l'intervention sanglante qu'il accepte, décidé à tout, dit-il, plutôt que de rester infirme comme il l'est.

Toutefois, avant d'opérer, nous essayons d'obtenir par l'extension continue, une certaine descente de la tête, nous rappelant qu'un des gros obstacles à la réduction à ciel ouvert est le raccourcissement des muscles (Ricard, Nélaton).

L'extension appliquée pendant quinze jours, en utili-

sant pendant le jour des poids de 12 à 15 kil., n'ayant amené qu'une diminution peu marquée (un centimètre) du raccourcissement, nous pratiquons l'opération le 12 avril, décidé par avance à ne sacrifier que le minimum possible de la tête fémorale, et à conserver tous les plans fibreux.

Opération. — Incision de douze centimètres environ sur la face postéro-externe de la fesse, suivant l'axe prolongé du fémur. C'est l'incision de la résection de la hanche, par le procédé de Langenbeck.

Section de la peau; on passe dans l'interstice des faisceaux du grand fessier, et l'on arrive rapidement sur l'aponévrose sous-fessière, au travers de laquelle on aperçoit la tête luxée. Cette dernière est bridée, en avant et en haut, par le bord postérieur du moyen fessier, dont le tendon est en partie désinséré à la rugine, jusqu'à ce que le muscle puisse être écarté en avant et dégager le col fémoral qu'il cachait. La tête et le col sont alors bien exposés. La tête est recouverte par une mince toile fibreuse, le col est enserré comme dans une boutonnière par une masse fibreuse qui est formée par le tendon du pyramidal et les débris de l'obturateur interne.

Cette toile fibreuse est incisée suivant le bord supérieur du col, depuis la cavité digitale jusqu'en arrière de la tête, et les deux volets ainsi formés sont ruginés, ce qui permet de découvrir tout le bord supérieur, la face antérieure et la face postérieure du col. Le doigt peut alors s'insinuer derrière la tête et arriver à sentir le bord postérieur de la cavité cotyloïde, au travers d'une masse fibreuse qui paraît la combler.

Nous essayons d'amener la tête fémorale en regard du bord cotyloïdien, en faisant tirer sur la cuisse, placée à angle droit, en abduction et rotation externe, pendant que nous refoulons directement la tête. Mais il est absolument impossible d'abaisser suffisamment la tête, dont il reste une portion de deux centimètres environ, en arrière du bord cotyloïdien.

C'est ce segment de tête, et *rien que ce segment débordant le cotyle en arrière*, que nous enlevons avec la scie et le ciseau; il mesure, comme vous le voyez, deux centimètres d'épaisseur, et représente la moitié, à peu près,

de la surface cartilagineuse de la tête. Les bords de la section osseuse sont abrasés avec la pince-gouge, de façon à supprimer leur arête.

Alors, le bord supérieur de la cavité cotyloïde devient accessible; il forme avec la section fémorale, une fente très étroite, répondant à la cavité cotyloïde, mais comblée par le tissu fibreux qui recouvre la cotyloïde et la face antérieure du col, et qui se continue en arrière, sur la surface rétro-cotyloïdienne, avec des fibres musculotendineuses provenant du pyramidal et de l'obturateur déchirés et cicatrisés. Ce tissu fibreux est incisé parallèlement au bord postérieur de la cotyloïde, et un peu en arrière de lui.

Avec la rugine courbe sur le plat, on décortique peu à peu le bord postérieur, puis la cavité cotyloïde, comme le schéma suivant le montre bien; la rugine détache progressivement du fond de la cotyloïde tous les tissus fibreux qui lui sont intimement adhérents, et qui représentent la portion antérieure de la capsule fémorale. Ce temps de l'opération est le plus long et le plus pénible, en raison, d'une part, de la soudure de la capsule à la cavité cotyloïde, en raison, d'autre part, de l'étroitesse voulue de la fente qui livre passage au doigt et à la rugine. Il faut déployer une force considérable pour séparer la capsule du fond de la cotyloïde, et l'on se rend facilement compte, en présence de semblables lésions, de l'inutilité absolue des tentatives de réduction non sanglante. La décortication est arrêtée lorsque le doigt atteint le bord antérieur de la cotyloïde.

Nous faisons alors tirer sur la cuisse, placée en flexion à angle droit, puis en abduction et en rotation externe, et le moignon capito-cervical s'engageant par la fente faite aux tissus fibreux représentant la capsule, pénètre dans la cavité cotyloïde libérée, en faisant le même bruit et en donnant la même sensation que celle que l'on obtient en réduisant une luxation ordinaire. Ceci fait, le membre inférieur est placé en extension, abduction et rotation externe, et nous fermons la plaie par quatre plans de sutures: 1^o suture au catgut des deux valves et de la fente de la capsule; 2^o suture du bord postérieur du moyen fessier aux tissus fibro-musculaires représen-

tant le pyramidal et l'obturateur; 3^o suture du grand fessier; 4^o suture de la peau au crin de Florence.

Un drain est laissé dans l'angle inférieur de la plaie. Un pansement compressif englobe le bassin et la région anale; le membre est placé dans une gouttière de Raoul-Deslongchamps. Pas de traction.

Suites opératoires. — L'opération, sutures et pansement compris, a duré trois quarts d'heure; l'hémorragie a été légère, et nous n'avons pas eu besoin de placer une seule ligature. Les suites de l'opération ont été normales, le drain est supprimé le dixième jour. Réunion parfaite.

La mobilisation est commencée le 5 mai, c'est-à-dire le vingt-troisième jour après l'opération; elle paraît être très douloureuse. Le 15 mai, le malade se lève pour la première fois et essaie de marcher avec des béquilles. Le genou est raide et douloureux, et sa mobilisation est aussi douloureuse, sinon plus, que celle de la hanche.

Le massage, les douches, l'électrisation améliorent très rapidement le malade. Les douleurs provoquées par la mobilisation sont bien moindres; le malade abandonne très vite les béquilles et marche avec deux cannes, puis bientôt avec une seule.

Aujourd'hui, c'est-à-dire trois mois après l'opération, les résultats obtenus sont les suivants :

La réduction, ainsi que le montre la radiographie, est complète; on voit très bien que le *moignon capito-cervical est dans la cavité cotyloïde*, et nous ajoutons qu'il y est très solidement fixé; le malade peut, en effet, se tenir debout en appuyant seulement sur le membre inférieur gauche.

Il n'y a pas de raccourcissement; on trouve du côté sain, comme du côté gauche, une longueur de 90 centimètres.

Les *mouvements provoqués* sont presque normaux; on peut fléchir la cuisse jusqu'au delà de l'angle droit; l'adduction, l'abduction, la circumduction sont possibles.

Les *mouvements spontanés* sont un peu moins étendus que les mouvements provoqués, la flexion n'atteint pas tout à fait l'angle droit; l'abduction, l'adduction, la rotation du pied se font bien, comme vous pouvez le voir.

Il existe encore un peu de raideur, mais qui s'améliore sans cesse sous l'influence de la mobilisation, des mas-

sages, des douches, de l'électricité. Le malade peut *s'asseoir facilement. Il marche sans boiter*, avec une seule canne, *et reste debout toute la journée*, montant et descendant les escaliers, se promenant des heures entières.

L'atrophie de la fesse et de la cuisse a diminué de 4 centimètre, l'atrophie de la jambe a disparu; En résumé, les résultats obtenus chez notre malade, trois mois après l'opération permettent, croyons-nous, de dire que les résultats définitifs seront encore meilleurs; nous n'avons pas à craindre ici, en effet, de voir les résultats bons du début se perdre ultérieurement, comme cela s'observe après la résection vraie de la hanche, lorsque l'extrémité supérieure du fémur, mal fixée, remonte.

La radiographie nous montre que, chez notre malade, il y a bien une nouvelle tête dans la cavité cotyloïde et l'on peut affirmer, sans se trop avancer, que cette tête n'en pourra sortir que par une nouvelle luxation.

Remarques. — L'observation que nous venons de présenter prête à quelques remarques: 1^o sur la pathogénie de l'irréductibilité des luxations de la hanche, et 2^o sur le traitement, remarques que nous ferons aussi courtes que possible.

Dans notre cas, comme dans la remarquable observation de Ricard, communiquée à la Société de Chirurgie de Paris, le 19 novembre 1890, l'obstacle à la réduction a consisté: 1^o dans le raccourcissement des muscles péri-articulaires; 2^o dans la fusion totale de la portion antérieure de la capsule avec le fond de la cotyloïde; ces deux lésions sont, croyons-nous, dépendantes l'une de l'autre. En effet, la fusion de la capsule avec la cotyloïde, en maintenant en sa place vicieuse l'extrémité supérieure du fémur, explique pourquoi, même par une extension énergique et d'une certaine durée, on n'obtient pas un allongement sensible des muscles raccourcis; pour obtenir l'allongement des muscles, il faudrait auparavant libérer le col de la portion de la capsule qui lui adhère d'une part, et qui est d'autre part également fixée dans le cotyle; tant que ces adhérences persistent, les tractions faites sur le membre inférieur n'ont qu'une action douteuse sur les muscles. Cela nous explique également pourquoi l'arthrotomie simple ne donne pas en règle

générale des résultats satisfaisants ; pourquoi, même lorsqu'on aborde l'articulation par la voie antérieure, la tête fémorale luxée ne se laisse pas amener dans la cotyloïde : c'est que la capsule adhérente ayant été désinsérée du fémur et de la cavité cotyloïde, les muscles restent trop courts et ne laissent pas descendre la tête. Il faudrait alors, après désinsertion de la capsule dans un premier temps, appliquer pendant quelques jours, l'extension continue et essayer ensuite la réduction ; l'opération devrait être faite en deux temps, ce qui n'est guère d'accord avec nos mœurs chirurgicales actuelles.

Les autres remarques que nous voulons présenter portent sur le traitement sanglant des luxations irréductibles iliaques.

Et, tout d'abord, hors les cas de douleurs vives, de phénomènes de compression du sciatique, y a-t-il lieu de pratiquer, pour les luxations irréductibles iliaques, un traitement sanglant ? C'est là une question qui doit être posée et résolue en premier lieu. Eh bien ! nous croyons qu'il faut opérer.

La mobilisation progressive, le massage, l'électricité, pourront certes redonner au membre inférieur un peu de mobilité ; le malade, au bout de longues années souvent, pourra marcher avec une canne, mais toujours en boitant. Et combien précaire sera la solidité de la nouvelle articulation, même maintenue, aidée par des appareils de prothèse variés ! Le membre inférieur a surtout besoin de solidité et, à part des cas exceptionnels (1) qu'il est prudent en pratique de ne pas trop escompter, la plupart des néarthroses qui se forment après une luxation irréductible iliaque laissée irréduite, sont peu solides. Pendant la marche, la fatigue survient vite ; la tête du fémur tend de plus en plus à remonter, et l'infirmité ne fait que croître avec le temps. Nous pouvons citer (2) comme exemple un malade que nous avons

(1) Un malade observé par Poncet (Porte, *Rev. d'Orthopédie* 1892) avait une luxation iliaque non réduite depuis 13 ans ; il faisait ses 15 kilomètres par jour, malgré un raccourcissement de 8 centimètres.

