

137691

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

PARAIT TOUS LES MOIS

SOMMAIRE

- Séance du 5 janvier.* — M. GOULLIoud : Fracture bimalléolaire avec fragment postérieur. — M. PATEL : Perforation d'une vésicule calculuse en péritoine libre. *Discussion* : MM. DESGOUTTES et DELORE. — M. GAYET : Grosse tumeur de l'hypochondre gauche avec hématuries. *Discussion* : MM. DURAND, LERICHE et GAYET..... 53
- Séance du 12 février.* — M. G. COTTE : Torsion d'un kyste de l'ovaire avec torsion axiale de l'utérus. *Discussion* : MM. BÉRARD et GOULLIoud. — M. BÉRARD : Rétrécissement sous-muqueux de l'intestin (probablement tuberculeux) coïncidant avec un fibrome douloureux de la paroi abdominale et simulant une appendicite avec plastron. — M. LERICHE : Sur la technique de la laminectomie et de la radicotomie, d'après dix-sept observations. *Discussion* : MM. VALLAS et LERICHE..... 64
- Séance du 19 février.* — M. TAVERNIER : Fracture de l'extrémité supérieure du fémur. *Discussion* : MM. GANGOLPHE, BÉRARD, TAVERNIER et LERICHE. — M. BÉRARD : Quelques résultats du traitement par le radium des néoplasmes inopérables de l'utérus et du rectum. *Discussion* : M. PATEL. — M. LERICHE : Résultats actuels des sutures nerveuses. *Discussion* : MM. GANGOLPHE, DESGOUTTES, GOULLIoud et LERICHE..... 74
- Séance du 26 février.* — M. G. COTTE : Résultats actuels des sutures nerveuses. *Discussion* : M. BÉRARD. — M. VIGNARD : A propos d'héliothérapie artificielle. *Discussion* : MM. GANGOLPHE et VIGNARD. — M. DESGOUTTES : Rhinoplastie. *Discussion* : MM. PONT, GANGOLPHE et BÉRARD..... 87

ADMINISTRATION, 12, rue de la Barre. — LYON.

Téléphone : 18.61.

Le prix de l'Abonnement est de 5 fr. par an pour la France
et de 8 fr. pour l'Étranger.

— Prix du Numéro : 50 centimes. —

ARTHRITIQUES, BUVEZ A VOS REPAS

CONTREXÉVILLE SOURCE DU **PAVILLON**

Régime des **GOUTTEUX, GRAVELEUX, RHUMATISANTS**

ADOPTÉ PAR L'ASSISTANCE PUBLIQUE

BIOACTYL

Ferment lactique Fournier

CULTURE SÈCHE
en flacons de 60 comprimés
à prendre 6 à 8 par jour

CULTURE LIQUIDE
en boîtes de 10 petits flacons
à prendre 1 par jour

ENTÉRITES — DIARRHÉES

APPENDICITES — DERMATOSES

Laboratoires FOURNIER Frères, 26, Boulevard de l'Hôpital, Paris

CATAPLASME
A
CHALEUR DURABLE

Antiphlogistine

A BASE
DE
GLYCÉRINE

Ech^{ca} : 116, RUE DE LA CONVENTION, PARIS

MANUFACTURE DE SAINT-RÉMY (Calvados)

Maison Edouard et Isidore FROGER

FROGER & GOSSELIN

SUCESSEURS

Fournisseurs des Ministères de la Guerre, de la Marine et des Colonies,
de l'Assistance publique à Paris, des Sociétés de secours aux blessés, des Chemins de fer,
de nombreux Hôpitaux de province, etc., et de plusieurs Gouvernements étrangers.

FABRIQUE SPÉCIALE

DE COTONS, ÉTOUPE, RAMIE, GAZES & TISSUS A PANSEMENT

Aseptiques et Antiseptiques

PANSEMENTS STÉRILISÉS A LA VAPEUR SOUS PRESSION

Etuves GENESTE et HERSGHER, système breveté s.G.D.G.

Antiseptiques préparés par A. PINARD, pharmacien de 1^{re} classe

Dépôt à Lyon : Maison H. DAGAND, 7, rue de la Plâtière. — Téléphone 23-78

Exposition universelle de Paris 1900 : 2 GRANDS PRIX & 1 MÉDAILLE D'OR

Adresse { Postale : FROGER et GOSSELIN, Saint-Rémy (Calvados).
Télégraphique : FROGER, Saint-Rémy-Calvados.
Téléphone n° 6

Séance du 5 février 1914

Présidence de M. VALLAS

FRACTURE BI-MALLÉOLAIRE AVEC FRAGMENT POSTÉRIEUR.

M. GOULLIQUET. — A propos de fracture bi-malléolaire avec troisième fragment ou fragment postérieur, je crois intéressant de vous présenter les radiographies de deux malades que j'ai eu l'occasion de voir, présentant cette lésion.

L'une de ces radiographies représente bien cette lésion, la réduction a été faite quelques heures après l'accident, dans la même matinée; on a ensuite fait une deuxième radiographie sur laquelle vous pourrez voir que la réduction a été complète; on peut dire que le fragment postérieur est relevé au delà du niveau de l'interligne. Ce malade va très bien, et ce résultat répond à la question posée par M. Desgouttes dans la dernière séance. Il y a trois mois que la fracture s'est produite, et cet homme, qui est surveillant dans un pensionnat, peut accompagner les jeunes gens à la promenade de deux à cinq heures, c'est-à-dire faire trois heures de marche consécutives.

L'autre radiographie est relative à un deuxième accident, celui-ci de date récente, puisqu'il s'est produit la veille du jour où M. Desgouttes nous a fait sa communication. J'ai été appelé auprès d'une femme qui, en descendant son escalier, s'est fait une fracture bi-malléolaire avec fragment postérieur et luxation du pied; j'ai pu réduire la luxation sans grandes difficultés et faire un appareil tout à fait provisoire. Le lendemain je l'ai fait venir à l'hôpital, nous avons fait une radiographie, puis un plâtre, et une deuxième radiographie. Vous verrez sur cette deuxième radiographie que la réduction est telle qu'on ne saurait avoir l'idée de faire ni une seconde réduction, ni une intervention sanglante. Je crois que le résultat sera bon, comme dans le cas précédent.

J'ai l'impression que la réduction de ce troisième fragment

n'est pas particulièrement difficile et qu'elle se produit pour ains dire, spontanément, quand on ramène bien le pied en avant, après qu'une première radiographie a montré la lésion, et spécialement la luxation du pied en arrière. Dans ces deux cas en effet, je n'ai fait aucune pression spéciale sur le fragment tibial postérieur.

* * *

PERFORATION D'UNE VÉSICULE CALCULEUSE EN PÉRITOINE LIBRE ; CHOLÉCYSTECTOMIE PRÉCOCE.

M. PATEL. — J'ai l'honneur de vous présenter une vésicule biliaire calculeuse perforée, que j'ai eu l'occasion d'enlever dans des circonstances assez particulières :

Obs. — Il s'agit d'une femme de 49 ans, mariée, sans enfant, qui avait eu une atteinte assez grave de colique hépatique, il y vingt-cinq ans. Depuis cette époque elle avait continué à présenter des troubles gastriques variés, qui n'avaient du reste jamais été très accusés. Cependant depuis quinze jours elle se plaignait davantage de douleurs plus constantes dans l'hypocondre droit. Le docteur Naz, consulté à ce moment, constata une vésicule biliaire, volumineuse, douloureuse, assez tendue, atteignant l'ombilic. La malade fut mise au repos, au régime ; elle fut améliorée, mais conservait une légère température (38° à 38°,6). Elle était couchée, lorsque le 30 janvier 1914, à huit heures du soir, elle ressentit une douleur extrêmement vive et brusque dans l'hypochondre droit, véritable coup de poignard : presque aussitôt la douleur s'étendit dans toute la partie supérieure de l'abdomen, des nausées apparurent, ainsi qu'une oppression et une angoisse pénibles. Le docteur Naz constata aussitôt que la tuméfaction vésiculaire, perçue la veille encore, s'était affaissée et songea à une rupture possible de cet organe. Quatre heures après le début des accidents l'état péritonéal s'était encore aggravé ; la respiration était difficile et superficielle ; la paroi abdominale était immobilisée, dure, résistante à toute palpation et extrêmement douloureuse dans l'hypocondre droit ; la vésicule biliaire n'était pas perçue. Pas de submatité dans les flancs. Le facies présentait la griffe péritonéale très caractérisée ; le pouls était à 110. Le diagnostic de péritonite au début était évident, et devant les constatations faites sur la vésicule biliaire la veille même, l'hypothèse d'une perforation de cet organe était très soutenable.

L'opération fut pratiquée à l'aide du docteur Naz, le 31 janvier 1914,

cinq heures après le début des accidents. Anesthésie générale à l'éther, incision le long du bord externe du grand droit du côté droit ; aussitôt après l'ouverture du péritoine une petite quantité de liquide louche et filant s'échappa de l'abdomen ; la vésicule apparut alors volumineuse, à parois flasques, à moitié remplie par du liquide. En la relevant du côté du thorax, on aperçut sur sa face inférieure, au voisinage du fond, une fissure longue de 1 cent. 1/2 environ, irrégulière, au niveau de laquelle venait sourdre un peu de liquide, surtout si l'on augmentait la pression à l'intérieur de la vésicule, en faisant refluer le liquide à ce niveau. Pour éviter toute nouvelle irruption de liquide, une ponction évacuatrice fut pratiquée. Je me décidai à faire une cholécystectomie. L'incision fut prolongée le long du bord inférieur des fausses côtes, réalisant l'incision type de Mayo ; le foie fut attiré et maintenu à l'extérieur ; le péritoine incisé au voisinage du collet et refoulé, le pédicule fut sectionné et la vésicule enlevée facilement d'arrière en avant. La loge, située entre le foie et le côlon transverse, fut passée à l'éther. Drainage avec un drain, entouré d'une mèche ; fermeture de la paroi.

Les suites opératoires furent des plus simples : il n'y eut aucune réaction péritonéale ; la température tomba dès le lendemain de l'intervention. La malade était guérie complètement douze jours après l'opération.

Examen de la pièce. — La pièce que je vous présente est constituée par la vésicule biliaire dont les parois sont très épaissies et dont le volume est considérablement augmenté. On voit au niveau du fond, sur la face inférieure, une fissure étoilée, de toutes petites dimensions. La séreuse est éraillée et autour de l'orifice il existe une zone d'infiltration hémorragique. A l'intérieur de la vésicule on trouve un gros calcul bloqué dans le collet de la vésicule, du liquide séro-purulent, et, plaqués contre la paroi muqueuse, un assez grand nombre de petits calculs noirâtres sont rencontrés ; quelques-uns d'entre eux sont enchâssés dans les tuniques. L'un d'entre eux se trouve au point correspondant à la perforation. A son niveau, la muqueuse est détruite et une plaque jaunâtre, indice d'un sphacèle débutant, se trouve au-dessous de lui. En somme il s'agit d'un début de perforation, consécutive à une infection de la paroi vésiculaire ; il n'y a aucun doute que quelques heures plus tard, on n'eût été en présence d'un trou véritable qui aurait livré passage au calcul.

Les faits de perforation d'une vésicule lithiasique sont assez rares : Cotte et Arnaud (*Revue de chirurgie*, 1911, t. I, p. 338) en signalent 76 observations dans lesquels le traitement chirurgical a été utilisé.

Il est certain que le diagnostic est souvent difficile ; dans

notre cas deux signes étaient certains : d'une part la notion d'une vésicule volumineuse qui brusquement diminua au point de ne pouvoir être perçue par la palpation ; d'autre part, la présence d'un syndrome péritonéal caractéristique (douleur brusque, ballonnement, immobilisation de la paroi, tachycardie). L'association de ces deux ordres de symptômes est nécessaire pour poser le diagnostic. La diminution brusque de la vésicule peut être le fait d'une hydropisie intermittente. La présence de la réaction péritonéale peut se rencontrer dans les cholécystites aiguës ; c'est ainsi que tout dernièrement j'ai opéré d'urgence à l'infirmerie de porte, une malade qui présentait un état péritonéal des plus graves, et chez laquelle le diagnostic d'ulcère duodénal et stomacal perforé avait été porté ; en réalité il s'agissait d'une cholécystite suppurée, rompue au milieu d'anciennes adhérences ; la cholécystectomie fut pratiquée et la guérison se produisit.

Il est inutile d'insister aujourd'hui sur la gravité de la perforation d'une vésicule biliaire calculeuse, c'est-à-dire fatalement infectée ; sans doute, il y a des degrés dans la virulence du liquide vésiculaire ; mais le fait même de la perforation indique une aggravation du processus pathologique. Sur un total de 34 observations, Erdmann a montré que dans 27 cas non opérés, il y avait eu 27 morts. Aussi la règle de conduite doit-elle être établie d'une façon formelle : c'est l'intervention faite le plus rapidement possible, comme s'il s'agissait d'une perforation du tube digestif.

Au sujet du traitement chirurgical lui-même, la ligne de conduite semble à l'heure actuelle nettement précisée.

La *suture* de la perforation, son oblitération avec des greffes épiploïques constituent des procédés longs, difficiles, aléatoires.

La *cholécystostomie* avec abouchement de la perforation à la peau réalise un excellent procédé qui doit être réservé cependant à quelques cas seulement. En effet, la cholécystostomie laisse persister les parois vésiculaires qui peuvent se perforer à nouveau, et de plus elle n'assure pas une guérison radicale. Elle sera cependant utilisée lorsque l'état général de la malade sera trop faible ou s'il existe de la lithiase des voies principales, avec signes d'infection hépatique.

La *cholécystectomie* représente assurément l'intervention

de choix, surtout dans les lithiases vésiculaires. En tenant compte aujourd'hui des perfectionnements classiques de la chirurgie hépatique (mise en place du coussin lombaire, voie sous-séreuse, ablation d'arrière en avant), on peut dire que l'intervention est simple, rapide et peu dangereuse. En tous cas, elle fournit une guérison radicale et constitue le vrai traitement causal de la péritonite en évolution.

M. DESGOUTTES. — Il y a quatre ans, j'ai eu l'occasion d'opérer à la dix-septième heure une malade qui avait une perforation de la vésicule. Je ne l'avais pas diagnostiquée : j'avais pensé à une appendicite aiguë. J'ai fait l'incision de l'appendicectomie ; l'appendice était sain : j'ai prolongé mon incision et j'ai trouvé la vésicule en voie de perforation, le fond était gangrené. La malade étant très bas, le pouls à 160, je n'ai pas fait de cholécystectomie ; j'ai simplement abouché la perforation à la peau. Les suites ont été très simples, la malade a parfaitement guéri et va actuellement très bien. J'avoue cependant que la cholécystectomie devait être préférable et que la cholécystotomie n'a été qu'un pis-aller.

M. DELORE. — Cette question m'a intéressé depuis l'époque où j'avais avec mon maître Poncet, donné des observations à Bricke (thèse de Lyon, 1900). Mes opérés d'alors avaient tous succombé en raison de la date très tardive de l'opération.

Depuis 1907, deux nouveaux cas se sont présentés dans ma pratique sans aucun calcul. Ils ont encore succombé. L'un avait une perforation depuis quatre jours et l'autre depuis trois jours.

