

1871

DEPT. OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D. C.
APR 1 1871

137695

137695

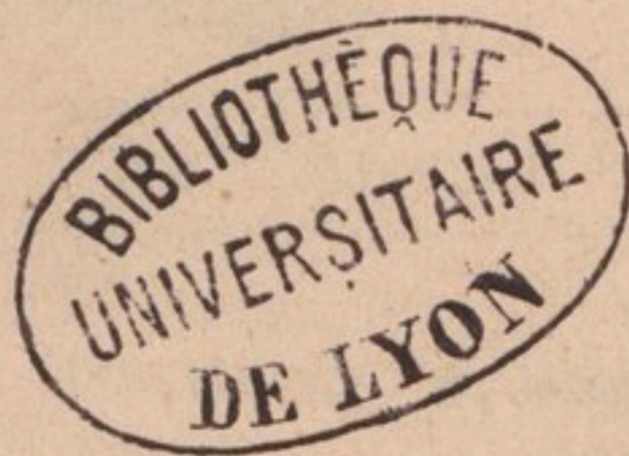
BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

ANNÉE 1905. — TOME VIII.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. — F. PLAN, DIRECTEUR

—
1905

1853

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

ANNÉE 1853. — TOME VIII.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA SORBONNE, 15. — V. LEVY, IMPRIMEUR

1853

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1905

BUREAU

| | |
|--|----------------------|
| <i>Président.</i> | MM. HORAND. |
| <i>Vice-Président.</i> | VINCENT. |
| <i>Secrétaire général.</i> | VALLAS. |
| <i>Trésorier-Archiviste.</i> | AUBERT. |
| <i>Secrétaires annuels.</i> | { BÉRARD. TIXIER. |

MEMBRES

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

MEMBRES CORRESPONDANTS

| | |
|----------------|---------------------------|
| BATUT. | LAGOUTTE. |
| CURTILLET. | REY (d'Alger). |
| DEBRIE. | RIGAL. |
| ECOT. | RUOTTE. |
| GÉRAUD. | SEVEREANU (de Buckarest). |
| JACOB. | VIALLE. |
| LABONNARDIÈRE. | GAUDIER (de Lille). |

MEMBRES DÉCÉDÉS

| | |
|------------|---------|
| BERNE. | OLLIER. |
| LAROYENNE. | MARCUS. |
| FOGHIER. | GAYET. |

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Séance du 5 janvier 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
**

LIGATURE DE L'ARTÈRE AXILLAIRE SECTIONNÉE
PAR UNE BALLE DE REVOLVER.

M. GAYET. — J'ai eu l'occasion de lier l'artère axillaire gauche du jeune homme que je vous présente dans les circonstances suivantes.

Le dimanche 18 décembre dernier, dans l'après-midi, ce jeune homme se tira un coup de revolver du calibre de 8 millimètres dans la région précordiale. La balle pénétra un peu au-dessus du mamelon où l'on voit encore l'orifice d'entrée sous forme d'une petite plaie noirâtre. Relevé, il fut transporté au poste de police où il resta près de deux heures perdant beaucoup de sang. Il fut enfin amené à l'Hôtel-Dieu où je le vis à huit heures du soir.

A ce moment il présentait tous les signes d'une hémorragie grave : pâleur de la face qui était couverte de sueur, petitesse du pouls du côté droit. Celui du côté gauche ne battait plus. Toute la région sous-claviculaire et axillaire gauche était soulevée par un gros épanchement sous-cutané. Le membre était plus pâle encore que le reste des téguments; mais la main n'était pas froide, la sensibilité était à peine altérée, légère sensation d'engourdissement, motilité intacte. D'après ces signes et d'après la direction présumée du coup de feu, il était certain qu'un gros vaisseau, probablement l'axillaire, était lésé. Je me décidai à pratiquer l'hémostase directe.