(2) Grâce à l'obligeance de M. le professeur Nimier, qui a bien voulu nous communiquer l'observation de ce malade.

observé dans le service de notre maître, M. le professeur Nimier, au Val-de-Grâce, en août 1898.

Il s'agit du nommé All., L., brigadier au 35^e régiment d'artillerie, âgé de 23 ans, qui fut victime de l'accident de chemin de fer de Juvisy, dans la nuit du 5 au 6 août 1899. Le malade fut évacué sur le Val-de-Grâce dans un très grave état. Il présentait en effet une fracture du crâne, une fracture de la jambe gauche à l'union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen, une fracture du col du fémur droit, enfin des plaies et des contusions multiples. Il présentait encore une *luxation iliaque gauche* qui fut méconnue, en raison de l'état de shock du malade, du gonflement du membre inférieur gauche, fracturé plus bas et contusionné.

La luxation ne fut reconnue que fin octobre, au moment où le malade put être débarrassé de ses appareils et mobilisé ; à deux reprises différentes, le 13 et le 19 novembre, on essaya, sous le chloroforme et avec les mouffes, de réduire la luxation. Mais les tentatives furent inutiles, quoique l'extension continue eût été appliquée auparavant. Le malade, refusant d'autres interventions, est alors traité uniquement par le massage, l'électrisation, les douches, etc. Il sortit de l'hôpital présentant comme reliquat de ses nombreuses lésions : une atrophie du nerf optique gauche consécutive à la fracture du crâne, une atrophie très marquée du membre inférieur gauche, dont l'impotence due à la luxation iliaque et à une paralysie des extenseurs de la jambe (lésion du nerf tibial par les fragments de la fracture de jambe), dont l'impotence, disons-nous est très marquée. Le malade marche mal avec l'aide de deux cannes et d'une semelle surélevée. Le membre inférieur droit est normal.

Nous avons eu des nouvelles du malade le 29 avril 1901. Il ne se plaint plus guère que de la luxation iliaque. « Ce qui m'a toujours le plus gêné dans la marche, « nous écrit le malade, c'est la luxation de la hanche « gauche. Le membre inférieur gauche a un raccourcis- « sement de quatre centimètres, qu'un soulier surélevé « compense mal. Je boite toujours un peu et je m'ap- « puie fortement sur une grosse canne pendant la mar- « che. Je suis fatigué presque tout de suite et ne peux

« rester plus de vingt minutes sans me reposer. Aussi je ne sors presque jamais de la maison. » Le malade est soulagé par le port d'une ceinture qui emboîte la tête fémorale et l'empêche de balloter ; toutefois, dit-il, elle ne la retient plus aussi bien qu'au début.

En résumé, le sort des malades qui ont une luxation iliaque irréduite n'est pas, *en règle générale*, assez satisfaisante pour que le chirurgien laisse à la bonne nature le soin de faire et de parfaire une articulation solide. Il doit intervenir. Mais comment ?

L'arthrotomie, pour la hanche comme pour la plupart des autres articulations luxées, n'a guère donné de bons résultats ; et certains chirurgiens qui l'ont essayée et qui se sont obstinés, ont été conduits à couper les muscles, à les désinsérer très loin, heureux encore quand ils ont pu remettre la tête en place. Il est évident que les résultats obtenus en pareil cas ne doivent pas être brillants, même si on aborde l'articulation par la face antérieure, comme Nicoladini l'a conseillé. C'est en effet la voie la plus directe, mais, si on l'utilise, on est obligé de sacrifier la seule portion restante de la capsule, et la portion de beaucoup la plus importante, au point de vue de la statique humaine, puisqu'elle permet, grâce au puissant ligament de Bertin qui la renforce, la station debout. D'autre part, même la capsule détruite, la tête se refusera à descendre maintenue qu'elle sera par les muscles raccourcis que le chirurgien sera alors obligé de ténotomiser ou de désinsérer. Dans un cas, Duret dut sectionner les muscles moyen et petit fessiers, les muscles pelvi-trochantériens, faire la ténotomie sous-cutanée du droit antérieur et du moyen adducteur.

Pour se donner du jour, Mikulicz (Drehmann, *Beitrag z. Klin. Ch.*, 1897, XVII, 3), par un procédé analogue à celui conseillé par Ollier pour la résection de la hanche et connu sous le nom de procédé à tabatière, relève le grand trochanter, scié à sa base, avec les muscles qui s'y insèrent. Il dégage alors la tête et le col du fémur, déblaye la cavité cotyloïde et essaye la réduction. Dans trois cas opérés par ce procédé, Mikulicz obtint la réduction avec deux résultats consécutifs excellents ; le troisième malade succomba à la septicémie, la plaie ayant été infectée.

Par ce procédé, certains muscles sont relâchés (les muscles trochantériens), mais, les adducteurs en particulier, restent raccourcis et ce sont eux qui, pour une bonne part, empêchent la tête de s'abaisser. Il est vrai que Mikulicz n'hésite pas à sectionner les muscles les plus résistants; mais l'on retombe alors dans les inconvénients de l'arthrotomie ordinaire, avec, en plus, la section du trochanter qu'il peut être, en certains cas, très difficile de suturer au fémur abaissé, lorsque les muscles trochantériens raccourcis empêchent de ramener au contact le trochanter scié et le fémur.

En résumé donc, l'arthrotomie seule permet rarement la réduction; aussi la plupart des chirurgiens ont-ils été conduits à pratiquer, séance tenante, la *décapitation du fémur*.

Malheureusement, les résultats n'ont pas encore été bien favorables, parce que l'incision de la tête et du col n'a pas été parcimonieuse, parce que, au bout d'un certain temps, le fémur n'étant plus ou étant « mal accroché » à la cavité cotyloïde, le fémur remontrait et les résultats, bons au début, devenaient ultérieurement mauvais. Ricard, le premier, dans une observation communiquée à la Société de Chirurgie de Paris, le 19 novembre 1890, a pratiqué l'incision de la portion cartilagineuse de la tête et a réintroduit le moignon restant dans la cavité cotyloïde libérée. Le résultat constaté un an après était parfait; toutefois le malade avait encore un raccourcissement de 4 centimètres.

C'est de la remarquable observation de Ricard que nous nous sommes inspiré pour traiter notre malade. Nous avons toutefois modifié un peu sa technique.

C'est ainsi que, d'une part, nous avons cherché à n'avoir sur la cavité cotyloïde qu'un accès *juste suffisant* pour pouvoir introduire la rugine; nous n'avons donc pas cherché à exposer librement cette cavité, ce qui nous a permis de ne réséquer de la tête fémorale qu'une portion minime; aussi notre malade n'a-t-il pas de raccourcissement, ce qui, croyons-nous, n'est pas sans importance.

Nous avons, d'autre part, *relevé, désinséré* du fond de la cotyloïde, la capsule et les tissus fibro-cicatriciels qui la

représentaient, et nous les avons conservés soigneusement; Ricard, au contraire, a incisé largement et débarrassé la cavité cotyloïde des néoformations fibreuses qui la remplissaient. Notre manière de procéder nous a permis de suturer la capsule, de la reconstituer par-dessus le moignon réduit, d'éviter ainsi la possibilité d'une nouvelle luxation pendant le pansement, d'assurer enfin la solidité de la nouvelle articulation.

La décapitation partielle du fémur et la réintégration dans la cotyloïde déblayée du moignon cervical restant, avait été conseillée par O. Bloch (de Copenhague), *Revue d'Orthopédie*, 1890. Mais c'est Ricard, le premier, qui l'a pratiquée ou qui, du moins, a, le premier, obtenu le résultat cherché. Cette opération n'a été faite qu'un petit nombre de fois, à notre connaissance du moins. A l'observation de Ricard, il faut ajouter une observation de Kirmisson, une observation de Delorme et la nôtre.

Quant à l'observation d'Arbuthnot Lane (*Société clinique de Londres*, 24 février 1893), il s'agit non de décapitation du fémur, mais d'arthrotomie avec création d'une cavité cotyloïde artificielle.

Nous donnons un très court résumé de ces observations.

1^o Observation de Ricard (*Société de Chirurgie*, 19 novembre 1890).

H... Luxation ischiatique datant de 8 mois. Marche impossible sans béquilles.

Tête fémorale très mobile.

Résection de la portion cartilagineuse de la tête; décollement à la rugine de la capsule adhérente au cotyle; la cavité cotyloïde est débarrassée des néoformations fibreuses qui la remplissent à l'aide du bistouri à résection et de forts ciseaux, puis avec la rugine et des curettes; réduction du col fémoral dans la cavité cotyloïde. Le malade est placé dans une gouttière de Bonnet. Pas de traction.

Un an après, le malade marche avec une canne; il persiste un raccourcissement de quatre centimètres. Le malade appuyé sur son membre sain peut exécuter des mouvements de flexion, d'adduction et de légère abduction.

2^o Observation de Kirmisson (*Société de Chirurgie*, mars 1892).

H..., 19 ans. Luxation iliaque datant de 4 ans ; le raccourcissement, le malade étant couché, est de 6 centimètres ; il est de 15 centimètres lorsque le malade est debout, par suite de l'ascension de la tête.

A l'intervention, on trouve la tête déformée et représentée par deux éminences osseuses, situées l'une en avant, l'autre en arrière du grand trochanter. La saillie postérieure est enlevée à l'ostéotome ; la saillie antérieure est replacée dans la cavité cotyloïde déblayée à la gouge Extension.

La plaie suppura. Le malade est présenté 8 mois après. Il persiste un raccourcissement de 6 centimètres ; mais l'articulation est solide et le malade marche facilement sur un soulier surélevé.

3^o Observation de Delorme (*Société de Chirurgie*, 1896, 6 mai).

H..., 24 ans, paludéen cachectique par suite d'un long séjour au Congo. Luxation ischiatique datant de 4 mois 1/2. Raccourcissement de dix centimètres. Marche impossible sans béquilles.

A l'intervention, la tête est réséquée, la capsule relevée, la cotyloïde libérée. La réduction ne peut être obtenue qu'après section d'un pont osseux néoformé qui réunit la base du col à la partie inférieure de la cavité cotyloïde et grâce à des mouvements répétés et étendus qui s'accompagnent de crépitation.

Mort le lendemain. A l'autopsie, on reconnaît l'existence d'un véritable ostéome du psoas dont faisait partie le pont osseux qui avait mis obstacle à la réduction pendant l'intervention.

4^o Observation d'Arbuthnot Lane (*Société clinique de Londres*, 24 février 1893).

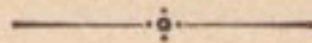
Garçon de 7 ans. Luxation en arrière datant de 3 ans. Tête très mobile et déformée, pouvant être amenée jusqu'au cotyle, mais n'y restant pas par suite de l'atrophie du sourcil cotyloïdien. Raccourcissement de 5 centimètres.