A mon avis, seule l'opération précoce a des chances de succès, surtout lorsque l'état général et local permettent une cholécystectomie.

*
* *

GROSSE TUMEUR DE L'HYPPOCHONDRE GAUCHE AVEC HÉMATURIES. A L'AUTOPSIE : CANCER DU PANCRÉAS ENGLOBANT L'URETÈRE GAUCHE.

M. GAYET. — La difficulté de diagnostiquer exactement l'origine et la nature des grosses tumeurs de l'hypocondre est bien connue de tous les chirurgiens. Les procédés d'investigation les plus complets et les plus perfectionnés arrivent à nous permettre d'approcher de plus près la réalité, mais sans jamais nous donner la certitude. En fin de compte, le dernier mot revient à l'incision exploratrice de l'abdomen, et celle-ci peut

même nous donner des renseignements incomplets. C'est ce qui s'est passé dans l'observation de mon malade, où seule l'autopsie a pu nous fournir la clef de l'énigme.

En clinique, rien n'est instructif comme les erreurs ; c'est pourquoi cette histoire compliquée m'a paru mériter de ne pas rester dans l'oubli.

OBSERVATION — Ch..., âgé de 51 ans, tailleur à Lyon, entre dans mon service de Saint-Pothin le 13 janvier 1914, pour des douleurs de reins et des hématuries.

Comme antécédents héréditaires, rien de particulier. Personnellement, il a un passé pathologique très chargé. A l'âge de 15 ans, fièvres paludéennes prises en Dombes. A 20 ans il paraît avoir eu la syphilis (confirmée par de nombreuses fausses couches de sa femme). A 30 ans l'influenza, qui lui a laissé des migraines fréquentes.

Depuis deux mois il a maigri et perdu l'appétit ; il se plaint de lassitude de plus en plus marquée, avec anorexie, et depuis peu des vomissements. Ceux-ci, peu abondants, surviennent quelques heures après les repas, d'une façon très irrégulière ; ils ont une odeur très prononcée, presque fécaloïde. Le malade y aurait remarqué parfois des aliments de date ancienne (une semaine).

Jamais d'hématémèse ni de mélœna. Il y a un mois, première crise de douleurs aiguës vers le côté gauche de l'abdomen et de la vessie. Il y a dix jours, deuxième crise de douleurs durant deux ou trois heures.

Urines troubles et sanguinolentes avec dépôt sableux.

A l'examen de l'abdomen, on est de suite frappé par l'existence d'une voussure prononcée, en dedans des fausses côtes gauches. Le thorax est élargi de ce côté. A la palpation on perçoit une masse dont les limites peuvent être facilement appréciées : elle atteint la ligne médiane à moitié chemin de l'appendice scaphoïde et de l'ombilic. Elle descend à gauche au-dessous de l'ombilic, à 3 centimètres environ, puis remonte obliquement en dehors vers les fausses côtes, qu'elle atteint vers le cartilage de la 10^e côte. En bas, le bord de la tumeur est un peu tranchant, mais sans incisures. Au-dessus, on trouve un chapelet de nodosités du volume d'une noisette rappelant le toie clouté.

La percussion délimite une zone supérieure et postérieure de matité. En haut, la tumeur ne dépasse pas la 8^e côte, en arrière la matité va jusqu'à 10 centimètres de la colonne vertébrale, et à partir de là il y a une zone sonore très nette. En avant on trouve encore une bande sonore qui traverse en écharpe la tumeur immédiatement au-dessous des fausses côtes.

L'insufflation par le rectum permet de reconnaître dans le flanc gauche, en dehors de la tumeur, tout le côlon iliaque et une partie du côlon ascendant, mais le côlon transverse ne se distend pas.

Par le palper bimanuel le ballottement est assez obscur, mais réel.
Cœur : rien d'anormal. *Poumons* : submatité aux sommets. *Système nerveux* : rien de particulier.

Etat général : malade très amaigri, pas de fièvre. La pâleur semble indiquer de l'anémie et fait penser à un leucémique. Aussi pratique-t-on l'examen du sang :

Globules rouges..... 6 millions par millimètre cube.
 Globules blancs. 12,300 —

Formule leucocytaire :

Mononucléaires.. 2 p. 100
 Polynucléaires.. 71 p. 100

On n'a pas trouvé d'éosinophiles.

L'examen des urines montre un dépôt abondant de fibrine avec quelques globules rouges. Les urines se sont rapidement éclaircies par le repos.

En raison des vomissements on veut éliminer l'hypothèse d'urémie par l'examen du sang :

Az du sang = 0,40 centigr.

Constante d'Ambar : 0,08. Elle est donc à peu près normale.

Cystoscopie. — Capacité vésicale à 160 grammes. Saillie prostatique assez marquée, vessie à colonnes. On place dans l'uretère gauche une sonde opaque et l'on en profite pour faire la radiographie.

Celle-ci indique que le rein n'est pas déplacé, mais ne montre aucun calcul. Il n'y a pas de rétention rénale ; les urines, qui s'écoulent par la sonde urétérale, sont légèrement hématiques. La séparation des urines est faite au moyen d'une sonde dans la vessie pour recueillir les urines du rein droit. L'analyse chimique donne :

	VESSIE (rein droit)		REIN GAUCHE	
	Avant polyurie	Après polyurie	Avant polyurie	Après polyurie
Volume.....	4 cc.	20 cc.	20 cc.	45 cc.
Urée $\text{°}/_{\text{oo}}$	36,48	25,80	8,32	11,52
Chlorure $\text{°}/_{\text{oc}}$	8,77	7,20	3,60	3,86
Sucre (phloridzique)		9,20		1,80

Conclusion. — Rein gauche suffisant, mais fonctionnant moins bien que le droit, dans la proportion de moitié environ.

A l'examen microscopique, pas de microbe d'aucun côté.

Après ces examens multiples, à quel diagnostic pouvait-on songer ?

L'examen du sang, l'absence de bord tanchant avec des in-

cisures, la situation trop élevée et médiane de la tumeur faisaient facilement éliminer la rate comme point de départ de la tumeur.

Il ne s'agissait pas d'une tumeur kystique, la consistance plutôt dure et bosselée n'était pas celle d'un kyste du pancréas, bien que la situation de la tumeur fût exactement celle de ces kystes, comme nous le faisons remarquer aux élèves du service.

L'hématurie nous faisait penser à une tumeur du rein, bien qu'elle fût peu abondante, pour un néoplasme de pareil volume. Malgré l'absence de varicocèle, nous dûmes nous arrêter à ce diagnostic de cancer rénal ou peut-être pararénal, aux dépens de la capsule surrénale par exemple. La compression pouvait expliquer les symptômes digestifs.

Le 21 janvier, opération. Sous anesthésie générale à l'éther, je pratique une incision le long du bord externe du grand droit, et le péritoine ouvert, je vois s'écouler un peu d'ascite. Je vois alors nettement la tumeur, qui me paraît englober l'estomac, l'épiploon gastro-colique et le colon transverse. Je fais alors le diagnostic de cancer de l'estomac déjà très avancé ; impossible d'attirer les organes au dehors, ils semblent coulés dans une masse néoplasique.

Désirant faire quelque chose pour soulager le malade qui, depuis son entrée, vomissait absolument tout ce qu'il essayait de prendre, je pratique rapidement une jéjunostomie par la méthode de Witzel et je referme le ventre.

Dès le lendemain on commença à alimenter le malade par la sonde ; mais le hoquet persiste ainsi que les vomissements, il continue à s'affaiblir et succombe le troisième jour, le 24 janvier.

L'autopsie est pratiquée par M. Favre, interne du service. On constate l'intégrité de la plaie opératoire, l'absence d'hématome, le bon état de la jéjunostomie, dont les sutures tiennent parfaitement. L'épiploon est ramassé au voisinage de la plaie.

A première vue, on constate l'affaissement du tube intestinal grêle et du gros intestin, qui ne donnent pas l'impression d'une obstruction. Le grand épiploon, remonté et ratatiné dans l'étage sus-ombilical, est lourd, rempli de ganglions volumineux. L'estomac n'est pas dilaté, il contient environ 300 gr. de

liquide. Foie et vésicule normaux. Mais toute la région sus-ombilicale, de la ligne médiane à la limite gauche du corps, est occupée par une masse volumineuse au milieu de laquelle on reconnaît les organes, mais il est impossible de les séparer sans couper en plein tissu néoplasique.

Les parois de l'estomac et du côlon transverse sont envahies jusqu'à la muqueuse exclusivement. L'épiploon gastro-colique et l'épiploon gastro-splénique sont bourrés de ganglions dégénérés. Le rein, un peu gros, est envahi, sur sa surface externe, par le néoplasme, au niveau du pôle inférieur, sur une étendue d'une pièce de 5 francs : il y a là un tissu lardacé, criant à la coupe, n'ayant pas encore pénétré la substance glandulaire. L'uretère, disséqué, se montre un peu dilaté à sa partie supérieure et présente, à 6 centimètres au-dessous du hile, un rétrécissement dû à la gaine néoplasique qui l'entoure sur 2 ou 3 centimètres. Les vaisseaux du rein subissent aussi cette compression. A la coupe, le rein est d'ailleurs congestionné, mais paraît sain. L'arrière-cavité des épiploons est libre d'adhérences et de produits pathologiques.

La masse centrale du néoplasme occupe donc exactement la place du pancréas, dont on ne peut retrouver trace, du reste, car il s'agit d'un tissu dur, criant sous le couteau, avec des points presque cartilagineux, ayant le volume d'une tête d'enfant. Il semble bien que l'on soit en présence *d'un cancer du corps du pancréas* ayant envahi secondairement la petite courbure et le rein gauche avec une infiltration du tissu cellulaire et des ganglions de la région, et propagation aux replis péritonéaux voisins à la face postérieure de l'estomac et du côlon transverse. La tête du pancréas n'était pas encore complètement envahie, ce qui explique l'absence d'ictère.

Le reste de l'organisme paraît sain.

En somme, si les lésions trouvées à l'autopsie permettent de bien comprendre les symptômes observés en clinique du côté de l'appareil urinaire et du tube digestif, il n'en est pas moins vrai que le diagnostic était presque impossible. Peut-être l'examen des selles aurait-il permis de déceler quelques troubles qui auraient attiré l'attention ; malheureusement, cet examen ne fut pas fait, non plus que les diverses réactions proposées en pareil cas et, du reste, fort infidèles. En l'absence de l'ictère qui est un signe ordinaire des tumeurs pancréati-

ques, surtout aussi volumineuses, en présence de l'hématurie qui nous orientait du côté du rein, l'erreur était à peu près fatale. Il n'y a pas lieu de beaucoup la regretter, toute opération étant impossible, et la seule opération palliative à laquelle on ait pu songer était précisément celle que nous avons pratiquée : la jéjunostomie.

M. DURAND. — Tout a été dit depuis qu'il y a des chirurgiens et des tumeurs de l'hypocondre, mais puisque la question de la difficulté de diagnostic a été posée, permettez-moi de vous rapporter un cas qui nous avait beaucoup intéressé M. Rochet et moi. Il s'agissait d'un malade âgé de 50 ans environ, entré dans le service de M. Rochet pour quelque chose de comparable à ce que M. Gayet vient de nous exposer en termes si précis. Il avait dans l'hypocondre gauche une grosse tumeur bosselée, bombant en avant sous les côtes et ressemblant plutôt à un néoplasme de l'estomac, intra-péritonéal, qu'à une lésion de la fosse lombaire. Pourtant, il y avait un fait impressionnant : c'était un varicocèle important, et le malade affirmait que ce varicocèle était récent, contemporain des troubles qui l'amenaient à l'hôpital et n'existait pas auparavant. J'avoue que nous étions détournés complètement de l'idée d'une tumeur rénale et nous n'avons pas accordé à ce signe toute la valeur que le malade lui donnait et qu'il méritait.

Eh bien, il ne s'agissait pas, en effet, d'une tumeur rénale : du moins, celle que nous percevions n'était pas rénale, il s'agissait d'une énorme adénopathie des ganglions du hile du rein, consécutive à une tumeur rénale qui n'avait donné lieu à aucun des signes ordinaires des tumeurs de la glande. Je fis une laparotomie et trouvai une masse néoplasique impossible à enlever. A l'autopsie, il y avait un petit néoplasme du rein et un énorme amas ganglionnaire. On sait que ces ganglions juxta-rénaux sont assez fréquents dans les tumeurs rénales mais leur volume est réduit et il est exceptionnel de les voir acquérir un pareil volume.

M. LERICHE. — J'ai vu, dernièrement, un cas qui, cliniquement, peut être rapproché de ceux dont il est question ; un homme d'une cinquantaine d'années, qui avait maigri progressivement, présentait une très grosse tumeur du flanc droit, sans le moindre signe fonctionnel, à part une hématurie restée unique. Il y avait, par ailleurs, un tableau complet de compression de la veine cave inférieure. Je fis le diagnostic de cancer du rein. Par une laparotomie latérale sous-péritonéale, j'abordai la tumeur qui adhérait au côlon avec lequel il y avait un échange d'énormes vaisseaux, barrant complètement la route vers le pédicule du rein ; après de longues tentatives de clivage, je trouvai la masse si adhérente de partout que, renonçant à l'enlever, j'ai refermé la paroi.

Chose intéressante, dans les jours qui suivirent, l'œdème des jambes, du scrotum et de la paroi abdominale disparut complètement : il s'établit une circulation veineuse complémentaire, extrêmement marquée, remontant vers l'aisselle et vers le cou, à partir de la cicatrice ; le malade se crut guéri ; en réalité, il se cachectisa lentement, sans symptôme marquant, dans le service de M. Roque, où il mourut au bout de quatre mois. A l'autopsie, on a trouvé une tumeur énorme, englobant le rein et le côlon, qui paraissait être une *tumeur primitive de la capsule surrénale* ; histologiquement, le fait était exact.

M. GAYET. — Dans cette région, on peut voir des tumeurs de toute nature, des tumeurs ganglionnaires, des tumeurs de la queue du pancréas ; on peut voir aussi des tumeurs spéciales, qui ont pris une entité, depuis la thèse de Delachenal sur les lipomes malins ; il semble bien que ce soit là un siège fréquent de ces lipomes. J'ai opéré des tumeurs pararénales de ce genre, sur lesquelles j'ai pu faire le diagnostic parce que j'avais déjà opéré des tumeurs semblables. Sur une malade qui était venue me trouver avec une grosse tumeur pararénale, l'intervention m'a conduit dans une énorme tumeur d'une fluidité si considérable, qu'avec la main j'ai enlevé une quantité de cette graisse, puis je suis arrivé sur le rein, qui était englobé et que j'ai été obligé d'enlever ; la capsule surrénale était partie en même temps que le rein. La malade s'est remise très simplement, elle a repris sa vie ordinaire et n'a plus eu les troubles digestifs qu'elle avait auparavant ; mais quelques mois après, elle est venue mourir dans le service et elle avait une multitude de ces lipomes.

Je dirais que ces lipomes malins se développent volontiers à l'endroit où se développent les lipomes ordinaires ; il semble qu'il y a là un certain nombre de points où il y a de la graisse abondante et où elle a des tendances à se développer. Je ne crois pas que, dans mon cas, il s'agisse d'une tumeur graisseuse, je crois plutôt à une lésion de la queue du pancréas. L'examen histologique tranchera, je l'espère, cette question.