Ne sachant pas exactement le siège de la blessure vasculaire, je traçai une longue incision analogue à celle utilisée en anatomie pour la dissection du creux de l'aisselle, c'est-à-dire allant du voisinage du mamelon en suivant le bord externe du grand pectoral jusqu'à l'insertion de ce muscle sur le bras et se continuant même de quelques centimètres dans l'axe du membre.

Le pectoral reconnu et soulevé, l'aponévrose clavi-pectorale effondrée, je tombai sur un foyer hématique et j'évacuai un certain nombre de gros caillots; je vis l'humérale à son origine et remontai du côté de l'axillaire suivant les indications fournies par un stylet introduit dans le trajet de la balle, enlevant à mesure les caillots qui masquent les vaisseaux. Tout à coup un énorme jet de sang jaillit, que j'aveugle immédiatement en comprimant avec le doigt. La perforation était trouvée. Elle siégeait sur l'axillaire, dans sa position distale, à 3 ou 4 centimètres du bord du grand pectoral, au-dessus de la rencontre des deux racines du médian. Ces deux branches nerveuses, ainsi que la veine, étaient parfaitement intactes, ce qui est extraordinaire; seule l'artère était sectionnée complètement avec perte de substance d'environ un centimètre; les bords de la plaie étaient machés.

Nous étions, en somme, dans une portion de l'artère qui ne donne pas de collatérales, au-dessous des circonflexes et de la scapulaire inférieure, fait qui a son importance comme nous le verrons tout à l'heure. Cependant lorsque j'eus assez facilement et laissant toujours un doigt sur la plaie, posé un catgut sur le bout supérieur, l'hémorragie se reproduisit, assez faible d'ailleurs, par le bout inférieur, ce qui me fit bien augurer de

la nutrition ultérieure du membre. Un catgut sur ce bout inférieur assura complètement l'hémostase.

Avant de terminer, je cherchai la balle ; mon doigt reconnut assez facilement son trajet et s'y enfonça ; je fus mené ainsi contre le col chirurgical de l'humérus, et en contournant sa face interne j'arrivai, toujours en me laissant conduire par le tunnel creusé par le projectile, à travers les fibres postérieures du deltoïde, sous la peau, où je sentis un corps dur. Une petite incision en ce point permit d'amener en dehors la balle, sans la moindre difficulté.

Je plaçai par cette incision postérieure un drain allant jusque dans le foyer hématique, et je refermai complètement l'incision antérieure.

Les suites ont été des plus simples. Après une très légère élévation de température le lendemain, la fièvre céda complètement, le drain fut retiré le quatrième jour, la réunion de l'incision antérieure se fit par première intention.

Il n'y eut jamais aucun trouble dans la circulation et la nutrition du membre, pas d'abaissement de la température. Le pouls seulement est resté presque imperceptible dans la gouttière radiale, et la main est un peu plus sensible au froid que du côté opposé. Il persiste aussi un peu d'hyperesthésie dans les trois premiers doigts, mais pas d'anesthésie véritable. Les mouvements sont intacts, sauf ceux qui nécessitent la contraction des muscles de la paroi postérieure de l'aisselle qui sont un peu douloureux. Cela est dû à la plaie de ces muscles traversés par la balle. Le malade est sorti guéri le douzième jour après l'intervention.

Le fait d'une plaie artérielle guérie par la ligature des deux bouts dans la plaie est assez banal et ne mériterait pas de vous être présenté, si justement pour l'artère axillaire il n'y avait encore une légère indécision dans la thérapeutique chirurgicale. Les rapides recherches bibliographiques que j'ai faites m'ont permis de constater que l'accord n'était pas unanime parmi les auteurs sur les procédés d'hémostase à appliquer à ces plaies, et moi-même je m'étais demandé en face de mon blessé si le mieux ne serait pas d'aller droit à la sous-clavière pour la lier, plutôt que de risquer des recherches laborieuses dans une région défigurée par l'épanchement et où je pouvais

provoquer une nouvelle perte sanguine qui dépasserait la résistance du sujet déjà affaibli.