L'opérateur sectionne tous les muscles qui s'insèrent

au grand et au petit trochanter ainsi qu'à la partie supérieure de la ligne âpre du fémur ; puis, il crée à la gouge et au maillet, dans l'os iliaque, au voisinage immédiat de l'épine iliaque antérieure et inférieure, une excavation artificielle dans laquelle il place la tête du fémur débarrassée de quelques ostéophytes. La tête est maintenue fixée dans cette situation au moyen d'une solide ligature, unissant le tendon du droit antérieur et la capsule.

Résultats très satisfaisants.

Dans les quatre observations citées plus haut (observation de Ricard, de Kirmisson, de Delorme, la nôtre) les résultats ont été bons ou très bons, sauf dans le cas de Delorme, dont l'opéré succomba quelques heures après l'opération. Mais il importe de faire remarquer que, dans ce dernier cas, la mort est due non à l'intervention, mais à la cachexie paludéenne dont était atteint le malade, et logiquement cette observation ne peut entrer en ligne de compte pour juger de la gravité de l'opération. D'ailleurs, aujourd'hui, grâce à l'asepsie, la gravité de la décapitation partielle du fémur, doit être considérée comme très secondaire et, en présence des résultats que donne cette opération, nous n'hésiterons pas à dire, en terminant, comme nous l'avons dit déjà en commençant, qu'elle constitue le traitement de choix dans les luxations iliaques anciennes traumatiques.



PLAIE PÉNÉTRANTE DE POITRINE

par coup de fleuret

PLEURO - PNEUMONIE, FISTULE PERSISTANTE

PNEUMOTOMIE

M. RIGAL, médecin principal

Médecin chef de l'Hôpital militaire Villemanzy

Le 29 avril 1896, le nommé C... prévôt d'armes au 13^{me} régiment de cuirassiers, était atteint d'un coup de fleuret au niveau de l'aisselle droite. La blessure présenta immédiatement tous les symptômes d'une plaie pénétrante de poitrine : siège de la blessure au niveau du troisième espace intercostal droit à 2 centimètres environ d'une ligne verticale partant du bord axillaire antérieur, écoulement sanguin spumeux par l'orifice, cyanose, dyspnée des plus intenses, emphysème sous-cutané des plus considérables. L'accroissement discontinu de l'emphysème entraînant une gêne inquiétante de la respiration nécessita, le jour même de l'accident, le débridement de l'orifice sur une étendue de 0,10 à 0,12 centimètres, ainsi que de l'espace intercostal, ce qui permit de reconnaître la trace laissée par le fleuret sur le bord inférieur de la 3^{me} côte, érodée par l'instrument. Un drain fut placé dans la plaie avec pansement antiseptique.

30 avril au 2 mai. — L'auscultation et la percussion révèlent les signes d'une pleuro-pneumonie avec bruit de clapet et épanchement pleural abondant. Température : 40° 1, agitation. subdélire, écoulement purulent par l'orifice.

31 Mai. — L'agrandissement de l'ouverture pleurale donne issue à une quantité de liquide purulent évaluée à 1.500 grammes, lavage à la solution de sublimé au 1/500^e. Double drain en canon de fusil avec pansement antiseptique.

4 au 8 mai. — Des lavages quotidiens sont faits dans la plèvre ; la température descend de 39° à 38° et les signes de la pneumonie vont s'atténuant.

10 mai. — A cette date la température se maintient aux environs de 38°, il n'existe plus que quelques râles disséminés, et l'épanchement paraît en bonne voie de disparition, suppression des lavages.

12 au 30 mai. — L'amélioration de l'état général est progressive ; la température est revenue à la normale, les signes pneumoniques ont disparu ; seules persistent, avec l'écoulement du liquide, des traces de l'épanchement pleural.

1^{er} au 30 juin. — La modification paraît à peu près stationnaire, caractérisée par la disparition de tous les signes pleuro-pulmonaires, précédemment signalés, tout se réduisant à la persistance d'un trajet fistuleux de 0,07 à 0,08 centimètres, réduit à un diamètre de 0,005 à 0,006 millimètres,

Du 1^{er} juillet au 12 novembre. — L'état local reste stationnaire : persistance de la fistule en communication avec une poche contenant environ 50 grammes d'un liquide séro-purulent que le malade expulse au moment des pansements à la suite d'efforts de toux ; à deux ou trois reprises légère ascension de la température, 38° matin, 38° 5 soir, due à la détention des liquides dans la poche. Un curettage du trajet ayant été fait, sans résultat appréciable, le malade, traité depuis son accident à l'hospice mixte de Chartres, est évacué sur l'hospice du Mans, à la date du 12 novembre, sur l'ordre du directeur du service de santé du IV^{me} corps d'armée.

14 novembre. — A son arrivée dans cet hôpital, je

constate que l'état général du blessé est des plus satisfaisants; il peut se promener et prendre ses repas en commun; apyrexie complète.

La percussion, normale à gauche, indique une légère submatité dans le tiers supérieur et en arrière du poumon droit; dans les 2/3 postéro-inférieurs sonorité normale ainsi qu'à la région antérieure.

A l'auscultation, normale à gauche, on constate, au point correspondant à la matité, de la rudesse respiratoire, des bruits analogues aux frottements pleuraux, des râles muqueux disséminés et, en un point assez nettement limité, des râles cavernuleux avec sibilance très marquée. La toux provoque l'expectoration de crachats avec bulle d'air fétide.

Un suintement séro-purulent s'écoule spontanément du trajet fistuleux, et l'expiration exagérée ou la toux provoquent, avec un bruit de sifflement, l'expulsion d'un liquide spumeux de l'orifice. Un stylet pénètre, sans difficulté, perpendiculairement à la paroi thoracique, à une profondeur de 0,02 à 0,05 centimètres, puis, en poursuivant l'exploration, s'engage, après quelques tâtonnements, par un orifice étroit, dans une cavité dont il est impossible d'apprécier la contenance, et s'enfonce au total d'une longueur de 0,07 à 0,08 centimètres. Aussitôt après avoir franchi le rétrécissement anfractueux, il se produit, sous l'influence de la toux, un jet de liquide spumeux putride.

L'incurabilité du trajet fistuleux résultant de l'insuffisance des moyens employés jusqu'à ce jour, et les dangers résultant de la rétention des liquides ne pouvant tarder à se manifester, une intervention immédiate s'imposait, ayant pour but de modifier d'une façon fondamentale les parois du trajet fistuleux et d'en provoquer la guérison définitive. Cette modification semblait devoir être obtenue par une cautérisation profonde à l'aide du thermo-cautère.

26 novembre. — A cet effet, le 26 novembre, assisté de MM. les médecins traitants de l'hôpital, et en présence de M. Claudot, directeur du Service de Santé du IV^e corps d'armée, après les précautions antiseptiques d'usage et l'anesthésie au chloroforme, une incision cur-

viligne, d'une longueur de 0,12 centimètres est pratiquée à 0,06 ou 0,07 centimètres au-dessous de l'orifice du trajet fistuleux circonscrivant un lambeau qui, relevé, découvre largement cet orifice. Sa dissection ayant mis à nu la paroi costale, la 4^e côte est réséquée sur une longueur de 0,08 centimètres. La fistule apparaît alors nettement sous forme d'un orifice anfractueux, près du bord inférieur de la 3^e côte. A son pourtour et à une distance périphérique de 0,02 centimètres environ, les feuilletts de la plèvre apparaissent soudés entre eux, ne reprenant qu'au delà de cette distance leur transparence et leur mobilité réciproque. Sur une sonde cannelée, servant de conducteur, la première partie du trajet est incisée à l'aide du thermo-cautère ; puis, l'étranglement au delà duquel existait une cavité, ayant été sectionné puis agrandi avec le doigt, l'incision au thermo-cautère est complétée dans toute la longueur du trajet, créant une ouverture d'aspect conique, à base externe cutanée, d'environ 0,02 centimètres et de 0,07 à 0,08 centimètres de profondeur. L'exploration digitale ne révéla la présence d'aucun corps étranger, mais fit reconnaître, au milieu du tissu pulmonaire, un foyer de suppuration formant cavité, en communication avec l'extérieur par *les bronches*, et du volume d'une noix. Gros drain, mèche phénosalylée ; pansement antiseptique.

2 décembre. — Apyrexie depuis le jour de l'opération jusqu'à ce jour où a lieu la levée du premier pansement ; le malade expectore un peu de sang et il est gêné par des crachottements. Il existe un peu de submatité au sommet du poumon droit et quelques râles disséminés crépitants. Potion antispasmodique, cachets de salol, régime lacté.

Du 2 décembre au 2 janvier, les pansements sont renouvelés les 9, 14, 19, 26 décembre. A cette dernière date, le drain, dont les dimensions en longueur et en épaisseur avaient été diminuées, est enlevé ; il ne s'écoule plus de la plaie qu'un peu de sérosité sanguinolente dont la couleur et la quantité se sont peu à peu atténuées. L'état général est bon et l'état local s'est notablement modifié ; la respiration est à peu près normale dans toute l'étendue du poumon, à l'exception, toutefois,

du voisinage de la lésion anatomique où l'on entend encore quelques râles muqueux et sous-crépitants, avec atténuation du murmure vésiculaire.

L'apyrexie a été absolue, sans retour offensif, pendant toute la durée du traitement, et la guérison complète le 13 janvier, soit 47 jours après notre intervention.

Neuf mois après, le malade, rentré dans ses foyers, me rendant compte de sa situation, me confirmait la guérison et l'oblitération définitive de la fistule.

* * *

Pour recueillir de cette observation l'enseignement qu'elle comporte, il convient de la diviser en deux phases distinctes :

La première comprend toute la série des phénomènes qui ont évolué au cours de la période aiguë, depuis l'action traumatique jusqu'à l'établissement du trajet fistuleux broncho-cutané, et correspond à une période de sept mois, du 27 avril au 12 novembre 1896. Cette période, dont la relation nous a été fournie par deux de nos collègues de l'armée, est remarquable par les accidents locaux et généraux de la plaie pénétrante : dyspnée des plus intenses, emphysème généralisé, pleuro-pneumonie avec épanchement purulent suivie de la persistance du trajet fistuleux ayant résisté aux divers traitements institués en vue de son oblitération.

La deuxième phase relève particulièrement de notre intervention et a eu pour objet la cure radicale du trajet fistuleux ; sa période s'étend du 26 novembre 1896, date de notre intervention, au 13 janvier 1897, date de la guérison définitive.

Si l'on cherche à se rendre compte de la raison pour laquelle les divers traitements institués par nos collègues se sont montrés inefficaces jusqu'au moment de notre intervention, il semble qu'il faut la chercher surtout dans la difficulté et, par suite, l'insuffisance du diagnostic porté de la lésion. Nos collègues qui ont assisté au début des phénomènes et en ont dirigé avec succès les premières phases d'évolution, paraissent avoir attribué la persistance de cette fistule à un foyer de pleurésie purulente enkystée, à l'exclusion de la lésion

du tissu pulmonaire ; cette manière d'envisager les phénomènes nous paraît pouvoir rendre un compte suffisamment exact de l'insuccès de la thérapeutique médicale et chirurgicale exclusivement dirigée contre l'épanchement pleurétique et la fistule consécutive.