Séance du 12 février 1914

Présidence de M. VALLAS

TORSION D'UN KYSTE DE L'OVAIRE AVEC TORSION AXIALE
DE L'UTÉRUS.

M. G. COTTE. — J'ai l'honneur de vous présenter des pièces que j'ai recueillies avant-hier chez une malade que j'ai opérée d'urgence pour des accidents de torsion d'un kyste de l'ovaire.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une femme de 72 ans, qui était entrée dans le service de M. Bérard avec le diagnostic de hernie étranglée. A l'examen, elle présentait une grosse hernie inguinale gauche, qu'il fut très facile de réduire; mais, en outre, on constatait dans l'abdomen l'existence d'une grosse masse kystique, du volume de la tête, faisant une forte saillie en avant. La hernie n'étant pas en cause, puisqu'elle s'était réduite assez facilement, le diagnostic n'était pas douteux: il s'agissait d'une torsion d'un kyste de l'ovaire. La malade disait, d'ailleurs, qu'elle avait déjà depuis longtemps reconnu cette tumeur, mais que depuis 48 heures celle-ci avait brusquement augmenté de volume et qu'elle était devenue plus saillante en avant.

En présence de ces accidents, j'intervins immédiatement sous rachianesthésie. Après avoir évalué le kyste en grande partie par une ponction, je vis nettement qu'il s'agissait d'une torsion d'un kyste de l'ovaire gauche, mais celle-ci au lieu de s'être faite au niveau du pédicule de la tumeur, avait entraîné avec elle l'utérus, de telle sorte que l'utérus lui-même était tordu sur son axe longitudinal. Toute la portion de l'utérus située au-dessus de l'insertion vaginale présentait des signes d'étranglement. Je fis donc une hystérectomie abdominale sub-totale. Le ligament large du côté droit ne présentait ni infiltration sanguine, ni thrombose.

Sur les pièces que je vous présente, il est très facile de se rendre compte de ces lésions. L'utérus forme une masse noirâtre, tout à fait caractéristique. L'infiltration sanguine est surtout marquée au niveau de la face postérieure qui était devenue antérieure. Elle s'étend dans le ligament large gauche, suit le ligament rond, mais s'arrête à droite sur le bord de l'utérus. La tumeur ovarienne est constituée par un kyste

unique qui semble s'être développé surtout dans la partie haute du ligament large et c'est justement à cette situation intra-ligamenteuse qu'est dû le fait que le kyste en se tordant a entraîné avec lui l'utérus qui s'est tordu sur son axe longitudinal.

Les faits de torsion axiale de l'utérus plus ou moins analogues à celui que je vous rapporte sont loin d'être très rares. Étudiés pour la première fois en Allemagne par Schultze (1), ils ont été décrits en France par Barozzi (2) et par Girod (3), qui en a réuni 88 observations dans sa thèse. Plus récemment, Kynoch (4), d'Edimbourg, en a réuni 63 cas. Si l'on ajoutait tous ces faits à d'autres que j'ai trouvés épars dans la littérature, il serait facile d'arriver à un nombre imposant de faits.

Au cours de ces recherches, j'ai noté que la torsion de l'utérus dans les kystes de l'ovaire ne représentait guère qu'un tiers environ des cas signalés, les autres étant surtout le fait de tumeurs utérines. J'ai vu, d'autre part, que presque toujours, il s'agissait de kystes gauches. A ce point de vue, l'observation que je vous apporte coïncide avec la règle. Je me borne, d'ailleurs, à vous signaler le fait sans en chercher l'explication.

M. BÉRARD. — Parmi les faits que j'avais présentés dans une revue, il y a dix ans, sur les torsions des tumeurs pelviennes, j'avais opéré un cas analogue à celui de M. Cotte. C'était une torsion de kyste de l'ovaire avec le ligament large correspondant qui avait entraîné une torsion en masse de l'utérus. Ces faits ne sont donc pas aussi rares qu'on la prétendu de prime abord.

M. GOULLIQUET. — J'ai vu des cas de fibromes avec torsion qui avaient entraîné le corps de l'utérus, mais dans les fibromes, cela est moins rare que dans les kystes de l'ovaire.

(1) SCHULTZE. *Über Achsendrehung des uterus durch Geschwülste. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1898, p. 157.

(2) BAROZZI. De la torsion axiale de l'utérus. *La Gynécologie*, 1903, t. VIII, p. 481.

(3) GIROD. *Contribution à l'étude de la torsion de l'utérus produite par les tumeurs utéro-annexielles*. Thèse de Paris, 1907-1908, n° 410.

(4) KYNOCH. Rotation cervicale de l'utérus myomateux. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire*, t. XXII, juillet 1912. Analysé in *Journal de Chirurgie*, 1912, t. IX, p. 521.

RÉTRÉCISSEMENT SOUS-MUQUEUX DE L'INTESTIN (PROBABLEMENT TUBERCULEUX) COÏNCIDANT AVEC UN FIBROME DOULOUREUX DE LA PAROI ABDOMINALE ET SIMULANT UNE APPENDICITE AVEC PLASTRON.

M. BERARD. — Je vous apporte, à titre documentaire, cette pièce fraîche enlevée ce matin chez une jeune fille de 22 ans, envoyée dans mon service avec le diagnostic d'appendicite.

Elle racontait qu'elle avait eu une première crise, qualifiée d'appendicite, il y a quatre ou cinq ans. Il y a deux jours, après une phase de troubles digestifs parmi lesquels dominait la constipation, elle avait souffert brusquement dans le ventre. Sa maîtresse, qui l'accompagnait à l'hôpital, disait qu'elle avait eu des nausées, des vomissements et le ventre ballonné : on l'avait mise de suite à la diète et à la glace.

Lorsque je l'examinai, je trouvai une masse profonde indurée et limitée au niveau de la fosse iliaque droite et qui, probablement, avait fait porter le diagnostic d'appendicite. Cette masse nous avait frappés par sa dureté, son adhérence à l'épine iliaque droite, si bien que nous nous étions dit : si c'est une appendicite, ce ne peut être qu'une appendicite subaiguë réchauffée ou un foyer tuberculeux. Cette masse paraissait cependant incluse dans l'épaisseur de la paroi et, de fait, à l'incision, j'ai reconnu qu'il s'agissait d'un fibrome ou un fibro-myome, occupant l'épaisseur des muscles, au-dessus du péritoine. Naturellement ce n'était pas cette tumeur qui pouvait déterminer les accidents aigus ; nous avons donc incisé le péritoine et nous sommes tombés sur l'appendice. Après l'avoir réséqué, celui-ci, peu altéré, du reste, nous avons vu que ce n'était pas lui non plus qui était la cause de ces accidents. Bien qu'il s'agit d'une forte fille colorée et douée d'embonpoint, je me suis méfié d'un rétrécissement possible de l'intestin grêle avec péritonite surajoutée. En effet, en plongeant la main dans la fosse iliaque droite, j'ai retiré l'anse que vous voyez ; cette anse était recouverte d'exsudats fibrineux et, à son contact, il y avait une autre anse noyée dans des exsudats purulents. J'ai tout amené au dehors et je me suis rendu compte qu'il s'agissait bien d'un rétrécis-

sement ancien avec dilatation de l'anse en amont et péritonite de voisinage. Je fis donc une résection étendue de tout le segment intestinal suspect; ce qui nous permit de reconnaître, à M. Cotte et à moi, que nous avions bien affaire à un rétrécissement ancien, sous-muqueux, sans ulcération de la muqueuse, de calibre très serré, occupant la fin de l'iléon.

Après avoir fait une anastomose bout à bout au bouton, je constatai qu'il était resté dans le segment d'amont plusieurs noyaux de fruit qui n'avaient pas pu descendre plus bas; les matières liquidès avaient pu passer, mais ces noyaux avaient été retenus par la sténose.

L'intervention s'est passée simplement, la malade va aussi bien que possible ce soir, et si je vous ai apporté cette pièce aujourd'hui, c'est pour vous la montrer avant toute altération des tuniques.

J'ai pensé qu'il était intéressant de signaler cette coïncidence d'une lésion sténosante de l'intestin avec un fibrome de la région iliaque qui pouvait en imposer pour une appendicite réchauffée, et d'autre part, ce fait qu'il y avait eu une poussée de péritonite aiguë sans qu'on ait trouvé de perforation, soit en amont, soit dans le voisinage immédiat.

Je ferai connaître les suites de l'intervention et les résultats de l'examen histologique que j'ai fait pratiquer, soit de la tumeur pariétale fibreuse, soit du rétrécissement de l'intestin.

* *

SUR LA TECHNIQUE DE LA LAMINECTOMIE

ET DE LA RADICOTOMIE D'APRÈS DIX-SEPT OBSERVATIONS.

M. LERICHE. — Dans ces derniers temps, il a paru une série d'articles sur la technique de la laminectomie et de la chirurgie de la moelle. Sans parler des travaux étrangers, de ceux particulièrement importants de Küttner et de Tietze en Allemagne, de Ranzi en Autriche, de Elsberg aux Etats-Unis, il a paru en France une revue générale de Patel et Veau, dans la *Revue de chirurgie*, un article de Lecène dans le *Journal de chirurgie*, qui rapporte trois observations personnelles; enfin, de Martel a donné sa technique dans la thèse récente de Beck.

Ayant fait dix-sept fois la laminectomie, je voudrais vous exposer le procédé auquel je me suis arrêté. Il ressemble beaucoup à celui qu'a exposé autrefois Chipault, un précurseur dont on oublie trop souvent de mentionner le nom quand on parle de chirurgie médullaire.

Je me bornerai à vous parler de technique, les cas pour lesquels je suis intervenu étant trop dissemblables pour être groupés dans la même étude.

Mais, auparavant, voici mon impression d'ensemble : la laminectomie et la radicotomie ne sont pas des opérations difficiles pour qui les a déjà faites, sauf à la région cervicale où l'opération reste réellement délicate et pénible.

Autre point important : il faut abandonner le procédé extradural, qui expose à des hémorragies difficiles à arrêter, et qui est plus difficile que l'intra-dural.

Certains détails préliminaires doivent être précisés tout d'abord :

1° Comme *anesthésique*, j'ai toujours employé l'éther sans en éprouver jamais d'inconvénient ; les malades l'ont toujours parfaitement supporté ; le rôle de l'anesthésieur est quelquefois un peu pénible, mais je n'ai jamais eu d'alerte. Si le malade respire mal, ou est trop cyanosé, je fais soulever le thorax quelques instants et très vite la respiration se régularise.

2° J'ai toujours nettoyé le champ opératoire à la *teinture d'iode* ; on a dit cependant que, comme il s'agissait d'une peau destinée à être énervée, il valait mieux ne pas employer d'agents irritants. Je n'ai jamais eu d'accidents consécutifs à l'emploi de la teinture d'iode. Je pense que ceux que l'on a cités s'expliquent par de l'infection pure et simple.

3° Quelle *position* faut-il donner au malade ? Etant donné qu'une fois le canal rachidien ouvert, le liquide céphalo-rachidien s'écoule, il faut mettre le malade la tête basse ; on a dit, il y a quelques années, en effet, que les malades pouvaient mourir à la suite d'un dessèchement du cerveau et de la moelle. Je ne sais si cela est possible, mais il vaut mieux mettre les malades dans une position légèrement inclinée pour ne pas être gêné par l'écoulement incessant du liquide qui vient baigner la plaie. Je ne place pas le malade complètement sur le ventre, mais couché sur le côté, dans une position analogue à celle de la néphrectomie lombaire, mais un peu plus inclinée sur le côté

ventral. Cette position est commode et je n'ai jamais été gêné dans le cours de l'intervention. Dans la région cervicale, elle n'est pas applicable, la mobilité des vertèbres et du cou la rendrait instable. Aussi, quand j'interviens dans cette région, je mets le malade au bord du lit, la tête pendante, tenue par un aide.

4° Une dernière question capitale se pose avant l'intervention, c'est la question du *repérage des vertèbres et des racines*. C'est ce qu'il y a de plus difficile dans l'opération, et je crois les erreurs fréquentes. On calcule toujours par rapport aux vertèbres et en se basant sur la loi de Chipault. Pour compter les vertèbres, le point de repère classique est donné par la palpation de la septième cervicale. Ce point de repère a cependant été critiqué par un certain nombre d'auteurs (par Hovelacque notamment), qui ont déclaré que la proéminente était quelquefois la sixième, quelquefois même la première dorsale. Le repère n'est donc pas absolu; malgré cela, lorsqu'il s'agit d'une opération qui n'a pas besoin d'une précision parfaite, on peut s'en tenir là.

Dans un cas où il fallait un repérage très précis, puisque M. Bériel m'avait demandé de couper la huitième cervicale et la première dorsale, j'ai fait radiographier le malade avec un index sur ce que je croyais être la première dorsale; j'ai repéré à l'aide de la première côte sur la radiographie, et je suis tombé juste. Dans la région dorso-lombaire, je me base sur la palpation de la douzième côte: on peut, là encore, s'aider d'une incision exploratrice pour bien vérifier la douzième côte qui était peu perceptible, et cela m'a permis de ne pas me tromper.

5° Ces préliminaires étant réglés, une fois qu'on a repéré soigneusement les vertèbres qu'on veut supprimer, il y a à envisager la question de *l'incision cutanée*. Tout le monde a abandonné l'incision à lambeau préconisée autrefois: je me borne à une incision unique, que je crois préférable de ne pas faire sur la ligne médiane, où la peau est très dure, moins bien nourrie qu'ailleurs; il vaut mieux la faire légèrement latérale, à droite ou à gauche de la ligne médiane, comme Ollier l'indiquait déjà. Une fois la ligne épineuse mise à jour, il faut la longer avec un bistouri pour séparer les masses musculaires et prendre la rugine pour compléter ce décollement. On parle toujours de dé-

collement sous-périosté; même en ruginant soigneusement, on ne voit pas de périoste, et je crois que l'expression de décollement sous-périosté n'est qu'un mot. En tout cas, cela fait saigner beaucoup, mais il est inutile de faire de l'hémostase, il suffit de récliner fortement les masses musculaires avec une compresse et l'hémorragie s'arrête rapidement. D'habitude, je bourre la plaie juxta-épineuse avec des tampons que je serre fortement en les faisant glisser le long de la gouttière osseuse. Cela complète le détachement des muscles et permet une compression énergique, que je maintiens deux à trois minutes.

Au bout de ce temps, l'hémostase est généralement complète; s'il arrive que quelque chose suinte encore, il est bon de mettre deux ou trois ligatures sur des veines que l'on voit bien et on peut passer au temps suivant : la gouttière des lames étant bien exposée dans toute sa longueur, on est à point pour ouvrir le canal rachidien.