S'il est manifeste que les modes d'exploration ordinaires du poumon, percussion et auscultation, sont souvent insuffisants et inefficaces pour préciser le siège de certaines affections pulmonaires, nous pensons que, pour ce cas particulier, les renseignements cliniques, aidés de l'exploration directe, fournissaient des indications suffisamment nettes pour permettre d'affirmer le diagnostic de fistule pleuro-pulmonaire ; aux symptômes d'une lésion pleuro-pulmonaire nettement caractérisée s'ajoutaient, en effet, les signes indicateurs de la sonde exploratrice pénétrant à une profondeur de 0,07 centimètres perpendiculairement à la paroi thoracique.

La nature et la localisation de la lésion étant établies, en présence des dangers qui devaient fatalement résulter de la rétention des liquides putrides, par suite de l'oblitération intermittente du trajet, l'indication se présentait formelle de donner une porte de sortie suffisante aux liquides et d'obtenir simultanément, par cette intervention, l'oblitération complète du trajet.

Nous inspirant des travaux d'après lesquels ont été réglés ces genres d'intervention, ainsi que de la technique de la chirurgie pulmonaire (Congrès français de Chirurgie, 1895, Reclus, rapporteur ; Société de Chirurgie de Paris, 1895-1897 ; *Progrès Médical*, 1896, chirurgie du poumon, Terrier ; Deuxième Congrès international des Sciences Médicales, Moscou, août 1897, Tuffier rapporteur), nous avons dressé et exécuté notre plan opératoire conformément aux indications classiques :

- 1° Incision suffisamment large des parties molles.
- 2° Résection costale en vue de faciliter les manœuvres opératoires.
- 3° Incision au thermo-cautère du tissu pulmonaire.
- 4° Drainage, sans lavage de la cavité, avec un tube et de la gaze antiseptique.

Cette pneumotomie, sans prétention chirurgicale de

haute envergure, peut cependant ne pas paraître dénuée d'intérêt. Elle a été pratiquée pour un genre de lésion qui confine, dans le cas particulier, à la question relativement neuve et toujours à l'étude des abcès pulmonaires. Il semble, en effet, possible, en évitant d'outrepasser les limites permises de l'analogie, d'envisager sous ce point de vue ce foyer cavitaire qui, par sa persistance et sa tendance à l'accroissement, assombrissant le pronostic, rendait indispensable l'issue des liquides putrides et son oblitération définitive ; elle témoigne de la double nécessité de préciser le diagnostic et d'établir le siège exact de la lésion, en utilisant, pour ce genre de lésion, tous les moyens d'exploration dont on dispose, puisque la confusion entre l'abcès pulmonaire et la pleurésie purulente enkystée, si fréquemment signalée, a été possible dans le cas actuel ; elle met enfin, en regard de la gravité de la lésion, démontrée par une thérapeutique médico-chirurgicale impuissante de 7 mois et une exploration de 0,07 à 0,08 cent. en profondeur au voisinage de vaisseaux importants, l'efficacité inoffensive du thermo-cautère et permanence des résultats curatifs obtenus.

BEC DE LIÈVRE CONGÉNITAL

*Complicé de fissure alvéolo-palatine
avec saillie et torsion des os intermaxillaires internes*

Opération par E.-J. DEBRIE,
Médecin-Major de 1^{re} classe, Médecin-Chef
de l'Hôpital Militaire de Briançon.

La jeune F. M., âgée de 13 ans nous est amenée par son père, gendarme en retraite, au Rozier, commune de Val-des-Prés, à six kilomètres de Briançon.

Cette enfant présente sur le côté gauche de la face une fissure qui intéresse toute l'épaisseur de la lèvre supérieure et se prolonge en haut jusqu'à la narine qu'elle divise profondément. Il en résulte une déformation considérable du nez dont l'aile gauche est fortement attirée en dehors et, consécutivement, aplatie et abaissée.

L'ouverture de la narine se confond avec la fissure de la lèvre supérieure. La fosse nasale gauche apparaît ainsi largement ouverte et montre sa muqueuse constamment enflammée et recouverte de concrétions grisâtres.

Au dessous de la narine la fissure labiale est occupée par les deux incisives médianes et le rebord alvéolaire qui les supporte.

Au lieu d'être dans sa situation normale, la portion du maxillaire supérieur qui supporte les deux incisives médianes a subi d'arrière en avant un mouvement de torsion qui l'a placée en quelque sorte de champ entre les deux lèvres de la fissure des parties molles.

Il en est résulté une brèche qui occupe toute la hau-

leur du rebord alvéolaire, ainsi que la partie la plus antérieure de la voûte alvéolo-palatine.

L'ouverture de cette brèche est limitée en dedans par l'incisive médiane gauche et en dehors par la canine gauche. Entre ces deux dents, l'incisive latérale est absente.

En revanche, du côté droit, toutes les dents sont présentes, l'incisive latérale est à sa place normale et la déviation commence seulement à partir de l'interstice qui sépare cette incisive latérale de l'incisive médiane du même côté. Les incisives médianes ont elles-mêmes subi dans leurs alvéoles un mouvement de torsion, surtout marqué pour l'incisive médiane gauche qui est placée très obliquement par rapport à sa voisine avec laquelle elle forme un angle ouvert en avant.

Sur la voûte palatine, la fissure s'arrête en arrière, au niveau du trou palatin antérieur. De plus cette voûte, plutôt angulaire qu'ogivale, est constituée, non par une soudure intime, mais par chevauchement irrégulier de deux apophyses palatines des maxillaires supérieurs.

En résumé, il s'agit d'un bec de lièvre unilatéral gauche compliqué de fissure alvéolo-palatine.

La lésion est congénitale ; elle ne s'accompagne d'aucun trouble physiologique important, mais elle constitue une difformité repoussante qui éloigne les compagnes de l'enfant et qui sème la terreur parmi toutes les femmes susceptibles de devenir enceintes.

C'est dans ces conditions que le père se décide à faire admettre sa fille à l'hôpital civil de Briançon et à nous demander de tenter une opération à laquelle nous procédons, le 3 juillet, avec l'assistance de M. le docteur Brun, médecin de l'hospice et de notre aide-major, M. le docteur Etcheverry.

OPÉRATION

Si l'on veut bien se reporter à la description ci-dessus, on pourra se rendre compte que l'opération ne pouvait pas consister simplement dans la suture après libération et avivement des deux bords de la fissure labiale. En effet, la saillie de l'os incisif était trop proéminente

pour qu'il soit possible d'affronter au-devant d'elle les deux segments de la lèvre supérieure. Il fallait donc, de toute nécessité, régulariser la courbe du rebord alvéolaire.

Pour cela, il eût été aussi simple qu'expéditif d'arracher les deux incisives et de retrancher leurs alvéoles d'un coup de cisaille. Mais ce procédé aurait considérablement agrandi la brèche osseuse et aurait nécessité ultérieurement l'usage d'un appareil prothétique.

Aussi nous a-t-il paru bien préférable de chercher à remettre en place l'os incisif et de recourir pour cela au procédé que Duplay a préconisé et que l'on trouve longuement décrit et commenté par le professeur Le Dentu dans le « *Traité de Chirurgie opératoire* » (1).

Nous aurions pu pratiquer, dans une première séance, l'ostéotomie et la suture du maxillaire. Dans une séance ultérieure, et seulement après consolidation des segments osseux, nous aurions procédé à la reconstitution de la lèvre supérieure. Mais nous avons affaire à une enfant timorée qui ne se soumettrait probablement pas à une deuxième opération, après les affres d'une première intervention pour laquelle il n'était pas possible de faire une anesthésie complète.

Il fut donc décidé de pratiquer en une seule séance les divers temps de l'opération, savoir :

a) Libération des bords de la fissure labiale unis par des replis muqueux au rebord alvéolaire.

b) Mobilisation par ostéotomie de la portion déviée du maxillaire après passage préalable des fils destinés à la suture.

c) Refoulement et fixation par suture osseuse de l'os incisif à sa place normale.

d) Avivement et suture des bords de la fissure des parties molles.

A

Le décollement des replis muqueux insérés à la lèvre supérieure se fit à la spatule mousse et au bistouri.

(1) Voir *Traité de Chirurgie clinique et opératoire* par A. Le Dentu et P. Delbet, t. V., p. 728 et suivantes.

Comme le pourtour cartilagineux de la narine était ouvert en arrière sous forme d'un anneau brisé dont les extrémités étaient écartées d'un bon centimètre et profondément insérées sur le plancher des fosses nasales, la libération de l'aile du nez fut particulièrement laborieuse.

Ce premier temps de l'opération s'accompagna d'une hémorrhagie assez abondante qui provoqua chez la patiente des efforts continus d'expuition.

B

Les segments labiaux une fois libérés et réclinés de chaque côté, la déformation osseuse se trouva largement exposée sous nos yeux et nous pûmes choisir, en parfaite connaissance de cause, la ligne suivant laquelle il convenait de pratiquer l'ostéotomie et les points par lesquels il fallait, au préalable, faire passer les fils de suture.

Dans le cas qu'il a communiqué à la Société de Chirurgie, Duplay fit passer la section entre la deuxième incisive et la canine du côté opposé à la fissure. Mais, ainsi que nous l'avons dit en décrivant la lésion, l'incisive latérale droite était à sa place normale et continuait, sans aucune déviation, la courbe régulière de la moitié droite de l'arcade dentaire. Dès lors, il nous a paru inutile de déplacer une dent en aussi bonne position, et nous avons trouvé plus rationnel de pratiquer la section osseuse en dedans et non en dehors d'elle, c'est-à-dire entre l'incisive latérale et l'incisive médiane du côté droit.

Après l'ostéotomie, l'os incisif (c'est-à-dire les deux incisives et le rebord alvéolaire correspondant) allait se trouver séparé de l'arcade dentaire, à gauche par une fissure pathologique et congénitale et, à droite, par une fissure artificielle et opératoire. Ce sont les bords de ces deux fissures qu'il fallait coapter pour assurer la fixation du fragment osseux remis en place. Les fils d'argent devaient donc être placés de façon à comprendre chaque fissure dans une anse transversale.

Pour cela trois trous furent percés, à l'aide d'un perforateur, à travers le maxillaire, sur une même ligne horizontale très rapprochée du repli gingivo-labial.

Ils y furent espacés de façon à correspondre : 1^o, en avant, à l'interstice des deux incisives médianes ; 2^o, à droite, à l'interstice de l'incisive latérale et de la canine ; 3^o, à gauche (où la fissure remplaçait l'incisive absente), à l'interstice de la canine et de la première molaire.

Par le trou antérieur on fit pénétrer, selon le procédé de Le Dentu, une anse de fil d'argent dont les extrémités libres ou extérieures furent, à leur tour, passées respectivement par chacun des trous latéraux. Après avoir sectionné l'anse médiane à l'intérieur de la bouche, nous eûmes deux anses métalliques dont les extrémités libres flottaient dans la bouche.

C

Ces dispositions préliminaires une fois prises, la muqueuse gingivale fut incisée au bistouri et la section osseuse fut pratiquée à l'aide du maillet et du ciseau à froid, dirigé suivant une ligne oblique, allant du bord interne de l'incisive latérale droite au trou palatin antérieur, en ménageant autant que possible, la muqueuse palatine.

Après cette section, l'os incisif se trouvait libéré latéralement, mais il tenait encore en haut par la soudure du vomer et de l'épine nasale. Celle-ci fut dépouillée de sa muqueuse, puis sectionnée à l'aide du maillet et du ciseau dirigé horizontalement d'avant en arrière et parallèlement au plancher des fosses nasales.

Dès lors, l'os incisif n'était plus maintenu que par les parties molles. Aussi fut-il très facile de le refouler d'avant en arrière, de façon à lui faire combler la fissure congénitale dont les rebords muqueux avaient été préalablement avivés aux ciseaux courbés.

Les deux sections osseuses et le refoulement s'exécutèrent sans ébranler une seule dent, et l'arcade dentaire se trouva ainsi reconstituée sans autre brèche que celle qui résultait de l'absence de l'incisive latérale gauche.

Pour fixer l'os incisif dans sa nouvelle position il nous suffit de tordre l'une sur l'autre les extrémités libres des anses de fil d'argent, préalablement passées dans la bouche, et de les sectionner au ras de la muqueuse.

D

La brèche osseuse se trouvait ainsi réparée. Il ne nous restait plus à traiter que la fissure des parties molles. Pour cela, le procédé de Mirault nous parut le plus avantageux. Un lambeau bien nourri fut donc taillé aux dépens du bord interne de la fissure, puis rabattu et suturé par six points au crin de Florence sur le bord externe préalablement avivé.

Pansement : Gaze chiffonnée, bandage modérément serré.

Alimentation exclusivement liquide administrée au biberon.

Les suites opératoires furent aussi simples que possible.

Il y eut, le premier jour, un léger mouvement fébrile qui se dissipa dès le lendemain.

Le sixième jour, la réunion était complète et les crins de Florence purent être enlevés.

Pendant quinze jours on surveilla la cicatrisation et on assura l'asepsie de la bouche à l'aide de lavages boriqués.

Au quinzième jour, la jeune fille put rentrer chez elle, la réunion de la lèvre supérieure était complète. La consolidation de la fissure osseuse était en bonne voie sous la protection des gencives dont les plaies opératoires étaient déjà cicatrisées.

Les fils métalliques, toujours parfaitement tolérés, furent laissés en place pendant sept semaines, après lesquelles ils furent retirés.

Au point de vue fonctionnel, le résultat définitif est excellent. La voûte palatine ne présente plus de brèche. L'arcade dentaire est solidement reconstituée. La mastication se fait sans douleur.

La lèvre supérieure est suffisamment réparée pour permettre l'action de siffler.

Au point de vue esthétique l'aile du nez reste aplatie et l'arcade dentaire manque de régularité par suite de

la saillie de l'incisive médiane gauche tordue, comme nous l'avons dit, dans son alvéole.

Ces deux difformités ne sont pas irréparables et pourraient être corrigées dans une large mesure. Mais la jeune fille ne veut plus entendre parler d'interventions complémentaires et, à chaque nouvelle proposition, elle répond : « Je suis assez belle comme ça ».

PATHOGÉNIE.

Au point de vue embryologique, l'observation ci-dessus paraît présenter un certain intérêt.

On sait, en effet, que de nombreuses discussions se sont élevées sur la constitution, les connexions et la formation de l'os intermaxillaire et, consécutivement, sur le siège exact de la fissure alvéolaire dans le bec de lièvre compliqué.

Pour l'intelligence de ces discussions, il est nécessaire de rappeler les quelques notions d'embryologie qui vont suivre :

Si l'on étudie avec attention une figure représentant un embryon de 35 jours, on remarque, au pourtour de ce qui doit devenir la bouche, les parties suivantes :

1° En haut, et sur la ligne médiane, un bourgeon fortement échancré et divisé par cette échancrure en deux bourgeons secondaires, auxquels on a donné le nom de bourgeons nasaux internes.

2° De chaque côté, en dehors et au-dessous du bourgeon médian, un bourgeon latéral appelé bourgeon maxillaire supérieur et qui est surmonté d'un bourgeon plus petit qui limite en dehors la fossette olfactive et que les embryologistes désignent sous le nom de bourgeon nasal externe.

3° Au dessus de l'orifice buccal deux bourgeons déjà réunis sur la ligne médiane et appelés bourgeons maxillaires inférieurs.

De ces diverses parties nous ne retiendrons que celles qui doivent, dans les plans superficiels, fermer la narine en bas et constituer la lèvre supérieure; dans les plans

profonds, constituer l'os intermaxillaire et les maxillaires supérieurs.

Ces parties sont : les bourgeons nasaux internes, les bourgeons nasaux externes et les bourgeons maxillaires supérieurs.

a) Dès le 40^e jour, les deux bourgeons nasaux internes sont réunis sur la ligne médiane et ne forment plus qu'un seul bourgeon médian, auquel on attribuait exclusivement, jusqu'en 1879, la genèse de toute la partie de la lèvre supérieure correspondant aux quatre incisives.

Les partisans de cette théorie, parmi lesquels Coste, Kolliker fils, Langenbeck, prétendaient que, de chaque côté, le bourgeon nasal externe s'unissait directement au bourgeon maxillaire supérieur, en passant au-dessus du bourgeon nasal interne dont le rôle aurait consisté simplement à constituer l'aile du nez.

Albrecht s'éleva contre cette théorie en 1879 et soutint que le bourgeon nasal externe s'insinuait entre le bourgeon nasal interne et le bourgeon maxillaire supérieur pour constituer la lèvre supérieure qui résulterait ainsi de la coalescence de trois bourgeons symétriques de chaque côté : nasal interne, nasal externe, maxillaire supérieur.

b) Dans la profondeur, le bourgeon maxillaire supérieur forme le corps du maxillaire supérieur, y compris l'alvéole de la canine.

L'espace qui sépare l'alvéole de la canine du côté droit de l'alvéole de la canine du côté gauche sera comblé par l'os intermaxillaire.

D'après l'ancienne théorie, l'os intermaxillaire ne serait formé que par deux parties symétriques, une droite et une gauche, portant chacune deux incisives. Enfin, l'os intermaxillaire dans sa totalité (c'est-à-dire tout le massif osseux qui porte les incisives) proviendrait exclusivement du bourgeon médian et de ses deux bourgeons secondaires réunis sur la ligne médiane et soudés directement en dehors aux bourgeons maxillaires supérieurs. En raison de ce mode de développement, il n'existerait, de chaque côté et en dehors de la ligne médiane, qu'une seule fente fœtale, celle qui correspond à la soudure du

bourgeon nasal interne avec le bourgeon maxillaire supérieur.

En appliquant ces idées à la formation du bec de lièvre, selon la conception de Gœthe, les partisans de l'ancienne théorie arrivaient à conclure que, dans le bec de lièvre unilatéral, la fissure alvéolaire passait entre l'incisive latérale et la canine et que, dans le bec de lièvre bilatéral, les fissures alvéolaires isolaient la portion osseuse qui porte les quatre incisives et qui a été appelée, pour cette raison, os incisif.

Ici encore les idées d'Albrecht sont en opposition avec l'ancienne théorie.

D'après ses recherches il existe, en réalité, quatre os intermaxillaires, c'est-à-dire deux de chaque côté de la ligne médiane. L'interne (endognathion) s'unit, sur la ligne médiane, avec son congénère du côté opposé pour former la portion osseuse qui répond aux deux incisives médianes. L'externe (mésognathion) s'unit en dedans avec le précédent, et en dehors avec le maxillaire supérieur (exognathion). Il répond à l'alvéole de l'incisive latérale.

Schématiquement l'intermaxillaire interne proviendrait du bourgeon nasal interne, tandis que l'intermaxillaire externe proviendrait du bourgeon nasal externe. De cette façon, en outre de la fente fœtale signalée entre l'intermaxillaire et le maxillaire supérieur, il en existerait une seconde qui scinderait en deux parties chaque moitié de l'intermaxillaire et qui séparerait ainsi l'intermaxillaire interne de l'intermaxillaire externe. Cette deuxième fente correspondrait, par conséquent, à l'interstice de l'incisive médiane et de l'incisive latérale.

Enfin, si l'on veut expliquer, par ces données, le développement du bec de lièvre compliqué, la fissure osseuse passerait entre l'incisive médiane et l'incisive latérale quand elle est unilatérale, et elle isolerait seulement la portion osseuse qui supporte les deux incisives médianes quand elle bilatérale.

Les recherches d'Albrecht ont été reprises, en France, par plusieurs anatomistes et surtout par A. Broca qui présenta, en 1887, à la Société Anatomique, un important mémoire sur le siège exact de la fissure alvéolaire dans le bec de lièvre compliqué.

Ce mémoire comporte l'analyse de deux observations personnelles et l'examen minutieux du système dentaire de cinq crânes avec becs de lièvre osseux déposés au laboratoire d'anthropologie et à l'école des hautes études.

De l'examen de ces sept cas Broca a tiré les conclusions suivantes : « 1° le bec de lièvre complexe vulgaire sépare l'incisive médiane de l'incisive latérale ; 2° quand il est bordé par la canine et par une incisive, généralement l'incisive latérale manque et l'incisive médiane est celle qui borde le second côté de la fissure ».

Si l'on veut bien se reporter à la description que nous avons donnée plus haut, on verra sans peine que la deuxième conclusion de Broca s'applique parfaitement au bec de lièvre de notre opérée. La fissure unilatérale gauche est bordée en dehors par la canine et en dedans par l'incisive médiane gauche. L'incisive latérale gauche manque et il n'existe aucune trace apparente de son alvéole.

Du côté droit l'incisive latérale est à sa place et continue régulièrement la courbe du maxillaire supérieur. Ce n'est qu'en dedans d'elle que le rebord alvéolaire commence à se dévier. La portion déviée est donc limitée à droite par l'interstice qui sépare l'incisive médiane de l'incisive latérale, et à gauche par le bord gauche de l'incisive médiane gauche et de son alvéole.

Autrement dit, la portion déviée est exclusivement celle qui supporte les deux incisives médianes. Il existe donc, de ce fait, un tubercule médian, à deux incisives, tordu sur lui-même. La théorie d'Albrecht se trouve ainsi pleinement confirmée en ce qui concerne l'indépendance de l'intermaxillaire interne vis à vis de l'intermaxillaire externe.

En est-il de même pour le rôle attribué par le même auteur au bourgeon nasal externe ?