Pour cela, il faut d'abord arracher à leur base les apophyses épineuses; je le fais avec une pince-gouge ordinaire; il ne m'a jamais paru nécessaire d'employer un modèle spécial de pince. Si les aides écartent alors fortement les lèvres de la plaie, on voit très bien la base des apophyses épineuses arrachées et il ne reste plus qu'à ouvrir le canal rachidien. Pour y parvenir, au début, je me suis servi du ciseau et du maillet. On reproche beaucoup, actuellement, au maillet, de produire un fâcheux ébranlement des centres nerveux; je n'ai jamais eu à m'en plaindre, et je me demande si une fraise qui tourne avec une rapidité vertigineuse, ne produit pas un ébranlement bien plus considérable que ne le font quelques coups de maillet bien appliqués; je le crois volontiers; j'ai pourtant abandonné le ciseau, mais c'est parce que je trouve plus commode de mettre une fraise de Doyen à la base de l'apophyse épineuse et de pénétrer ainsi sans risques dans le canal rachidien; j'avoue du reste, au risque de paraître arriéré que, malgré la merveilleuse instrumentation de mon ami de Martel, l'instrument idéal de la trépanation, c'est encore pour moi la fraise de Doyen et la pince-gouge.

Une fois le canal ouvert et la trépanation rachidienne amorcée, tout devient désormais très facile : avec une pince-gouge de petit modèle, on morcèle sur toute la hauteur nécessaire les

vertèbres qu'on veut supprimer. Il faut aller assez loin en dehors, mais sans exagération, car on peut tomber sur les plexus veineux de l'apophyse transverse qui donnent lieu à des hémorragies difficiles à arrêter. La laminectomie est ordinairement très simple et d'habitude on arrive à conserver le ligament jaune, l'intérieur du canal rachidien restant intact. On libère cette couverture en la réclinant à droite et à gauche et on arrive sur la graisse épidurale qui, à certains endroits, présente de nombreuses veines. Il m'est arrivé une fois d'être gêné par l'hémorragie de l'une d'entre elles ; ces veines, en effet, se rétractent et filent sous la vertèbre sous-jacente. Je suis persuadé que, actuellement, en déposant sur la veine qui saigne un morceau de muscle, je n'aurai plus aucune difficulté de ce chef.

Une fois l'étui dural bien à nu, on le harponne près de chaque côté de la ligne médiane, avec deux pinces de Tuffier et en tirant un peu à soi, on peut parfaitement inciser la dure-mère à main-levée sans ciseau spécial, en laissant intact le sac archnoïdien complet, que l'on ouvre dans un second temps ; une fois le sac ouvert, le liquide s'écoule en assez grande quantité, et au bout d'un instant, on aperçoit la moelle et les racines ; il faut un certain temps pour bien les découvrir ; il ne faut pas se presser mais attendre que tout le liquide se soit écoulé, que tout soit bien net ; on arrive alors assez facilement à reconnaître les racines postérieures, sauf dans les cas où il y a eu un processus inflammatoire méningé, comme cela est très fréquent chez les tabétiques ; dans ces cas, on a souvent de la peine à reconnaître les racines et on peut s'y tromper, couper une bride d'arachnoïdite pour une racine, et cela peut être l'explication de certains échecs.

Il y a un mois, j'ai eu l'occasion d'intervenir sur un malade qui présentait depuis deux ans des phénomènes spasmodiques marqués avec rétraction intense des fléchisseurs de la cuisse qui lui collaient les genoux contre le thorax. Je suis intervenu sur la région du cône terminal pour faire une opération de Fœrster, suivant le type Codivilla-van Gehuchten, et j'ai trouvé une fusion complète du cône et des racines avec les méninges ; il y avait là un véritable voile membraneux vasculaire semblable à ceux qu'on voit dans la cavité péritonéale et j'ai eu quelque difficulté à couper des racines sans léser de gros vais-

seaux anormaux, qui m'ont empêché de réséquer tout ce que je voulais. Aussi, le résultat d'ailleurs bon, est-il incomplet.

Pour couper une racine, il faut la charger sur un crochet mousse ; on en résèque alors un centimètre ou deux. Ce faisant, il est rare que l'on blesse quelques artérioles ; quand ceci se produit, il ne faut pas chercher à faire de l'hémostase directe : les pinces sont trop brutales, elles déchirent et on n'arrive pas à arrêter l'hémorragie ; avec le muscle, on arrive à un meilleur résultat et facilement.

Lorsqu'on a coupé le nombre de racines nécessaire, il reste à reconstituer l'étui dural ; il faut, pour le recoudre, faire des points extrêmement rapprochés, avec une petite aiguille ronde et courbe, montée sur un porte-aiguille, en faisant, non pas un surjet, mais des points séparés, avec de la soie fine ou du catgut 00. C'est ce dernier fil que j'ai toujours employé. Il est assez difficile d'avoir une suture absolument étanche, car les aiguilles laissent la trace de leur passage, mais le catgut gonflant, bientôt rien ne suinte. Une fois cette suture terminée, on est surpris de voir l'espace mort considérable restant : il tient à la suppression de l'arc vertébral postérieur. Il faut chercher à l'effacer ; pour cela, d'habitude on rapproche les muscles autant que possible en les suturant avec trois ou quatre points de catgut : il reste toujours ainsi un couloir en arrière d'eux. Aussi, dans les deux dernières interventions que j'ai faites, ai-je mobilisé sur un des côtés un lambeau musculaire assez large, que j'ai fait pivoter sur son bord interne et que j'ai appliqué contre le fond dural. La perte de substance était aussi comblée. Ces deux malades ont guéri simplement et il m'a semblé que ce procédé était utile à connaître, qu'il facilitait peut-être la guérison. Il n'y a plus, ensuite, qu'à rapprocher les muscles en plusieurs plans : il faut multiplier les points de suture, recoudre très exactement et ne jamais drainer.

En comprenant l'intervention de cette façon, la radicotomie rentre dans le cadre de la chirurgie générale et peut être faite par tout chirurgien. C'est une opération que l'on connaît mal, qui paraît grave, qui ne l'est pas, mais que l'on a compliquée : les uns exigent des instruments particuliers ; de Martel attribue une importance considérable à l'imbition constante de la moelle avec du sérum chaud, et opère à une température très

élevée, pénible assez pour éviter le refroidissement des centres ; j'ai toujours opéré à la température ordinaire ; je n'ai pas arrosé la moelle et je n'ai jamais observé de phénomènes médullaires fâcheux. Ces ramollissements s'expliquent mieux, pour moi, par des traumatismes de la moelle. Je crois que là encore, le point capital, c'est la minutie, l'absence de mouvements brusques, le scrupule de l'hémostase, le respect des tissus. En opérant avec la méthode ordinaire de la chirurgie générale, mais avec une grande rigueur, cette chirurgie spéciale donne des résultats intéressants et sans grand risque : en tout cas, elle mérite d'être utilisée plus qu'on le fait.

M. VALLAS. — Ne pourrait-on pas employer, pour coudre la dure-mère, les aiguilles dont se sert Carrel ? Quels sont les résultats de l'intervention ?

M. LERICHE. — Il y aurait une difficulté, c'est que ces aiguilles sont droites et qu'à une pareille profondeur, avec un champ opératoire très peu large, il est impossible de manier une aiguille droite et surtout une aiguille aussi fine que celle de Carrel.

Au point de vue des résultats, que je n'ai pas voulu envisager aujourd'hui, je n'indiquerai que mes impressions et non des chiffres. Opératoirement, la radicotomie a une gravité de 10 p. 100 environ. Les résultats éloignés ne sont pas bons à longue échéance dans les *radiculites* ; cela tient beaucoup à ce que, dans ces cas, on ne fait jamais assez. Dans les névralgies par compression pure, dans la *compression des racines par tumeur* on a, au contraire, des résultats excellents au point de vue sédatif. J'ai opéré une malade qui avait une compression du plexus coeliaque par des ganglions néoplasiques ; elle avait des douleurs épouvantables : la radicotomie dorsale inférieure les a complètement et définitivement supprimées.

Les résultats les plus intéressants de tous sont obtenus dans les *paralysies spasmodiques* : je vous en montrerai prochainement un bel exemple. Chez un malade, auquel j'ai fait deux séances de ténotomies multiples pour arriver à un redressement, je n'ai eu un résultat réel que par une radicotomie. Le malade a pu étendre ses membres et reprendre des mouvements de la jambe et de la cuisse au commandement, si bien qu'on peut prévoir qu'un jour il pourra marcher, alors que depuis deux ans il était au lit dans un état de déchéance effrayant. Je sais que pour les paralysies spasmodiques, l'opération de Förster est vraiment l'opération de choix.

Séance du 19 février 1914.

Présidence de M. VALLAS

FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR.

M. TAVERNIER. — J'ai eu l'occasion d'observer deux cas de fracture assez particulière de l'extrémité supérieure du fémur, détachant la tête au niveau de son insertion sur le col et qui ont eu une évolution spéciale qui m'a paru intéressante à vous signaler.

Le premier de ces cas est ce jeune homme de 19 ans, que je vous présente; il est tombé de bicyclette il y a deux ans, et au moment de sa chute était resté sans connaissance. On le releva et on le porta à l'hôpital de Villefranche. Là il avait une impotence complète du membre inférieur droit, il semble qu'on ait hésité sur le diagnostic; on l'a endormi et placé simplement dans une gouttière avec une traction, on l'a laissé ainsi pendant trois mois.

Au bout de trois mois il est rentré chez lui, et il a commencé à marcher; son état est allé en s'améliorant progressivement pendant deux ou trois mois à peu près; à son dire, il boitait seulement un peu. Mais à partir de cette époque, il se mit à marcher de moins en moins bien et à se déformer de plus en plus.

Un an après, il fit une chute d'une échelle de 6 mètres, qui ne semble pas avoir été bien importante, puisqu'il put se relever et continuer à marcher, mais il est retourné à l'hôpital de Villefranche où, sans l'endormir, on l'a mis en silicate pendant un mois et demi. Il est ensuite retourné chez lui. A ce moment se place une contamination syphilitique qui ne paraît pas avoir influencé sur son état. Il continua à marcher de plus en plus mal et à se déformer de plus en plus.

Il vient aujourd'hui à l'Hôtel-Dieu dans l'état où vous le

voyez avec une ankylose complète de la hanche, permettant peut-être de très légers mouvements de flexion, ankylose en position vicieuse avec une adduction de près de 45 degrés, et une flexion moins considérable de 20 à 30 degrés environ. La marche est extrêmement gênée par l'adduction surtout; le blessé corrige en effet son adduction par une bascule du bassin qui élève son épine iliaque du côté lésé, ce qui lui donne un raccourcissement considérable. Dans l'attitude de la station debout, le raccourcissement fonctionnel est de 10 à 12 cent., sur lesquels la mensuration en montre 2 à 3 seulement de raccourcissement vrai, le reste provient uniquement de la correction de l'adduction. La flexion est corrigée sans grande gêne par bascule du bassin en avant et lordose lombaire. Le grand trochanter est très saillant et paraît augmenté d'épaisseur, ce qui m'avait fait penser à une fracture du col du fémur, mais en réalité la radiographie, a montré une fracture ayant détaché à peu près la tête au niveau de son insertion sur le col. Est-ce un décollement épiphysaire ou une fracture au niveau du cartilage de conjugaison? La radiographie est trop floue pour qu'on puisse bien se rendre compte, mais il y a toutes probabilités en faveur d'un décollement épiphysaire.

Ce qu'il y a de particulier dans l'évolution des lésions, c'est que l'ankylose n'est venue que progressivement, à la longue.

J'ai vu, deux ans auparavant, un autre malade qui avait une fracture analogue, et qui m'avait raconté la même histoire. C'était un homme de 60 ans, il avait eu un traumatisme assez sérieux, il avait été immobilisé pendant quelque temps, ayant été considéré comme atteint d'entorse de la hanche. En continuant ensuite à marcher, il avait vu ensuite la déformation et l'ankylose s'accroître progressivement. Son médecin lui avait parlé d'arthrite déformante et n'avait pas pensé qu'il ait eu une fracture au moment de son accident. J'en fis faire la radiographie ci-jointe, qui montre une fracture tout à fait comparable à celle du premier malade, la tête est détachée au niveau de son insertion sur le col, qui a subi une légère ascension et qui s'est ankylosé en forte adduction et légère flexion comme dans le cas précédent, il s'agit pourtant sûrement d'une fracture et non d'un décollement épiphysaire. puisque le blessé est âgé de 60 ans.

Il m'a paru assez particulier de voir ces fractures qui détachent seulement la tête sans intéresser le col, s'accompagner d'arthrite progressive et amener une déformation de plus en plus étendue et une ankylose progressive.

Un autre point me paraît intéressant à mettre en évidence : il est classique de dire que les jeunes qui ont un décollement de l'extrémité supérieure du fémur, le voient survenir à la suite d'un traumatisme parfois très léger, souffrent très peu, ne s'arrêtent presque pas de marcher, et que, progressivement se produit une flexion du col en coxa vara ; or, ce malade a eu une histoire tout à fait différente : sa fracture a été provoquée par un accident considérable : chute dans un ravin profond, elle s'est accompagnée d'une douleur très vive et d'une impotence fonctionnelle complète. Je crois qu'il est intéressant de voir qu'on peut rencontrer chez les jeunes des décollements épiphysaires vraiment traumatiques, accompagnés de la même réaction symptomatique que les fractures des adultes, et que dans les cas classiques à réaction symptomatique atténuée, il s'agit non de fractures vraiment traumatiques, mais de fractures pathologiques survenant sur un col malade et ramolli. Comme nous l'avait montré M. Gangolphe, l'an dernier, à l'occasion de la très belle observation où il put dépister par la radiographie la déformation du col avant la fracture. C'est parce que de telles fractures se font sur un col malade qu'elles sont peu douloureuses et gênent peu les blessés qui en sont atteints ; mais à côté de ces formes on peut voir même chez les jeunes, des fractures vraies, à symptômes habituels dont mon observation est un exemple net.

Il y a un troisième point à étudier, c'est la question du traitement à faire chez ce malade ; l'ostéotomie sous-trochantérienne lui rendrait un très grand service, elle supprimerait les 8 ou 10 centimètres de raccourcissement dus à la correction de l'adduction, le malade marcherait très bien, malgré l'ankylose persistante et aurait eu un bon résultat fonctionnel ; mais je me demande si on ne pourrait pas essayer mieux et si les cas qui ont été publiés par Murphy ne doivent pas m'encourager à essayer une opération plastique sur la hanche ; résection avec interposition fibreuse. Je serais heureux d'avoir votre avis sur ce point ; on aurait en somme, sans aléa et sans danger, un bon résultat avec une ostéotomie sous-tro-

chantérienne ordinaire, mais une opération plus complexe pourrait peut-être en donner un meilleur, si j'en crois les publications américaines.

M. GANGOLPHE. — J'ai entendu avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Tavernier et je pense comme lui qu'il s'agit d'un cas typique de décollement et de fracture *juxta-épiphysaire* de nature traumatique.

Ainsi qu'il l'a fait remarquer, ce fait n'a rien de commun avec les décollements ou fractures *juxta-épiphysaires spontanés* qui sont, non la cause, mais l'effet, la conséquence du ramollissement et de la flexion du col chez certains adolescents.

Vous savez que je me suis efforcé de dégager, preuves en mains, ces lésions de la *macédoine* connue sous le nom de *coxa vara*. Il faut faire disparaître cette dénomination qui ne peut que contribuer à entretenir la confusion. C'est pour ce motif et aussi parce que la *flexion* est le principal symptôme anatomique ou radiographique au début, que j'emploie le terme de *collum flexum*.

Les radiographies présentées par M. Tavernier montrent bien qu'il y a eu fracture ou décollement *juxta-épiphysaire* ; elles prouvent aussi l'origine traumatique de la lésion par l'absence de toute inflexion du col.

Passant à la thérapeutique, je dirai que je préférerais l'opération de Murphy à l'ostéotomie sous-trochantérienne ; cette dernière peut pallier à la mauvaise direction du fémur, mais ne paraît pas susceptible d'allonger le membre. Elle ne modifierait pas non plus l'état d'ankylose.

J'appelle enfin l'attention sur les difficultés dues aux parties molles, ce sont elles qui opposent souvent les plus grands obstacles au cours des opérations orthopédiques sur le système osseux et articulaire.

M. BÉRARD. — A l'appui de ce que vient de dire M. Gangolphe au sujet de la distinction qu'il faut établir dans les fractures entre cols sains et dystrophiques, d'après l'aspect de la radiographie, il y a quelque chose de très net sur le premier cliché que nous a montré M. Tavernier. Sur ce cliché, non seulement on ne note pas de *coxa vara*, mais il s'est fait de la *coxa valga*. Le col fémoral s'est redressé parce qu'il a été obligé d'opposer une résistance plus considérable à la poussée verticale transmise par le bassin. Toutes les fois que dans un col fémoral on amoindrit la résistance des arcs-boutants latéraux, le col tend à se redresser s'il n'est pas le siège d'altérations trophiques qui altèrent ses traces principales ; c'est ce que l'on observe surtout nettement après la résection du grand trochanter.

Quant aux conditions de production des décollements de la tête fémorale, je crois qu'on a été excessif en admettant toujours des trauma-

tismes légers à l'origine de tous ces décollements. Cela est vrai pour les décollements dans les cols malades, comme les faits qui ont été décrits par moi dans la thèse de Trucy. Quand le col est sain, le décollement de la tête peut s'observer à titre isolé et sans fracture de la diaphyse, ainsi que j'en ai vu un cas chez un jeune homme, à la suite d'une chute du haut d'un cerisier.

Au point de vue thérapeutique, je demanderais à M. Tavernier s'il ne préférerait pas à l'ostéotomie sous-trochantérienne, l'ostéotomie intra-trochantérienne de Lorentz et Ledentu qui permet d'obtenir un glissement des deux fragments dans le sens de la longueur, par une traction effectuée au moment même de l'intervention. Une fois cette ostéotomie faite, si on pouvait appliquer un plâtre moulé au malade pour le fixer dans cette position, non seulement on pourrait gagner du côté de l'adduction, mais aussi du côté de la longueur. En ce qui concerne l'opération de Murphy, d'après ce que j'ai vu dans mes opérations sanglantes pour luxations anciennes de la hanche, elle peut nécessiter des délabrements musculaires considérables, qui ne garantissent pas toujours un résultat fonctionnel parfait.

M. GANGOLPHE. — L'ostéotomie oblique peut bien être employée; mais j'ai le souvenir de cas opérés avec Ollier, où nous avons eu beaucoup de peine à empêcher le raccourcissement post-opératoire.

M. BÉRARD. — Quand on veut obtenir son effet maximum de l'ostéotomie oblique trans-trochantérienne, il faut procéder à la désinsertion des muscles péri-trochantériens; puis avec le tracteur de Lambotte on obtient un véritable glissement. Avant de tenter une de ces opérations il serait bon de pratiquer la mensuration exacte de la diaphyse fémorale, car on a l'impression d'un fémur plus court de ce côté que du côté gauche.

M. TAVERNIER. — Au point de vue des mensurations elles ont été faites aussi soigneusement que possible, et elles n'ont donné aucune différence entre les deux diaphyses fémorales. En mesurant depuis l'épine iliaque jusqu'à l'extrémité inférieure du fémur, on trouve un raccourcissement vrai de 2 à 3 centimètres, ce qui correspond bien à l'ascension du col par rapport au cotyle que l'on voit sur la radiographie. La plus grande partie de l'énorme raccourcissement apparent est due à l'ascension du bassin du côté malade, corrigeant l'adduction exagérée, de sorte que je crois que l'ostéotomie sous-trochantérienne pourrait allonger beaucoup le membre en supprimant l'adduction et ne laisserait qu'un raccourcissement vrai de 3 centimètres. Ollier prétendait qu'avec l'ostéotomie oblique on pouvait même gagner un peu de longueur en faisant une traction suffisante. C'est une opération qui a pour elle la simplicité extrême, la facilité, l'innocuité complète, qui ne

comporte aucune désinsertion musculaire, puisque tous les muscles pelvi-trochantériens s'insèrent au-dessus d'elle, sur le segment fixé par l'ankylose. Si je fais une ostéotomie, je la ferai donc sous-trochantérienne. L'ostéotomie intra-trochantérienne que me propose M. Bérard me paraît plus difficile, moins inoffensive avec ses désinsertions musculaires, et je ne vois pas quel avantage elle peut avoir sur la sous-trochantérienne. Je remercie MM. Bérard et Gangolphe des conseils qu'ils m'ont donnés, je sais bien que l'opération de Murphy est une grosse opération, mais comme le sujet est jeune et assez musclé, peut-être essayerai-je de lui faire cette opération; M. Gallois qui a toute l'instrumentation nécessaire, l'a aimablement mise à ma disposition.

M. LERICHE. — J'ai eu l'occasion de voir à Chicago deux des malades opérés par Murphy pour ankylose de la hanche, par sa méthode d'arthroplastie avec interposition; il s'agissait d'ankyloses post-traumatique, autant qu'il m'en souviennent et les résultats étaient remarquables; les malades arrivaient parfaitement à faire la flexion de la cuisse sur le bassin et marchaient d'une façon presque normale.

M. TAVERNIER. — En tout cas, je tiendrai la Société au courant de ce que j'aurai fait, et j'espère pouvoir lui présenter le malade après correction de son ankylose vicieuse.

*
*
*

QUELQUES RÉSULTATS DU TRAITEMENT PAR LE RADIUM DES NÉOPLASMES INOPÉRABLES DE L'UTÉRUS ET DU RECTUM.

M. BÉRARD. — Depuis quelques mois on discute beaucoup dans les Sociétés savantes françaises, la valeur du traitement du cancer par le radium. Il serait intéressant de savoir à quoi nous en tenir sur la valeur de cette méthode d'après nos observations personnelles. C'est pourquoi je me suis permis de faire descendre aujourd'hui de mon service une malade qui, je l'espère, servira d'amorce à une discussion sur la question. Je vous présenterai par la suite toutes les malades qui auront été soumises à ce traitement, comme la précédente, avec l'assistance de M^{me} le docteur Moutet, et vous indiquerai les résultats qui auront été obtenus.

OBSERVATION. — Cette malade est âgée de 55 ans; elle est arrivée dans mon service l'année dernière, au mois de juillet, avec un néoplasme du col utérin inopérable; depuis six mois elle avait des pertes,

depuis quelques mois elle avait des troubles de miction et des névralgies dans les deux cuisses. A l'examen on trouvait un néoplasme ayant envahi tout le vagin et le plancher de la vessie, très bourgeonnant. J'avais demandé l'avis d'un assistant du service de M. Pollosson où l'on pratique des opérations très larges, et il m'avait répondu qu'on s'abstiendrait en pareil cas.

Dans ces conditions, je me suis adressé à M^{me} le docteur Moutet, qui, depuis près d'un an a bien voulu mettre à ma disposition son expérience et son matériel de radium, et qui commença des applications.

La première application a eu lieu le 27 juillet 1913, à l'aide de deux tubes, l'un de 50, l'autre de 30 milligrammes de sulfate de radium et d'un appareil à sel collé de bromure de radium. Un tube préalablement engainé d'un caoutchouc et enveloppé de gaze est introduit dans le col, le second tube est placé contre le col, dans le cul-de-sac antérieur, et l'appareil plat est mis contre la paroi antérieure du vagin; le tout maintenu par un tamponnement très serré. La première application est de 4.400 milligrammes-heures.

Les appareils sont sortis, désinfectés, réenveloppés de caoutchouc et de gaze et réappliqués. L'application est de 2.640 milligrammes-heures. Tous les appareils sont filtrés avec 0 mm. 5 de platine.

Le 1^{er} septembre, c'est-à-dire un mois après les applications, il n'y a plus ni métrorragie, ni écoulement fétide, ni douleur; les culs-de-sac se sont assouplis. Pendant la période qui a suivi les applications, la température n'a jamais dépassé 38°, 38°,2. La malade part pour le Perron.

14 septembre. On fait revenir la malade du Perron, l'amélioration continue, la malade a l'illusion de la guérison et ne veut aucun traitement. L'utérus paraît s'être mobilisé dans la profondeur; on trouve au toucher, un bourrelet bordant la lèvre antérieure du col en avant et à droite, bourrelet peu épais sans ulcération, et une fissure correspondant à l'orifice du col, qui s'étend à 2 ou 3 centimètres en profondeur.

La malade a engraisé et se sent tellement bien qu'elle voudrait refuser le traitement. On lui fait néanmoins une application de 1.200 milligrammes-heures dans le col.

11 novembre. L'état général continue à être bon, on sent à 5 centimètres de profondeur le vagin fermé par une cicatrice souple sur les bords, non adhérente aux plans profonds avec un noyau d'un volume d'un pois en avant et à droite, vers une espèce de commissure.

En arrière, zone un peu indurée dans la profondeur qui correspond au col utérin; l'utérus peut être mobilisé par le doigt et on se rend compte par le toucher rectal que les deux ailerons sont encore adhérents aux côtés du bassin.

L'état général continue à être excellent. Illusion de guérison. La malade refuse très énergiquement le traitement: on arrive néanmoins

à lui faire une application de 1.200 milligrammes-heures contre la cicatrice.

J'ai revu cette malade à peu près régulièrement, elle a commencé à éprouver une amélioration très rapide au niveau des membres inférieurs. Les névralgies des deux membres ont cédé extrêmement rapidement, elle a recommencé à marcher, les troubles vésicaux ont rétrocedé très vite ; mais elle avait eu pendant trois semaines ou un mois des pertes rosées un peu sanguinolentes. Ces pertes se sont tariées au mois de septembre.

Je l'ai revue aujourd'hui pour la dernière fois et vous allez être frappés par l'aspect de cette femme qui, lorsqu'elle est venue en juillet dernier, avait un teint cachectique, cireux, un peu d'œdème pré-malléolaire et souffrait considérablement ; elle avait cette physionomie qui donne l'impression de la douleur continue des néoplasmes avec névralgies. Actuellement, elle a engraisé, elle a repris du teint, elle se sent très forte et, au Perron, où elle aide à faire le service, elle déclare qu'elle est complètement soulagée.

Au toucher, on trouve dans le fond du vagin, une cicatrice qui ressemble un peu à un col utérin un peu volumineux, seulement un peu plus dur, mais il n'y a plus aucune ulcération ; je crois bien qu'il y a une légère augmentation de volume depuis le mois de novembre, mais cette malade déclare qu'au point de vue fonctionnel, elle se trouve si bien qu'elle hésite à se prêter à une nouvelle application de radium.

C'est donc là un résultat des plus intéressants et qui vient corroborer ce que l'on sait du radium en pareil cas. Au point où nous en sommes, nous devons lorsqu'un cancer est opérable, commencer par enlever la tumeur, quitte à faire une application de radium sur la cicatrice. Mais en présence des formes qui exposeraient à des délabrements considérables avec l'impossibilité d'enlever le tout, lorsqu'il s'agit d'une femme de cet âge, le traitement par le radium donne une amélioration suffisamment durable pour qu'on soit autorisé à le commencer d'emblée. De telles malades peuvent être prolongées deux à trois ans par l'application du radium ; chez celle-ci on a pu supprimer l'écoulement nauséabond et les névralgies vésicales, rectales, et du côté des membres inférieurs, la malade peut rester six heures sans uriner.

Ces résultats ne sont pas des guérisons ; je ne crois pas qu'on puisse actuellement, comme le fait Legueu, déclarer que la guérison est absolue parce qu'on ne trouve plus à l'autopsie, dans quelques coupes de tissus prélevés, des éléments néoplasiques très nets. Mais il est évident qu'on a une amélio-

ration suffisante, pour permettre de commencer d'emblée le traitement au radium lorsque la femme n'est plus jeune et qu'on ne peut plus songer à une opération radicale. Les résultats semblables à celui-ci, s'obtiennent couramment chez les néoplasiques déjà âgées ; ils seraient moins favorables chez les femmes plus jeunes.

Dans les néoplasmes du rectum, nous avons fait des applications de radium chez trois malades, M^{me} le D^r Moutet ayant bien voulu s'en charger. Ces malades avaient des néoplasmes du rectum inextirpables, nous avons commencé par pratiquer un anus contre nature iliaque, anus latéral comme soupape de sûreté. Au bout de quelques applications de radium on arrive à voir les bourgeons se sphacéler et le calibre du rectum se rétablir, au point que ces trois malades dont les matières passaient complètement au niveau de l'anus iliaque vont maintenant à la selle par les voies naturelles, ont repris leurs occupations, ne souffrent plus et ont l'illusion d'être guéris.

Au point de vue de la technique, il y a un détail intéressant à signaler. Parfois on a essayé de commencer par faire un nettoyage des végétations néoplasiques à la curette ; il semble que ce soit une mauvaise méthode, car au moment de l'application consécutive du radium on peut avoir alors des poussées de lymphangite.

A une prochaine séance, je présenterai d'autres malades en cours de traitement.

M. PATEL. — Je puis vous rapporter une observation analogue à celle de M. Bérard ; il s'agit d'une malade ayant 60 ans, porteur d'un néoplasme utérin et qui était entrée dans le service de M. Pollosson, que j'avais l'honneur de remplacer au mois de juillet 1913. Je connaissais cette malade et j'étais bien décidé à faire pour elle tout ce que je pourrais ; une laparotomie exploratrice permit de se rendre compte de l'étendue de la lésion, qui était considérable, elle gagnait le ligament large des deux côtés, il y avait des ganglions très développés à droite et à gauche, la tumeur était donc bien inopérable. M^{me} Moutet, qui disposait de tubes de radium, a bien voulu se charger de faire des applications ; elle en a fait à deux reprises et la malade est partie très améliorée avec, comme la malade de M. Bérard, disparition des douleurs du côté des membres inférieurs.

J'ai eu l'occasion de la revoir dimanche dernier — il y a quatre jours, — cette femme que je ne m'attendais plus à rencontrer chez elle, est au contraire très bien portante et n'a plus eu de pertes, celles-ci ont

totalement disparu, l'état général tout à fait satisfaisant, alors que précédemment, elle était condamnée à garder le lit en raison des douleurs. Je suis très heureux de fournir ce résultat excellent, — au moins pour le moment, — relativement à ce qu'était la malade au mois de juillet dernier.

*
* *

RÉSULTATS ACTUELS DES SUTURES NERVEUSES.

M. LERICHE. — Il y a quelques mois, le professeur Morat, dans un article fort intéressant (1), a insisté sur la très grande rigueur qu'il fallait apporter dans l'observation pour juger des résultats réels donnés par les sutures des nerfs.