Nous rappellerons que, d'après Albrecht, le bourgeon nasal externe fermerait la narine par en bas et constituerait, en outre, l'intermaxillaire externe (y compris le germe de l'incisive latérale) et la partie correspondante de la lèvre supérieure.

Or, ces diverses dépendances du bourgeon nasal

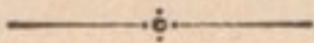
externe sont toutes insuffisantes, sinon absentes, dans le cas de la jeune M. F...

En effet, la narine gauche restait ouverte par en bas. Si l'on compare le premier schéma, cité plus haut, avec le deuxième on verra sans peine que la fissure alvéolo-palatine résultait de l'absence du mésognathion ou intermaxillaire externe. L'incisive latérale manquait et il n'y avait pas d'apparence qu'elle eût jamais existé.

A la fissure osseuse correspondait, sur la moitié gauche de la lèvre supérieure une brèche qui ne laissait subsister que les segments attribués, l'interne au bourgeon nasal interne, et l'externe au bourgeon maxillaire supérieur.

Dans de semblables conditions, n'est-il pas permis de penser que les fissures osseuses et cutanées du bec de lièvre de la jeune M. F... résultaient de l'arrêt de développement du bourgeon nasal externe ?

Cette hypothèse a été émise, par Broca, comme septième conclusion de son mémoire de 1887. Le cas que nous venons d'analyser longuement confirme pleinement cette manière de voir.



RECHERCHES EXPÉRIMENTALES
sur les
DÉFORMATIONS PARALYTIQUES de la HANCHE
et la
PATHOGÉNIE DES LUXATIONS PARALYTIQUES

Par M. de GAULÉJAC

Dans les derniers mois de l'année 1899, M. le professeur agrégé Nové-Josserand ayant appelé notre attention sur certains troubles articulaires de la hanche qui surviennent chez les jeunes enfants, au cours de la paralysie spinale infantile, nous avons voulu rechercher la relation qui pouvait exister entre les amyotrophies de la hanche et ces affections articulaires, en demandant à une expérimentation, minutieusement conduite, des preuves irrécusables de l'existence des luxations myopathique, quelques éclaircissements sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de la « hanche paralytique » décrite par Reclus en 1878, mais qui depuis a donné naissance à tant de discussions subtiles, à tant d'hypothèses contradictoires.

Nous avons cherché, avant tout, à reproduire, chez de jeunes animaux, les deux types cliniques de *hanche paralytique* que l'on rencontre habituellement chez le jeune enfant: 1° La hanche paralytique avec amyotro-

phies partielles et rétractions musculaires; 2° la hanche paralytique complète avec dégénérescence totale de tous les groupes musculaires, sans retractions musculaires, ni déformations consécutives.

Dans une première série d'expériences, nous sommes intervenu sur de jeunes lapins âgés de deux mois, chez lesquels nous pratiquâmes, en janvier, 1900 des myotomies intéressant les groupes des fessiers et des pelvi-trochantériens.

Quatorze sujet, sur vingt, survécurent à notre intervention et nous permirent de suivre pas à pas toute l'évolution d'une lésion articulaire d'origine purement musculaire, puisque, grâce à des soins minutieux, rien ne put nous révéler, chez ces animaux, pendant une période de 6 mois, la moindre trace d'infection locale ou générale. Les groupes musculaires, respectés au cours de l'intervention, se rétractèrent très tôt et provoquèrent des déformations multiples du membre inférieur, analogues à celles que nous observons tous les jours chez nos petits paralytiques: genu valgum, pied bot, varus équin, etc.

En août 1900 nous sacrifiâmes ces quatorze sujets, et nous pûmes observer, chez tous, des lésions très manifestes de l'articulation de la hanche.

Ces troubles articulaires nous avons pu les ramener à quatre types anatomo-pathologiques bien distincts.

Dans le premier type, le cotyle articulaire du côté paralytique nous offre un simple évasement portant surtout sur le diamètre antéro-postérieur de la cavité articulaire, qui surpasse de plusieurs millimètres celui du cotyle sain. Le sourcil cotyloïdien s'est légèrement épaissi au niveau de toute sa portion postérieure.

La tête articulaire du fémur, encore dans le cotyle, a simplement subi un léger déplacement; elle repose surtout sur la partie postérieure de la cavité et s'y trouve maintenue par la rétraction des groupes musculaires antérieurs qui subissent déjà le contre-coup de la lésion paralytique, étant le siège d'une dégénérescence fibreuse très manifeste. Le ligament rond est très étiré et diminué de volume.

La capsule fibreuse s'est épaissie, condensée sur toute

son étendue. Elle dépasse en épaisseur de plusieurs millimètres la capsule articulaire du côté sain.

Dans un deuxième type, les déformations du squelette sont encore peu marquées. Non seulement la cavité articulaire s'est évasée, mais ses rebords se sont fortement épaissis, au niveau des insertions de la capsule. Ces derniers sont le siège d'une ostéite condensante, développée surtout aux dépens de la portion de l'os coxal juxta-articulaire ; ils sont devenus très irréguliers et sensiblement plus élevés que ceux du cotyle opposé ; ils ont augmenté légèrement la profondeur de la cavité articulaire.

La tête du fémur est déplacée dans son cotyle ; en son point de contact avec la surface du cotyle, le cartilage d'encastrement paraît modifié ; il présente de petites taches rosées disséminées d'une façon très irrégulière, aux bords dentelés et très finement estompés.

Le grand trochanter, attiré en avant par une rétraction musculaire considérable, a effectué une rotation de 20°, à tel point que son bord antérieur vient s'appuyer contre l'os coxal, en avant du cotyle, où s'est développée une bourse séreuse, sans communication avec la synoviale articulaire. La partie épiphysaire du fémur qui se trouve ainsi en rapport avec le bassin, présente une légère saillie très lisse, témoignant d'une légère excitation ostéo-périostique à ce niveau.

Remarquons déjà, dans ces deux premiers types, que le déplacement intra-cotyloïdien de la tête fémorale n'est que la conséquence de la migration beaucoup plus considérable qu'effectue le grand trochanter. C'est, en effet, ce dernier qui, sollicité par l'action des groupes musculaires rétractés, se déplace dans un plan sensiblement horizontal et suivant un arc de cercle dont le rayon serait représenté par l'axe du col du fémur et le centre par celui du cotyle. La déformation de la surface articulaire de ce dernier n'est que le résultat d'une pression anormale et constante qu'exerce sur un point fixe la tête fémorale. Nous retrouvons, d'ailleurs, la preuve de ce fait dans le 3^e type. Ici, le grand trochanter, attiré en avant par une rétraction considérable des groupes musculaires antagonistes, a provoqué une légère subluxation en arrière de la tête fémorale. L'évasement du cotyle est

encore des plus accentués; son rebord a presque quintuplé d'épaisseur. L'ostéite condensante, galopant toujours, commence à combler le cotyle. La tête du fémur et toute l'épiphyse supérieure de cet os sont également le siège de déformations caractéristiques. La tête articulaire, soutenue par un col filiforme, est aplatie en tampon et a doublé sa surface. Dès ostéophytes se sont développés sur le grand trochanter, dont les bords sont devenus très irréguliers et apparaissent dentelés dans toute leur étendue.

Le ligament rond n'existe plus. La capsule articulaire est toujours le siège d'une hypergenèse active de tissus fibreux qui décuple son volume.

L'atrophie s'est enfin généralisée à toute la musculature péri-articulaire, qui n'offre plus que quelques faisceaux à moitié dégénérés et fortement retractés. Ces retractions sont telles que l'ischion s'est éversé en avant formant un angle droit avec l'axe longitudinal de l'os coxal. Ce dernier présente un raccourcissement de 1 centimètre, mais l'ostéite condensante dont il a été le siège, a augmenté son poids de 80 décigrammes.

Le *quatrième* type nous présente enfin la lésion myopathique articulaire à sa dernière étape. Ici le cotyle a entièrement disparu. A sa place s'est substitué un massif osseux, témoignage toujours manifeste d'une hypergenèse osseuse antérieure. La tête du fémur, extrêmement déformée, roule sur cette éminence très aplatie et très lisse à son sommet. La capsule articulaire a subi une légère extension, mais celle-ci paraît être plutôt le fait d'une hypergenèse active de ses éléments anatomiques, que celui de la pesanteur ou d'une cause physique quelconque.

Dans une deuxième série d'expériences, nous avons pratiqué sur de jeunes cobayes la résection totale des nerfs crural et grand sciatique, ainsi que de tous les filets nerveux se distribuant aux muscles fessiers. Sur les sujets trois ont survécu et ces derniers, au bout de quelques mois, nous ont offert tout le type d'une paralysie flasque intéressant le membre inférieur dans toute son étendue. Chez ces trois sujets, nous n'avons pas trouvé de déformations, ni du squelette, ni des ligaments fibreux. Ceux-ci n'offraient qu'une laxité extrême, qui permettait la luxation complète de la tête fémorale.

D'après ces recherches, nous nous croyons autorisé à conclure qu'aux deux types cliniques de la *hanche paralytique* correspondent deux types *anatomo-pathologiques* bien distincts.

1^o Dans toute *paralysie partielle avec rétractions musculaires*, la luxation coxo-fémorale est préparée par des déformations du squelette dont l'évolution ultime aboutit à la disparition du cotyle coxal. Les ligaments capsulaires, dans ce cas, ne subissent pas une élongation passive, comme on l'a toujours cru ; ils sont, au contraire, de concert avec les surfaces osseuses, le siège d'une hypergénèse active des éléments anatomiques.

2^o Dans toute *paralysie flasque totale*, la luxation coxo-fémorale n'est préparée par aucune déformation ; elle n'est rendue possible que par un relâchement passif de tous les tissus péri-articulaires subissant le contre-coup de la lésion médullaire. C'est une *luxation par relâchement ligamenteux*.



FIG. I. — PREMIÈRE ÉTAPE.

Des déformations osseuses. Évasement du cotyle gauche chez un lapin de 8 mois.



FIG. II. — DEUXIÈME ÉTAPE

Évasement du cotyle gauche, dont les bords se sont déjà épaissis d'une zone d'ostéite condensante chez un lapin de 8 mois 20 jours. Légère éversion de l'ischion.