Le malade que je vous présente peut servir à illustrer son opinion; ce jeune homme a eu, il y aura bientôt sept mois, une *section complète du médian et du cubital, au tiers moyen de l'avant-bras*; actuellement, tous les mouvements de flexion de la main et des doigts se font normalement, tant et si bien qu'il est enchanté, qu'il veut reprendre son travail, que pour un peu il ne s'occuperait pas de réclamer une indemnité pour incapacité permanente. A vrai dire, le résultat de la suture a été presque nul; il persiste une légère griffe cubitale, les mouvements des interosseux et des lombricaux sont inexistant, l'adduction du pouce est insensible; les saillies musculaires de la main sont atrophiées, et à coup sûr, il n'y a aucune régénération dans le domaine de la branche profonde du cubital.

Ceci contraste avec la perfection des mouvements des fléchisseurs des doigts, qui devraient eux aussi être paralysés, étant donné qu'il s'agissait d'une section assez haute du médian et du cubital. Mais en réalité ce n'est là qu'une apparence: au moment de l'intervention, j'ai constaté que la section portait juste au-dessous de branches récurrentes, allant aux fléchisseurs, et c'est évidemment à ces rameaux qu'est due l'intégrité actuelle des mouvements des doigts.

On voit donc de par ce fait, qu'il faut tenir grand compte dans l'appréciation des résultats après la suture de la *hauteur exacte de la section*, et c'est ce que l'on n'a pas toujours fait, il s'en faut, dans les observations publiées.

(1) MORAT. Les greffes nerveuses. *Lyon Médical*, n° 25, 23 juin 1912.

Mais ce n'est pas sur ce point seulement que je voudrais attirer votre attention.

Ce blessé qui est jeune (il a 19 ans), a été opéré une heure après son accident, dans des conditions de technique parfaites (1), sutures paraneurotiques avec un matériel de sutures vasculaires, isolement de la zone suturée, dans un manchon aponévrotique prélevé sur le fascia lata. Il a guéri par première intention, sans infection, sans fièvre, et a été régulièrement par M. Chanoz ; il était dans les conditions idéales pour avoir une régénération rapide. Il n'en pas encore, à mon avis (2) ; on me dira qu'il faut attendre plus longtemps ; je le

(1) Voici son observation :

Le 12 aout, à deux heures, ce jeune homme fut blessé par une scie circulaire qui l'atteignit obliquement au niveau de l'avant-bras, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur : la section souleva une manchette musculaire et s'arrêta sur le cubitus qui fut entamé sur la moitié de son épaisseur. Je vis le blessé à l'Hôtel-Dieu, 1 h. 1/2 après je relevai le lambeau, liai la cubitale, l'interosseuse antérieure et l'artère du nerf médian ; puis je reconstituai, par des sutures, le plan des fléchisseurs profonds, totalement sectionnés. Je pus leur refaire leur aponévrose d'enveloppe, c'est sur ce lit aponévrotique que je suturai avec des aiguilles de Carrel et de la soie fine, les deux nerfs juste au-dessous d'un rameau allant aux fléchisseurs ; autour de chaque nerf reconstitué, j'enroulai un ruban d'aponévrose pris sur le fascia-lata, qui fut cousu de façon à faire un vrai tuyau engainant, puis le plan des fléchisseurs superficiels fut reconstitué, ainsi que le grand et le petit palmaire ; l'aponévrose antibrachiale fut également suturée et la peau simplement rabattue sans sutures.

Un plâtre immobilisa l'avant-bras et la main en flexion : il fut laissé dix jours. Quand il fut enlevé, les mouvements des doigts étaient possibles, les sutures musculaires avaient parfaitement tenu. L'électrisation fut commencée par le docteur Chanoz dans le courant de septembre.

(2) Voici la note que m'a transmise le docteur Chanoz :

Examen électro-diagnostic. pratiqué le 29 septembre : l'exploration faradique et galvanique des muscles et des nerfs de l'avant-bras conduit à cette double conclusion :

1° Les muscles tels que fléchisseurs des doigts, de la main, qui reçoivent leur innervation *au-dessus* des sections nerveuses, sont parfaitement excitables, *malgré qu'ils aient été sectionnés eux-mêmes*. La légère diminution d'excitabilité électrique constatée tient à l'atrophie.

2° Les muscles de la main, de l'éminence thénar, de l'éminence hy-

Granulée effervescente

**Pipérazine
MIDY.**

le plus puissant

le plus sûr

dissolvant de l'Acide Urrique

Stimule l'activité hépatique

Solubilités comparées de
l'Acide Urrique dans :

Pipérazine MIDY

	Bicarbonate de soude	Citrate de lithine	Citrate de potasse
92%	40%	20%	8%

2 1/2 Cuillerées à café
par jour

**Pipérazine
MIDY**

Ph^m Midy, 140 faubourg St. Honoré, Paris.

MÉDICATION LACTO-CRÉOSOTÉE

SIROP FAMEL

au Lacto-Créosote soluble

Phosphate de Chaux, Codéïne, Aconit, etc.

DOSES: de 2 à 3 cuillerées par jour.

Envoi gratuit d'échantillons
à MM. les Docteurs qui en feront la demande
86, Rue de la Réunion, 86, Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Le mal de tête, ses différentes formes, nature, diagnostic et traitement, par le Dr SIEGMUND AUERBACH. Un vol in-8°. Vigot frères, éditeurs, Paris. — 3 fr. 50.

La narcose. Théorie et pratique, par le Dr Th. HAMMES. Un vol. in-8° écu, cartonné toile, de 280 pages, avec 22 fig. dans le texte. O. Doin, éditeur. — 5 francs.

Pathologie gastro-intestinale, 4^e série : *Les grandes médications*, par les Drs Alb. MATHIEU et J.-C. ROUX. Un vol. in-8° de 432 pages. O. Doin, édit. — 8 fr.

Formulaire des nouveaux remèdes, par le Dr G. BARDET. 22^e édition, 1913. Un vol. in-18 jésus, cartonné toile, de 380 pages. O. Doin, édit., Paris. — 4 fr.

L'hystérie, définition et conception, pathogénie, traitement, par le Dr H. BERNHEIM, de Nancy. Un vol. in-18 grand jésus, cartonné toile, de 450 pages. O. Doin, édit. — 5 francs.

Précis de médecine légale, par L. THOINOT. Deux vol. collection Testut, formant 1660 pages, avec 56 planches, contenant 101 figures hors texte. O. Doin et fils, éditeurs. — 20 fr.

Varices du membre inférieur (pathogénie et traitement), par P. DELBET et P. MOCQUOT. Un vol. grand in-8° avec 20 planches hors-texte en noir et couleurs et 61 figures dans le texte. Félix Alcan, éditeur. — 18 francs.

Quelques consultations médicales, par R. OPPENHEIM, médecin de la Maison départementale de Nanterre. Un vol. in-16 carré, de 258 pages, reliure souple pleine toile. A. Rouzaud, édit., rue des Ecoles, 41, Paris. — 3 fr.

Précis de Pathologie chirurgicale, par MM. BÉGOUIN, BOURGEOIS, Pierre DUVAL, GOSSET, JEANBRAU, LECÈNE, LENORMANT, R. PROUST, TIXIER. Quatre volumes in-8°, avec très nombreuses figures dans le texte, cartonnés toile souple. Masson et C^{ie}, édit. — 40 francs.

Technique microscopique, d'après Bohm et Oppel, par E. DE ROUVILLE. Un vol. in-8° écu. Vigot frères, édit. — 8 fr.

Précis de physique médicale, par J. CLUZET, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Lyon. Collection Testut. 1 vol. in-18 grand jésus, cartonné toile, de 680 pages, avec 393 figures dans le texte et 10 planches, dont une en couleurs, hors texte. Doin et fils, éditeurs. — 8 francs.

panse aussi, mais je voudrais à son propos voir répondre par des faits à cette question : *Dans quelle mesure l'amélioration de la technique chirurgicale a-t-elle amélioré le pronostic de la suture nerveuse ?*

J'ai l'impression personnellement que cette amélioration n'est pas bien considérable et que la question de la régénération des troncs nerveux reste chirurgicalement entière. C'est pour soulever ce problème que je vous présente ce malade, à certains points de vue banal.

M. GANGOLPHE. — Les cas de guérison complète, après suture des nerfs, sont beaucoup plus rares qu'on ne le dit. Se connais un cas de guérison six ans après une paralysie totale du médian, par coup de feu au siège de Metz, et un autre pour le cubital.

M. DESGOUTTES. — M. Leriche a jeté la note triste sur le pronostic des sutures nerveuses; très souvent en effet on a des résultats très mauvais.

J'ai eu l'occasion d'opérer au printemps dernier un enfant de 10 ans, qui en tombant sur un tesson de bouteille, s'était sectionné le sciatique poplité externe; la tête du péroné avait servi de billot, la section était d'une netteté parfaite, absolument comme une section expérimentale. Le malade avait été très bien désinfecté; j'ai fait 36 heures après, une suture minutieuse, paraneurotique avec des aiguilles à sutures vasculaires; j'ai enfermé la suture dans un tunnel aponévrotique; la réunion se fit par première intention.

pothénar, les interosseux ne sont pas excitables par l'intermédiaire des troncs nerveux correspondants malgré la suture. Ils ne sont pas excitables directement par le courant faradique. Le courant galvanique les excite difficilement et les secousses sont extrêmement lentes. Pour les muscles dépendant du cubital, on a même l'inversion de la formule d'excitabilité.

En somme, réaction de dégénérescence complète, dont les systèmes musculaires dont le neurone moteur a été sectionné et malgré la suture.

Dernier examen électro-diagnostic pratiqué le 18 février 1914: après quatre mois et demi de traitement électrique, d'ailleurs inachevé, l'atrophie est généralement très diminuée. La réaction de dégénérescence persiste dans les muscles de la main, mais les secousses se font plus facilement et il n'y a plus d'inversion de la formule. Les secousses toujours très lentes, le sont moins cependant qu'en septembre. Le malade s'améliore.

Après trois ou quatre mois, le malade conservait toujours le pied tombant et marchait avec un soulier à tuteur externe. Je commençai à douter du résultat, lorsque j'eus la bonne surprise de voir le père m'amener son enfant parfaitement guéri, ayant retrouvé le jeu de tous ses muscles de la région antéro-externe de la jambe. Il avait fallu sept mois pour permettre à la régénération nerveuse de se faire.

Il y a quelques années dans la thèse de Müller, M. Bérard avait rapporté une observation de régénération parfaite de médian chez un enfant. Je crois qu'il faut attacher une très grande importance à la question d'âge et à la technique qui doit utiliser le plus possible les sutures fines paraneurotiques, avec enfouissement dans un canal aponévrotique.

M. GOULLIQUET. — J'ai dû, en 1887, faire une suture de tous les tendons fléchisseurs, au-dessus du poignet, en même temps que la suture du nerf médian et de la branche du nerf cubital qui innerve les interosseux.

A cette époque, après les sutures nerveuses, on étudiait presque exclusivement le retour de la sensibilité. Il m'avait paru d'une observation bien plus rigoureuse de rechercher le retour de la motricité. J'avais à ce point de vue, suivi mon opéré, un jeune homme de 14 ans, avec le plus grand soin, et vu successivement se produire la main en griffe et quelques troubles trophiques ; enfin, après des mois, la main se redresser, et la régénération s'affirmer par le retour du jeu des interosseux. Ce jeune homme est arrivé à jouer du piano.

L'opération avait été hâtive, et la cicatrisation sans suppuration.

Il n'en fut pas de même chez un second malade, opéré tardivement, avec une plaie infectée.

M. LERICHE. — L'analyse des faits semble indiquer que les régénérations sont habituelles au niveau du radial, peu fréquentes pour le médian et très rares pour le cubital.

C'est inexplicable à l'heure actuelle ; je voudrais que la discussion permette de préciser si cela est bien réel.

Séance du 26 février 1914

Présidence de M. VALLAS

RÉSULTATS ACTUELS DES SUTURES NERVEUSES.

M. G. COTTE. — Comme suite à la présentation qui vous a été faite dans la dernière séance par M. Leriche, j'ai l'honneur de vous présenter une malade à laquelle j'ai suturé le radial, il y a 18 mois ; elle offre un bel exemple de régénération nerveuse après suture secondaire.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une femme de 32 ans, qui avait été blessée par un carreau de verre le 24 juillet 1912. La coupure siégeait à la partie antéro-externe de l'avant-bras, à deux doigts environ au-dessous de l'épitrachée. Elle s'était étendue en profondeur jusqu'au squelette et avait intéressé le radial au point où il traverse le court supinateur.

Quand la malade entra à la clinique de M. Poncet (9 septembre 1912), la plaie était complètement cicatrisée ; mais on constatait l'existence d'une paralysie radiale tout à fait caractéristique. Au repos, la main était en demi-flexion et en pronation sur l'avant-bras, le pouce en adduction. Lorsque la malade essayait de relever le poignet, on constatait au niveau de l'articulation radio-carpienne de très légers mouvements d'extension qui semblaient dus à la conservation du long supinateur et des radiaux externes. La supination était très limitée et ne pouvait se faire spontanément. L'extension des doigts était complètement abolie. Au point de vue sensitif, il y avait de l'anesthésie sur la demi-circonférence externe de l'avant-bras et sur la moitié externe du dos de la main. La sensibilité était conservée au niveau des doigts.

Les muscles postérieurs de l'avant-bras étaient un peu atrophiés. Pas de troubles trophiques cutanés.

Intervention (11 septembre 1912). — Incision postérieure : au fond de l'interstice du radial externe et de l'extenseur propre, on isole le nerf jusqu'à son émergence du court supinateur ; toute la partie du

nerf mise à nu appartient au bout inférieur : elle est grêle et atrophiée.

Le bout inférieur étant repéré, on fait une incision antérieure pour rechercher le bout supérieur. Celui-ci étant découvert, on libère la cicatrice. On constate ainsi que la section a porté sur le nerf à deux centimètres environ au-dessous de sa bifurcation. On reconnaît successivement la branche antérieure et la branche postérieure.

Après avoir dégagé le bout supérieur de la branche postérieure, qui se perd dans le court supinateur et présente à son extrémité un névrome de cicatrisation déjà très marqué, avec une pince hémostatique on dilacère le trajet intra-musculaire du nerf ; puis, à travers cette brèche, on attire le bout inférieur du nerf qui avait été préalablement dégagé en arrière. Les deux bouts sont assez difficiles à rapprocher, mais en mettant le coude en flexion, on arrive néanmoins à les suturer très exactement. Pour cette suture, on se sert d'une fine aiguille à main et de soie 00. La branche antérieure est également suturée. Puis, les deux branches nerveuses ainsi reconstituées sont enfouies chacune dans une gaine musculaire.

Les suites de l'intervention ne présentèrent rien de particulier. Dès que les fils furent enlevés, la malade fut confiée à M. le professeur Cluzet, qui lui fit pendant deux mois environ des séances très régulières d'électrisation. Puis la malade cessa d'elle-même toute espèce de traitement.

Revue le 15 décembre 1912, elle ne présentait aucune ébauche de régénération nerveuse : il y avait seulement de très légers mouvements d'extension du poignet dus en grande partie à la conservation des fonctions du long supinateur et des radiaux.

Le 25 septembre dernier, *soit un an après la suture*, le résultat était tout différent, et on constatait déjà une réapparition presque complète de tous les mouvements.