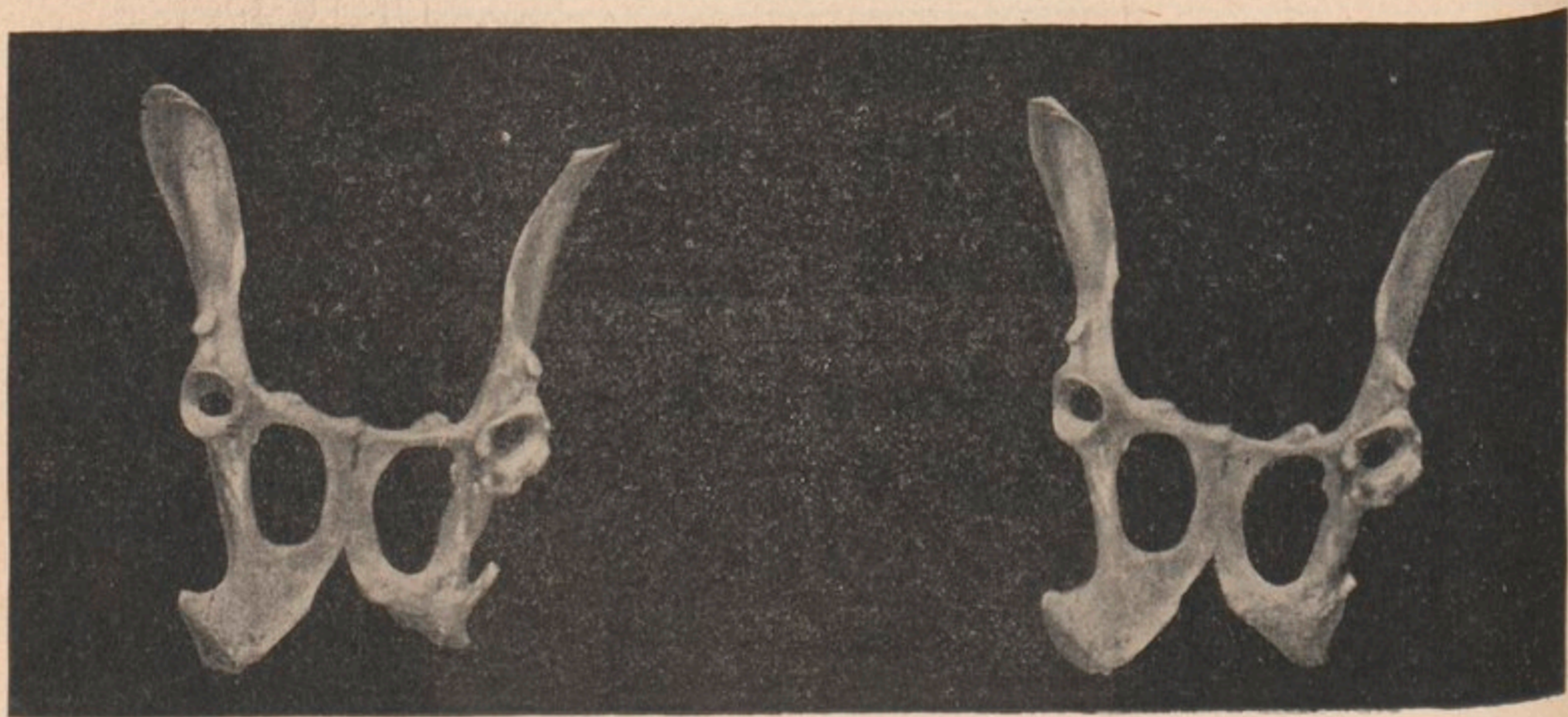


FIG. III. — TROISIÈME ÉTAPE

Hypergénèse osseuse considérable. Éversion totale en avant de l'ischion. Commencement de disparition de la cavité articulaire chez un lapin de 9 mois 15 jours.



FIG. IV. — QUATRIÈME ÉTAPE.

Disparition complète de la cavité articulaire. Épaississement considérable de la capsule articulaire chez un lapin de 10 mois 15 jours.

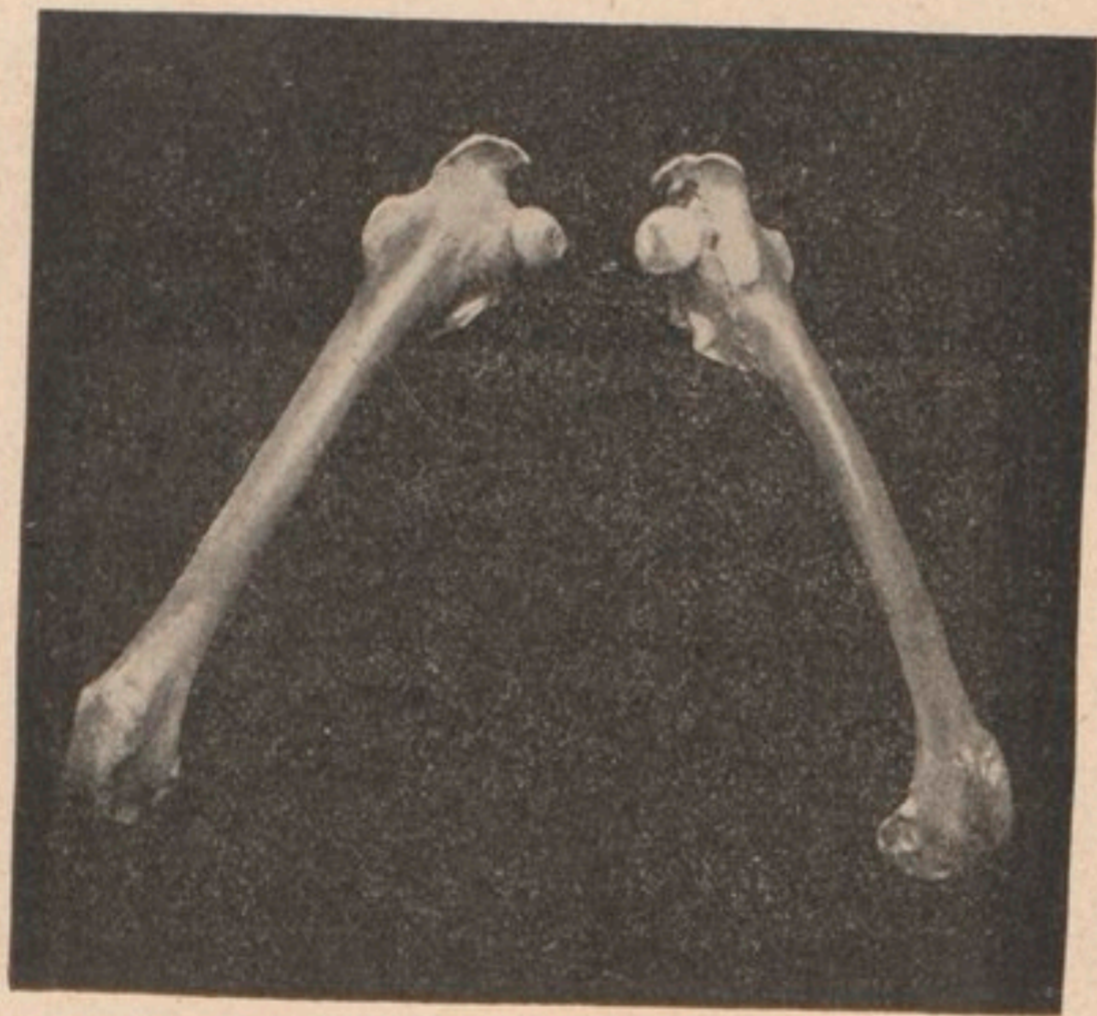


FIG. V

Déformation du fémur gauche. Tête aplatie en tampon, soutenue par un col fœleforme. Crêtes osseuses développées aux points d'insertion des muscles rétractés.

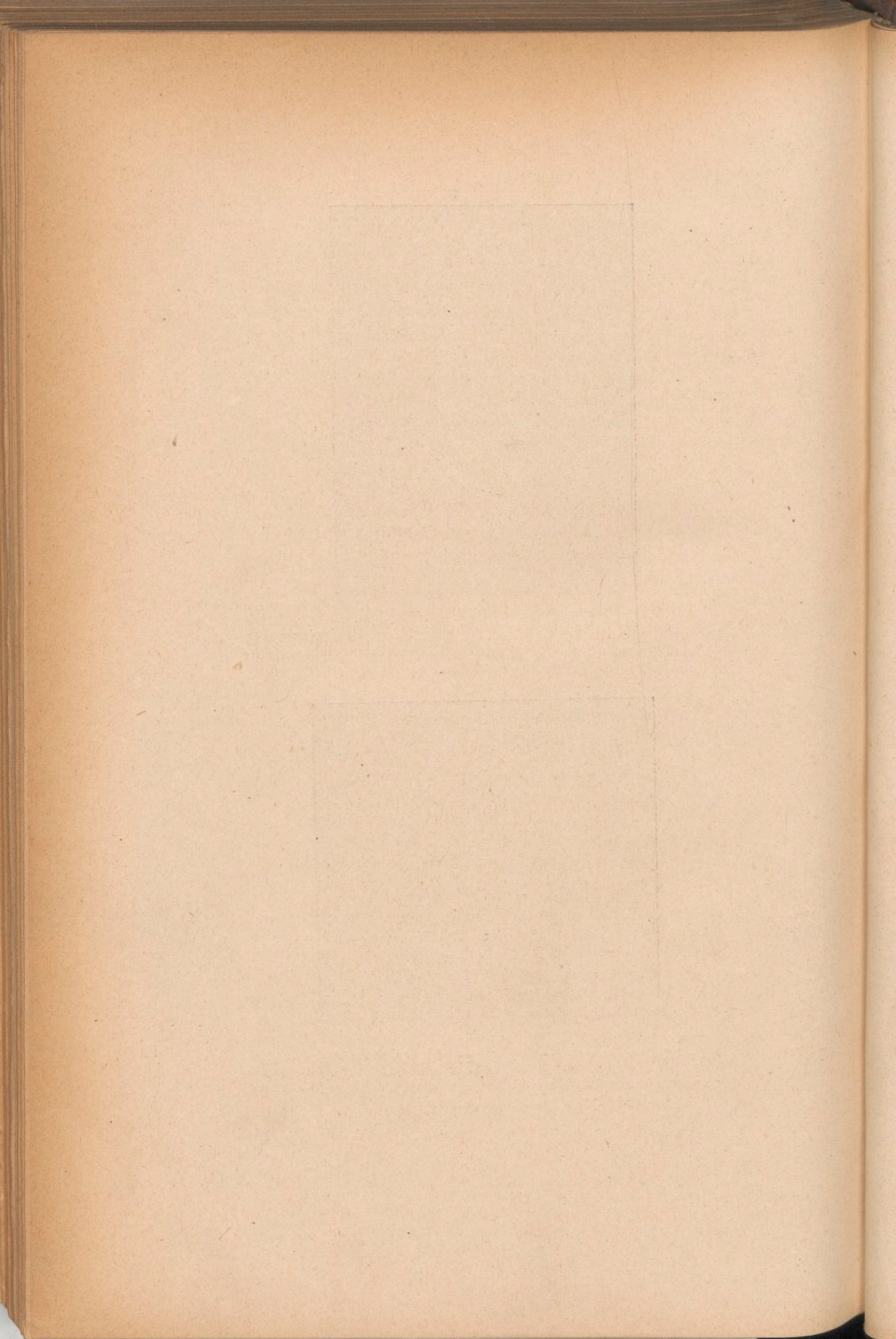


TABLE DES MATIÈRES

Table alphabétique par noms d'auteurs des Travaux de la Société pendant l'année 1900-1901

	Pages
ALBERTIN. Symphyse staphylo-pharyngée, 39, 54 et	57
Discussion Rochet, Albertin.....	39
— Ruotte, Horand, Jaboulay, Aubert, Vallas.....	60
— Endothéliome encéphaloïde du méso-côlon....	281
Discussion Vallas, Sabatier, Albertin, Fochier	285
BATUT. Mucocele frontale droite.	35
— Varices lymphatiques du cordon et filariose..	36
— Ostéome du brachial antérieur.....	224
Discussion Vallas, Chandelux, Claudot.....	224
— Invagination aiguë et tuberculose intestinale.	268
Discussion Claudot, Jacob, Jaboulay, Batut.	271
— Fistules et kystes sous-hyoïdiens congénitaux	275
Discussion Nové-Josserand, Jaboulay, Fochier, Gangolphe, Batut.....	277
Résection du coude.....	302
BÉRARD. Appendicite avec péritonite suppurée diffuse, drainage, guérison.....	78
Discussion Fochier, Jaboulay, Goullioud, Chandelux, Vallas.....	81
— Plaie de poitrine par canne à épée.....	142
Discussion Claudot, Batut.....	144
— Pseudarthrose du fémur, suture osseuse.....	189
— Cancer de l'ovaire, torsion du pédicule.....	195

	Pages
BÉRARD. Hydronéphrose fermée dans un rein en ectopie lombo-iliaque, néphrectomie.....	239
Discussion Chandelux, Gayet, Bérard. —	
— Fracture pathologique du fémur.....	308
— Plaie du cœur.....	313
CLAUDOT. Cure radicale de hernie suivie de broncho pneumonie mortelle.....	145
Discussion Ruotte, Vallas, Goullioud, Jaboulay, Condamin, Gayet, Claudot.....	151
— Nové-Josserand, Ruotte.....	155
CONDAMIN. Kystes de l'ovaire et grossesse.....	8
Discussion Fochier.....	13
— Goullioud, Condamin.....	15
— Note sur deux cas de dégénérescence maligne, développée dans le moignon cervical après hystérectomie sub-totale pour fibrome.....	40
Discussion Goullioud, Gangolphe, Fochier, Condamin.....	41
DURAND. Un cas de poche diverticulaire congénitale de l'urèthre pénien.....	23
— Coxa vara.....	35
— Arthropathie nerveuse au cours d'une lésion des racines du plexus brachial.....	164
— Accident grave du traitement médical de l'appendicite : gelure de la paroi abdominale.....	215 258
Discussion Jaboulay.....	218
— Etranglement intestinal dans le collet d'une éventration post-opératoire de la ligne blanche.....	227
Discussion Jaboulay, Goullioud.....	232
— Observations de traumatismes tibio-tarsiens.....	259
Discussion Claudot, Vallas, Fochier, Durand.....	264
— Fracture ancienne de la rotule, restauration par le procédé Vallas.....	286
DEBRIE. Bec de lièvre complexe.....	223
DOR. Renversement temporaire de la cornée.....	17
ÉLECTION d'un vice-président et de 2 secrétaires.....	282
— d'un membre titulaire.....	313

	Pag
ÉLECTION d'un membre correspondant	313
FOCHIER. Développement sous-péritonéal de l'hydronéphrose.....	1
Discussion Villard, Condamin, Fochier, Durand	6
— Discours prononcé sur la tombe de M. Ollier.	14
— Défaut de développement congénital d'un fémur.....	17
— Sur une conséquence éloignée des ligatures après l'hystérectomie abdominale totale....	27
Discussion Condamin, Claudot, Gayet, Villard, Durand, Fochier, Vallas.....	28, 30
— Hystérectomie sub-totale pour kystes annexiels inflammatoires.....	83
Discussion Condamin, Vallas, Villard, Goullioud, Jaboulay.....	88
— Hystérectomie abdominale totale.....	89
— Deux cas d'hystérectomie.....	291
GANGOLPHE. Ostéo-arthropathie nerveuse.....	38
Discussion Fochier, Gangolphe	39
— Hystérectomie abdominale pour fibrome.....	45
— Enorme kyste ovarique.....	51
— Hystéro-traumatisme.....	64
— Résection du trépied orbitaire.....	97, 116
Discussion Gayet, Albertin, Fochier, Gangolphe.....	107
— Orthopédie et sections nerveuses.....	126
Discussion Vallas, Ruotte, Nové-Josserand..	127
— Gangrène des corps caverneux, autoplastie...	128
Discussion Fochier, Gangolphe.....	130
— Les arthropathies syringomyéliques	172
— Grossesse extra-utérine.....	199
— Pyohémie, guérison.....	237
— Rapport sur la candidature de M. Rigal.....	279
— Deux cas de chirurgie des voies biliaires...292,	301
GAYET. Staphylome de la cornée guéri par le renversement temporaire de la cornée, ou opération de Gayet.....	15
— Brulûres de la face, cicatrices vicieuses.....	16
Discussion Martin.....	16
— Angiome de l'orbite.....	91

	Pages
Discussion Fochier, Gayet	92
GAYET. Un cas de lèpre chez une femme de l'Ardèche.....	133
Discussion Horand, Bérard, Gayet, Claudot.	141
— Vallas, Gayet, Horand.....	154
— Anévrysme artériose-veineux de l'orbite..281,	301
GOULLIOUD. Varices lymphatique du pli de l'aîne	47
— Discussion Condamin, Rochet, Goullioud...	50
— Entérocele vaginale postérieure.....	117
Discussion Condamin, Vallas, Durand, Fochier Goullioud.....	122
— Hystérectomie abdominale pour cancer du col	161
— Entérectomie pour cancer du gros intestin...	292
JABOULAY. Malformation congénitale des deux membres supérieurs transmise de la mère à son enfant.....	68
— Myxome du maxillaire inférieur; quelques points de technique opératoire pour la résection de cet os.....	70
Discussion Nové-Josserand, Jaboulay.....	70
— Injection de vaseline sous la peau pour modi- fier la forme d'un nez effondré.....	71
— Luxation et fracture du coude.....	192
Discussion Vallas, Durand.....	194
— Grossesse tubaire, extirpation par voie vaginale	24
Discussion Goullioud.....113,	220
— Drainage aux tubes des péritonites.....	232
Discussion Condamin, Goullioud, Jaboulay..	253
— Hystérectomie abdominale sous-péritonéale..	279
Discussion Fochier, Jaboulay.....	229
— Kyste du pancréas.....	303
Discussion Vallas, Chandelux, Jaboulay.....	308
— Empyème gangréneux à migration insolite dans la paroi abdominale.....	316
Discussion Fochier, Jaboulay, Vallas.....	317
— Hystérectomie abdominale sous-péritonéale..	325
JACOB. Fracture isolée de la base du 3 ^e méta- carpien.....200,	218
Discussion Jaboulay, Gangolphe, Albertin, Batut, Jacob.....	203

	Pages
JACOB. Fracture de la tête du radius et luxation du coude.....	208
Discussion Gangolphe, Ruotte, Jaboulay, Jacob.....	209
— Fracture de l'extrémité supérieure du 1 ^{er} métacarpien.....	219
— Hernie épigastrique, fibrome du ligament falciforme.....	225
— Traitement des luxations anciennes de la hanche.....	301
Discussion Chandelux, Jacob.....	302
— Inoculation de la tuberculose.....	310
MARTIN. Larynx artificiel permettant la phonation après laryngectomie totale.....	313
NOVÉ-JOSSERAND. Rapport sur un mémoire de M. de Gaulejac.....	7
Discussion Fochier, Condamin, Nové-Josserand.....	7
— Lympho-sarcome opéré chez une enfant de 2 ans.....	60
Discussion Villard, Gangolphe, Fochier.....	63
— Ostéomyélite de l'humérus et du tibia, section du radial par un séquestre, suture nerveuse, guérison.....	92
Discussion Gangolphe, Durand, Villard, Fochier, Ruotte, Goullioud, Rochet.	94
— Goullioud, Nové-Josserand, Albertin.....	36
— Ruotte.....	109
— Cure de l'extrophie vésicale par le procédé de Maydl.....	160
— Cinquante cas de luxations congénitales de la hanche traités par la méthode de Lorenz...	217
— Rapport sur la candidature de M. Debrie.....	257
RUOTTE. Fracture de la rotule, suture.....	68
Discussion Vallas.....	69
— Suture nerveuse.....	109
— Ostéome du brachial antérieur.....	218
Discussion Batut.....	218

	Pages
ROCHET. La méthode de Bottini dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.....	30
Discussion Gayet, Vallas, Fochier, Rochet...	33
— Empalement d'un enfant, calcul vésical secondaire, lithotritie, guérison.....	74
Discussion Fochier, Goullioud, Tixier, Vallas, Batut, Jaboulay.....	74
— Dédoublement de la rotule dans la cure des ruptures anciennes du tendon tricipital	221
Discussion Vallas.....	223
— Tumeur de l'S iliaque, entérectomie.....	254
ROLLET. Cataracte et dacryo-cystite.....	235
Discussion Vallas, Rollet.....	237
SABATIER. Malade opérée il y a treize ans d'un sarcome sous-maxillaire.....	
SIRAUD. Gastrotomie pour corps étranger de l'estomac formé par agglutination d'une quantité considérable de cheveux de femme.....	273
Discussion Gangolphe, Claudot, Jaboulay, Bérard, Durand, Siraud.....	276
VALLAS. Brièveté acquise des fléchisseurs des doigts.....	67, 76 153
Discussion Jaboulay, Nové-Josserand, Vallas, Gangolphe.....	67
— Fochier.....	77
— Kyste gazeux de l'intestin.....	109
— Cure radicale des hernies crurales.....	157
Discussion Ruotte, Goullioud, Durand, Gangolphe, Vallas.....	158
— Abus des pansements humides et des bains répétés dans les lésions infectieuses des membres.....	169
Discussion Ruotte, Condamin.....	171
— Hystérectomie par le procédé américain.....	310
— Fractures multiples de la face par coup de feu, restaurations complexes.....	318
VILLARD. Phlébite du membre inférieur gauche et appendicite.....	19
Discussion Siraud, Batut, Fochier.....	22



Mémoires présentés à la Société

	Pages
JACOB. Traitement des luxations traumatiques et irréductibles de la hanche en arrière.....	329
RIGAL. Plaie pénétrante de poitrine par coup de fleuret, pleuro-pneumonie, fistule persistante, pneumonie	343
DEBRIE. Bec de lièvre congénital, compliqué de fissure alvéolo-palatine avec saillie et torsion des os intermaxillaires internes.....	351
DE GAULEJAC. Recherches expérimentales sur les déformations paralytiques de la hanche et la pathogénie des luxations paralytiques	363

Les Secrétaires : Dr DURAND.
Dr NOVÉ-JOSSERAND.

Le Gérant : Dr VALLAS.

Imp. P. LEGENDRE et C^{le}, Lyon.