A l'heure actuelle, *dix-huit mois après l'intervention*, vous voyez que la malade relève complètement le poignet et que, d'autre part, elle peut étendre très bien les doigts. Il est à remarquer, toutefois, que ces mouvements se font *en plusieurs temps, très paresseusement et très lentement*. La malade ne peut relever à la fois, en un seul temps, les doigts et le poignet ; elle relève d'abord le poignet, puis elle étend les doigts. D'autre part, elle ne peut garder longtemps cette attitude d'extension complète et elle éprouve une fatigue très rapide. Au point de vue sensitif, il persiste encore une légère zone d'anesthésie sur le dos du premier et du deuxième métacarpien. Pendant très longtemps, la malade a eu des fourmillements et des douleurs dans le domaine de sa paralysie ; mais, à l'heure actuelle, ces troubles ont disparu.

Tel est, Messieurs, rapidement résumé, l'état actuel de cette

malade. Les données qui précèdent permettent d'affirmer que, dans ce cas, le nerf sectionné s'est régénéré. Cette régénération a mis très longtemps à se faire ; et à l'heure actuelle, les fonctions du nerf semblent être encore en voie d'amélioration. Vous avez remarqué que, contrairement à la règle, il persiste encore ici quelques troubles sensitifs, alors que la réparation des fonctions motrices semble beaucoup plus avancée. Je n'insiste pas sur ces faits.

Au point de vue technique, vous savez que la découverte du nerf sectionné dans la traversée du court supinateur, peut être faite soit par la voie antérieure, soit par la voie postérieure ; Lejars (1), à la *Société de Chirurgie*, on a discuté jadis les avantages respectifs. Dans le cas présent, j'ai utilisé à la fois les deux incisions et je crois, étant donnée l'étendue même et l'état de la cicatrice que présentait ma malade, qu'il aurait été difficile d'isoler les deux bouts en se servant exclusivement de l'une ou de l'autre voie.

M. BÉRARD. — J'ai retrouvé dans les registres de mon service, les trois cas suivants de plaies des nerfs, traités par la suture immédiate ou précoce ; il s'agissait de plaies du nerf cubital. Chez aucun de ces malades, la motilité n'est revenue, et chez le premier, la sensibilité elle-même était encore absente au bout de cinq mois.

PREMIER CAS. — V. Bernard. (Obs., 1908. II. N° 253).

Il s'agit d'un homme de 33 ans, qui tenait une bouteille à la main. En tombant, il se fait une plaie à l'avant-bras. Section de l'artère et du nerf cubital.

A l'examen, paralysie très nette du cubital.

Intervention immédiate le 28 septembre 1908. Ligature de l'artère et suture du nerf au catgut fin, suture de soutien à la soie.

Revu le 2 mars 1909, soit *cinq mois* après le traumatisme. Malgré le traitement électrique, qui a été institué, on ne trouve encore aucune amélioration. Les troubles sensitifs persistent. L'anesthésie est absolue dans tout le territoire du cubital à la main, sur les deux derniers doigts et au poignet. Le malade s'est même brûlé sans s'en apercevoir. L'éminence hypothénar est très atrophiée. La main présente la griffe caractéristique. Les deux derniers doigts restent en flexion permanente. Le

(1) BONNET. Section du radial dans la traversée du court supinateur. Rapport de Lejars, *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1904, p. 4026.

malade ne peut écarter les doigts ni fléchir la première phalange en maintenant les deux autres étendues. En somme, paralysie complète et persistante dans le domaine des muscles de l'éminence hypothénar, des interosseux et des deux derniers lombricaux. Anesthésie persistante; pas de troubles trophiques cutanés. Peut-être l'état s'est-il amélioré depuis : mais le malade n'a pas été retrouvé pour un examen ultérieur.

DEUXIÈME CAS. — P. Louis, 1908. II. (Obs. 257).

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, qui s'était fait, avec une bouteille, une large plaie sur la face antérieure de l'avant-bras. Celle-ci siégeait à 2 centimètres environ au-dessus du pli radio-palmaire. Les tendons fléchisseurs superficiels et profonds, le grand et le petit palmaire avaient été sectionnés. En même temps, il existait une section complète du cubitus, et une section incomplète du médian.

L'intervention pratiquée le 2 octobre 1908, consista à réparer tous ces désordres. Le cubital fut suturé avec une petite aiguille de Reverdin et quatre fils fins de soie, après avivement des deux bouts. Les deux lèvres de la plaie du médian furent également rapprochées.

Le malade sortit de l'hôpital le 31 octobre avec une plaie complètement cicatrisée.

Revu en janvier 1911, soit plus de deux ans après son accident, il présente à ce moment une atrophie considérable de l'éminence hypothénar. Lorsqu'il ferme la main, le pouce et l'index fonctionnent normalement, mais pour les trois doigts extrêmes et surtout pour les deux derniers, il persiste de l'impotence dans le domaine des lombricaux et des interosseux. La sensibilité n'est diminuée que très légèrement dans toute la moitié interne de la main sur les faces dorsale et palmaire sans qu'on puisse exactement déterminer la ligne de partage. Il y a quelques troubles trophiques des téguments, avec un peu de moiteur constante de la main.

En somme, les fléchisseurs qui reçoivent leurs rameaux du médian ou du cubital par des filets dont l'émergence est située au-dessus de la section nerveuse, ont repris un fonctionnement normal. Les muscles qui, au contraire, sont innervés par la branche profonde du cubital sont restés paralysés, au moins partiellement. La sensibilité est à peu près récupérée.

Par contre, il a fallu réaliser des dispositifs spéciaux pour diminuer la température et ceci pour deux motifs : d'abord pour pouvoir rapprocher la lésion le plus possible du foyer lumineux et ensuite pour pouvoir interposer sans qu'elle casse, une plaque de verre susceptible d'arrêter la trop grande

quantité de rayons ultra-violet, émis par les lampes à vapeurs de mercure.

C'est en réalisant ces dispositifs que, parti du modèle primitif de lampe que je fais passer sous vos yeux, je suis arrivé à ce dernier type qui en diffère complètement et grâce auquel avec un brûleur de 6.500 bougies, je n'ai pas, à 30 centimètres, une température supérieure à 42 degrés. C'est avec cette lampe nouvelle que j'ai procédé à l'insolation du malade que je vous présente.

OBSERVATION. — Marcel, 14 ans et demi, arthrite du coude droit. A été opéré d'un hypospadias balanique en 1905, déjà dans le service.

Il y a trois ans, est revenu de nouveau pour une arthrite tuberculeuse du coude droit, que l'on a traitée par immobilisation et pointes de feu.

Au bout de trois mois, ne souffrant plus, il n'a plus reparu à la visite.

Actuellement (avril 1913), le coude droit est fixé en demi-pronation et en flexion à 40° environ. Il n'est pas douloureux spontanément, mais très sensible à la pression, sur toute la surface de l'articulation. Les fongosités débordent en arrière sur le côté interne de l'olécrâne. En avant, gros abcès qui s'étend du pli du coude jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous et bombe sur la face antérieure de l'avant-bras où la peau commence à rougir.

Les mesures au pli du coude en passant par l'olécrâne donnent pour le bras droit : 27 centimètres ; pour le bras gauche : 24 centimètres.

Gros ganglions axillaires droit et épitrochléen. L'enfant mange bien, ne tousse pas, mais est un peu maigre.

On commence l'exposition à la lampe. Le poids de l'enfant, en chemise, est de 44 kil. 600. Il présente une cyanose très marquée des extrémités.

16 avril 1913. — On sent à la face interne du bras, un cordon volumineux qui roule sous le doigt, et qui n'est autre que de la lymphangite bacillaire probablement.

31 juillet. — L'abcès a complètement disparu. Le coude est indolore, sec, et l'enfant, auquel on fait du sérum antituberculeux, a engraisé de 4 kil. 800.

26 février 1914. — Actuellement, coude indolore, sec, mesurant 24 centimètres, comme du côté opposé.

Limité encore dans l'extension et dans la flexion, ganglions disparus.

Poids : 54 kil. 500.

TROISIÈME CAS. — M. Léon, 28 ans, 1912 (Obs. 193).

Il s'agit d'un jeune homme qui avait reçu, le 8 novembre, un coup de couteau au tiers inférieur de l'avant-bras. Les tendons fléchisseurs superficiels et profonds, le grand et le petit palmaire avaient été sectionnés, ainsi que le médian et le cubital.

Premier pansement au service de garde de l'Hôtel-Dieu.

L'intervention, pratiquée le 12 novembre 1912, consista à suturer les tendons et les nerfs sectionnés. Malgré la désinfection minutieuse, qui avait été faite, dès le premier jour, il y eut un peu d'infection de la plaie ; et au quatrième jour, on fut obligé d'enlever une partie des sutures cutanées. La cicatrisation se fit néanmoins assez rapidement, et au mois de février, le malade fut envoyé à Longchêne. A ce moment, la sensibilité était revenue sur tous les doigts, sauf au niveau du cinquième. Le malade commence à fléchir un peu les doigts.

Revu au mois de juin 1913, le malade présente une atrophie considérable de la main. Les téguments sont froids et violacés ; les ongles sont striés et cassants ; la main est constamment couverte de moiteur ; la flexion des phalanges est à peine ébauchée ; les mouvements du pouce sont un peu revenus. Au point de vue sensitif, le malade accuse des fourmillements et des crampes dans la main.

En octobre 1913, l'état est sensiblement le même. Libération de la cicatrice qui est suivie d'une amélioration du jeu des tendons.

La sensibilité est revenue à peu près normale dans tous les territoires nerveux de la main.

Tels sont, Messieurs, les faits peu encourageants de plaies des nerfs, que j'ai eus dans mon service. Comme vous le voyez, dans aucun de ces cas, la branche profonde du cubital ne s'est régénérée, et à ce point de vue, ces observations viennent complètement à l'appui des faits signalés par M. Leriche, dans la dernière séance.

*
* *

À PROPOS D'HÉLIOTHÉRAPIE ARTIFICIELLE.

M. VIGNARD. — L'année dernière, à pareille époque, je vous avais entretenu de mes essais d'héliothérapie artificielle et vous avais présenté une malade atteinte d'un spina ventosa suppuré du premier métacarpien droit parfaitement guéri.

J'ai eu la bonne fortune de revoir cette malade qui a bien voulu se montrer à nouveau devant vous pour vous faire constater que la guérison s'est parfaitement maintenue, malgré que cette jeune fille travaille toute la journée de ses mains.

Depuis lors, j'ai poursuivi mes recherches et perfectionné beaucoup l'instrumentation en ce sens que, parti d'une lampe de 1.500 bougies sur 110 volts, je suis arrivé à avoir 6.000 bougies en deux brûleurs de 3.000 chacun, sur 220 volts et enfin, 7.000 bougies en un seul brûleur sur 500 volts, courant continu. Grâce à l'accroissement de la pression électrique aux bornes des brûleurs (500 volts), on obtient une intensité lumineuse formidable et une pénétration plus profonde des rayons lumineux.

J'ai traité jusqu'à présent, par ce procédé onze malades, porteurs de spina ventosa suppurés ou non, arthrite sous-astraglienne avec huit fistules ; tumeurs blanches du poignet ; tumeurs blanches suppurées du coude ; tumeur blanche du genou.

Ce dernier malade est encore en cours de traitement, mais extrêmement amélioré. Une petite malade atteinte de spina ventosa suppuré, a succombé à des lésions cavernieuses du poumon, qu'elle portait déjà à son entrée dans le service. Tous les autres ont guéri.

M. GANGOLPHE. — Je félicite M. Vignard de ses résultats extrêmement intéressants. Combien de temps et de séances il a fallu pour arriver à ces résultats chez les malades qu'il nous a présentés ?

M. VIGNARD. — Le traitement a commencé, pour le jeune homme, en avril 1913, voilà donc dix mois ; on a noté le 31 juillet que l'abcès a presque complètement disparu.

M. GANGOLPHE. — Les séances se font tous les combien ?

M. VIGNARD. — Tous les jours, en commençant par des séances d'un quart d'heure et en augmentant progressivement. Actuellement, le jeune homme doit faire huit heures par jour d'insolation ; quatre heures le matin, de 7 à 11 heures et quatre heures le soir, de 2 à 6 ; le malade du genou fait quatorze heures par jour.

M. GANGOLPHE. — Et cela sans immobilisation ?

M. VIGNARD. — Avec une immobilisation jusqu'à la fin de la période douloureuse ; le principe de l'immobilisation rigoureuse subsiste ; celui-ci est resté deux mois avec une gouttière.

* * *

RHINOPLASTIE.

M. DESGOUTTES. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade qui est entré dans mon service avec une perte de substance, de l'aile du nez. Il avait reçu un coup de pied de cheval, au moment où M. Pont nous a présenté ces cas de prothèse que vous n'avez pas oubliés. Je l'ai donc envoyé à M. Pont, qui a arrangé le nez de ce malade d'une façon admirable et qui va vous donner des détails sur sa méthode.

M. PONT. — Dans ce cas particulier, ma nouvelle méthode m'a rendu un grand service, parce que, avec les moyens dont on disposait autrefois (caoutchouc, argent ou céramique), il aurait été très difficile de faire un appareil de prothèse. Il aurait fallu employer un appareil de contention intranasal très difficile à porter et l'adaptation n'aurait pas pu être parfaite. Toutes les prothèses partielles que j'ai faites par ces procédés, m'ont donné des résultats médiocres, parce qu'il faut des appareils de contention très encombrants. Cette nouvelle méthode supprime toute espèce de contention ; l'appareil est facile à construire, le malade peut l'enlever, le nettoyer et le remettre lui-même en place très facilement. Nous allons lui demander de l'enlever et nous le recollerons ensuite.

M. GANGOLPHE. — Je crois être l'interprète de la Société en félicitant M. Pont pour les beaux résultats qu'il a obtenus ; cette nouvelle méthode va nous enlever beaucoup de travail qui ne donnait pas de grands résultats par les anciennes méthodes. Je demanderais à M. Pont s'il a eu à intervenir dans des cas où la charpente du nez était complètement détruite et où il a eu à refaire cette charpente.

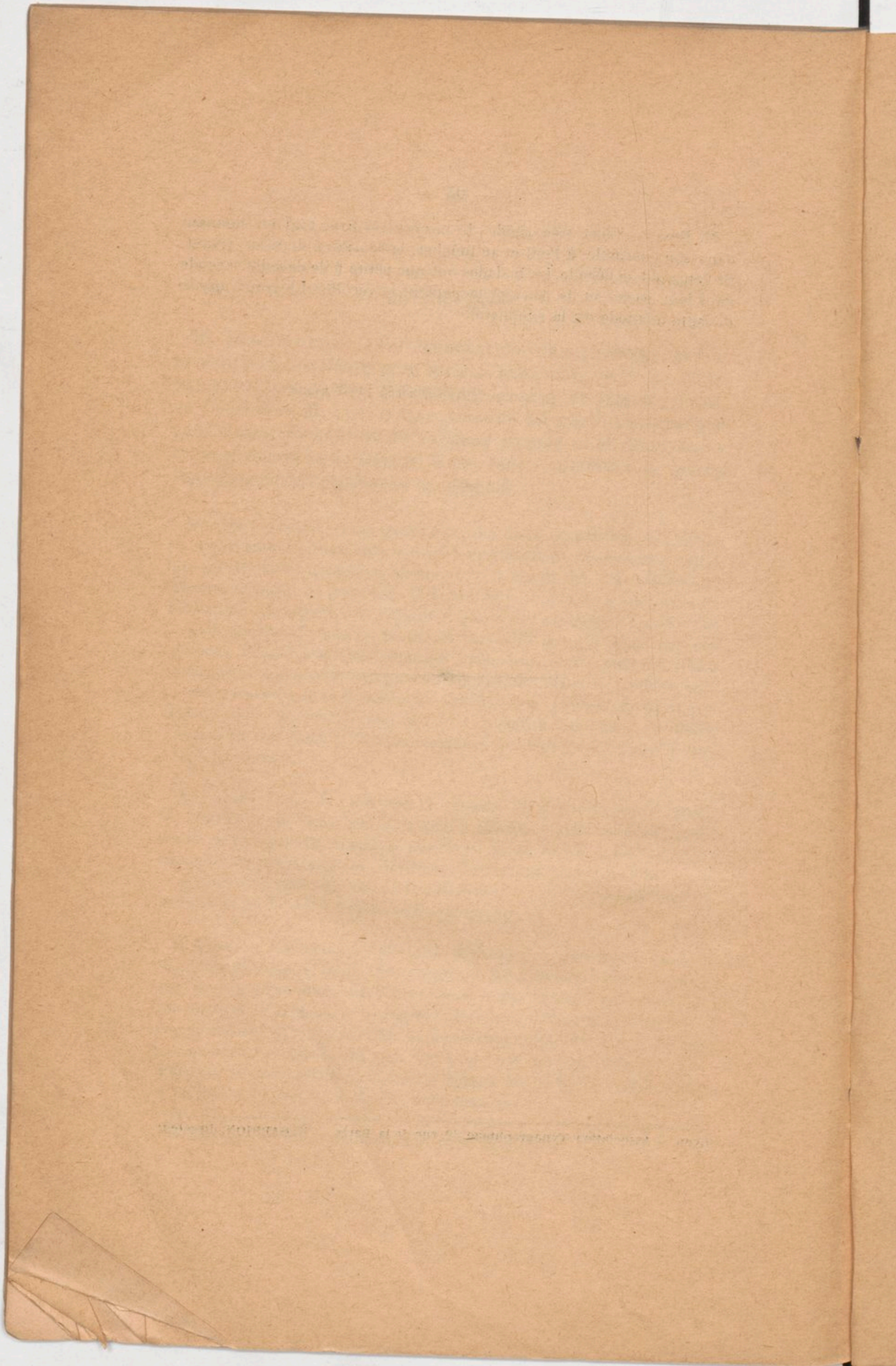
M. PONT. — J'avais convoqué trois malades à la précédente séance, un seul a pu venir et je n'ai pas encore pu vous présenter les deux autres. Mais je puis vous citer l'observation d'une malade qui avait eu une nécrose de la cloison, d'origine cocaïnique. Elle avait le nez totalement affaissé et je lui ai refait un nez complet qui tient très bien. Un nez semblable est d'ailleurs plus facile à faire qu'une prothèse partielle, car on peut dissimuler encore mieux les bords de l'appareil en les faisant coïncider avec les plis naso-malaires.

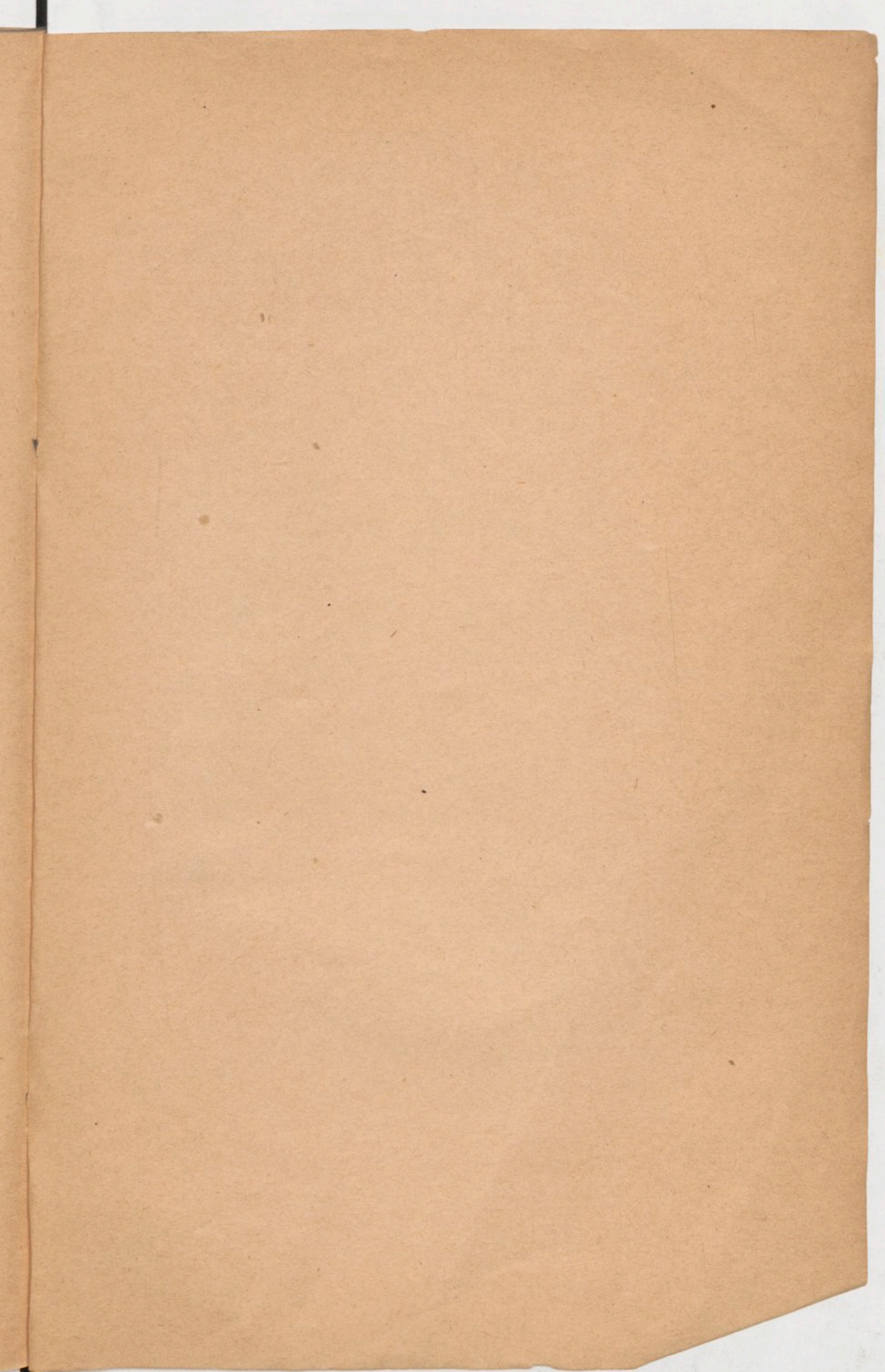
M. BÉRARD. — Et au point de vue de la rigidité ?

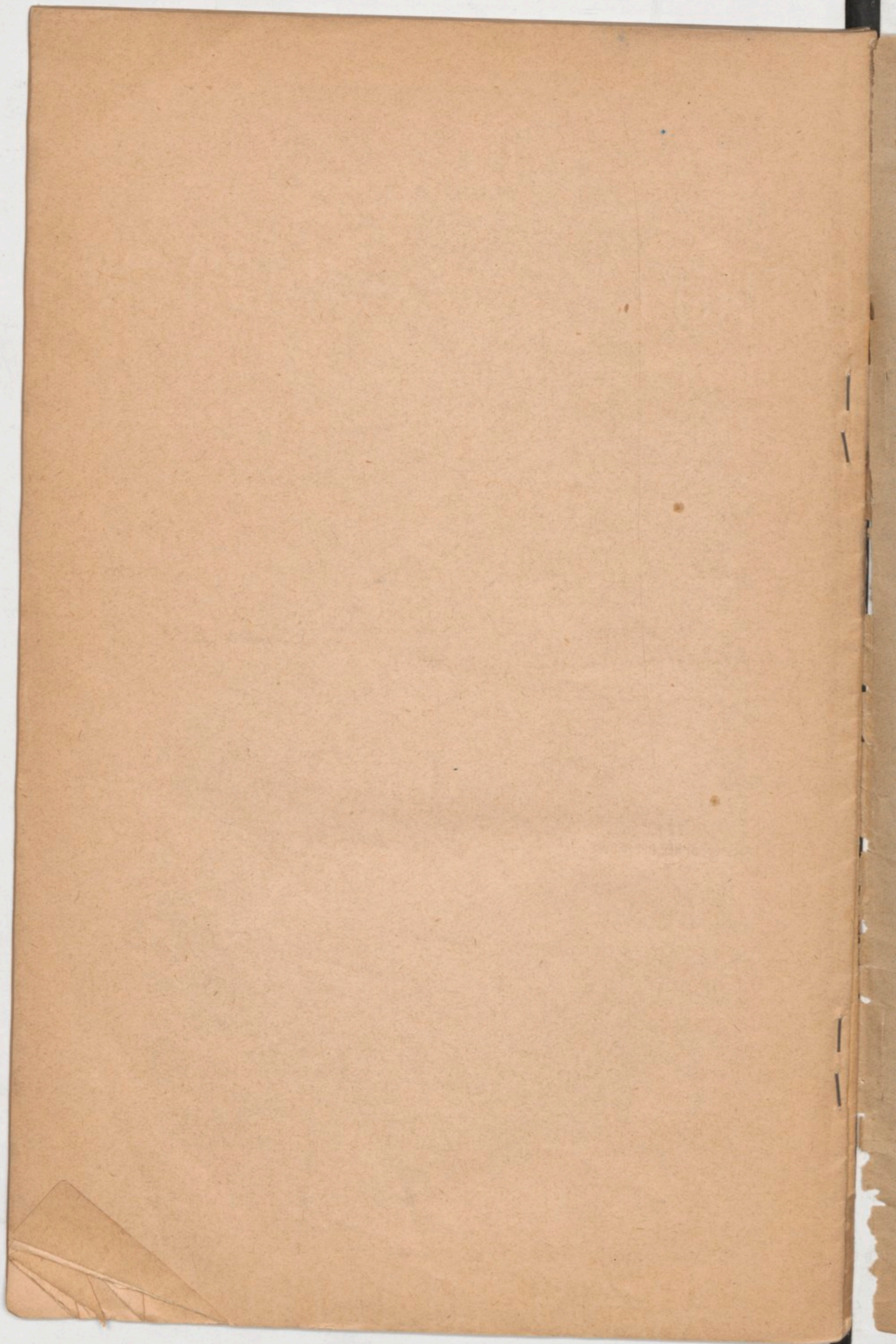
M. PONT. — C'est très rigide ; le nez est très fixe, tout en donnant dans son ensemble, à l'œil et au toucher, la sensation de tissu vivant. Si l'appareil se décolle, les malades ont une petite fiole de colle spéciale dans leur poche, et ils peuvent facilement le recoller. Le grand mérite de cette méthode est la simplicité

Le Gérant, D^r VALLAS.









SUC GASTRIQUE PUR
du porc vivant

DYSPEPTINE

du DR
HEPP

AFFECTIIONS GASTRO-INTESTINALES

Laboratoire
de
Physiologie

du Puits d'Angle
LE CHESNAY
(S.-et-O.)



Dépôt
pour
PARIS

CARRION & Co
54, Faub.
Saint-Honoré

Adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine.

POUDRE DE PEPTONE CATILLON

Produit supérieur, pur, agréable au goût, on ne peut plus nutritif,
10 fois son poids de viande assimilable.
Aliment des malades qui ne peuvent digérer.

VIN DE PEPTONE CATILLON

Viande assimilable et Glycérophosphates.
Rétablit les Forces, l'Appétit, les Digestions

3, Boul^d St-Martin, PARIS 1900 MÉDAILLE D'OR

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, HERPÉTISME, GOITRE, etc.

Tablettes DE Catillon
à 0^{gr}.25 de corps

THYROÏDE

Titre, Stérilisé, bien toléré, Efficacité certaine.

IODO-THYROÏDINE

Principe iodé, mêmes usages.

FL. 3 fr. — PARIS. 3, Boul^d St-Martin.

Granules de Catillon STROPHANTUS

A 0,001 EXTRAIT TITRÉ DE

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889; elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS**, etc.

Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

GRANULES DE CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CRIST. **TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE NON DIURÉTIQUE**

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON

Priz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos univ 1900.

3, Boul^d St-Martin, Paris et Ph^{ies}.

Puissant Modificateur du Terrain Tuberculeux

HISTOGÉNOL NALINE

Arsénio-Phosphothérapie organique
INDICATIONS: Tuberculose, Bronchites, Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Neurasthénie, Asthme, Diabète, Affections cutanées, Faiblesse générale, Convalescences difficiles, etc.

FORMES: Elixir, Emulsion, Granulé, Comprimés, Ampoules.

Echantillons: S'adresser Laboratoires A. NALINE, à Villeneuve-la-Garenne, près St-Denis (Seine).

Depuis quarante ans l'emploi du

Sirop d'Hypophosphites de fellows

est recommandé par les principaux médecins
spécialistes de tous les pays.

Le Sirop renferme les Hypophosphites, de FER,
de STRYCHNINE (1 milligr. dans chaque 5 Cc. de Sirop),
de CHAUX, de MANGANESE, et de POTASSE.

Sans Contredit :
Le Reminéralisateur le plus actif et puissant.

Défiez-vous < de produits similaires sans valeur.
de préparations "soi-disant aussi bonnes."

Dépôt général pour la France: 5, rue de la Paix, Paris.
Ce produit est Réglementé.

EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE DE

RUBINAT ÉTIQUETTE
LLORACH JAUNE
ÉCUSSON
ROUGE

La Seule approuvée par l'ACADÉMIE de MÉDECINE de Paris en 1880
Sulfate de Soude 96.65 — Sulfate de Magnésie 3.268.
DOSE NORMALE : Un verre à Bordeaux
Prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs
ordonnances RUBINAT Source LLORACH.

Avec ses bains **ROYAT** GUÉRIT
Carbo-gazeux
GOUTTE, ARTÉRIO-SCLÉROSE, CŒUR

LOTION DEQUEANT

**CHEVEUX
BARBE
CILS
SOURCILS**

Souveraine contre le SEBUMBACILLE,
CALVITIE, CANITIE, PELADE, TEIGNE
ACNÉ, SÉBORRHEE, etc. — Envoi n°
de l'Extrait des Mémoires de l'Acad.
de Médecine. Ecrire ou s'adresser à
DEQUEANT, Ph^o, 38, R. Clignancourt, PARIS
Prix de faveur au Corps Médical.

Dépôt chez BLANCHET, 5, place des Cordeliers, LYON

PURGYL
AGIT sans COLIQUES
LE MIEUX TOLÉRÉ par les ENFANTS
Ph^o KEHLY, 74, Rue Rodier, PARIS
Echantillons aux Médecins
PURGO-LAXATIF DOUX