La Société de Chirurgie de Paris a eu à s'occuper à plusieurs reprises de cette question, et un rapport de Demoulin, en 1901, à propos d'une observation de Morestin, m'a remis en main les principaux éléments de la discussion.

Je ne rappelle que pour mémoire les opinions de Le Fort qui pendant longtemps a été classique ; on devait préférer la ligature de la sous-clavière dans le traitement des plaies de l'axillaire, et cela surtout pour éviter la section au cours de l'intervention, des branches qui à travers la paroi antérieure de l'aisselle sont susceptibles de rétablir la communication avec les artères du bras. En 1875, à l'occasion des faits de Terrier et Panas, la Société de Chirurgie fut très divisée, mais se rallia en majorité à l'opinion de Le Fort. Celui-ci indiquait une mortalité de 70.°/o pour les ligatures directes de l'axillaire.

Cependant, en 1888, Nélaton, dans un rapport très étudié, montre que l'asepsie doit modifier complètement les idées sur ce point et oppose une statistique plus récente de 6 cas avec 1 mort seulement.

Il se rallie donc complètement à la ligature des deux bouts dans la plaie et fait remarquer que cette opération a pour avantages d'éviter les erreurs sur le vaisseau blessé, de permettre aussi l'exploration des troncs nerveux voisins pour les suturer, si besoin est.

A la suite de cette communication, les idées se modifient et la ligature des deux bouts tend à devenir classique ; elle est conseillée par Kirmisson dans le *Traité de Chirurgie*.

Un certain nombre de cas de ligature ou même de suture artérielle de l'axillaire ont été depuis rapportés, mais beaucoup ont trait à des plaies au cours d'opérations pour cancer du sein, et ici on peut faire remarquer que la compression était depuis longtemps établie, les voies collatérales ont le temps de se développer et que ces faits ne prouvent rien pour la question du rétablissement de la circulation.

C'est cette question qui est en effet encore discutée, et nous voyons un interne de Paris, Derocque, publier en 1897, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un travail pour démontrer les dangers de la ligature de l'axillaire. Il s'appuie sur un cas personnel

malheureux (gangrène du membre ayant nécessité la désarticulation) et sur des expériences cadavériques (injections artérielles) pour conclure ainsi :

Le pronostic des ruptures de l'axillaire varie selon le siège de la lésion. A ce point de vue, on peut diviser le trajet du vaisseau en deux zones. La première va de la clavicule jusqu'au-dessus de l'origine de la scapulaire inférieure. Toute lésion de cette zone est relativement bénigne. La deuxième zone s'étend depuis au-dessous de la scapulaire inférieure jusqu'à l'humérale. La ligature y est presque fatalement suivie de gangrène, en raison de l'absence d'anastomoses.

La même année, un chirurgien belge, Soupard défend à l'Académie de médecine de Bruxelles les mêmes opinions : On doit lier la sous-clavière; lier l'axillaire est un acte téméraire exposant aux hémorragies et à la gangrène. Et il ajoute : « Les succès obtenus par la ligature entre la scapulaire inférieure et l'humérale profonde sont dus uniquement à une anomalie assez fréquente, la division prématurée de l'artère en deux branches. »

Pour affirmer ce qui précède, Soupart s'appuie, comme Derocque sur des injections artérielles faites sur le cadavre.

On voit que notre cas tire son intérêt de la région où la ligature a dû être appliquée. Nous étions dans cette région réputée si dangereuse, au-dessous de la scapulaire inférieure, au-dessous des circonflexes, non loin de la terminaison de l'axillaire; et cependant la circulation n'a jamais été complètement interrompue, puisque le bout inférieur saignait. Par où s'est rétabli le cours du sang ? Sans doute par les anastomoses intra-musculaires entre les branches supérieures de l'humérale et les artères acromio-thoraciques, scapulaires et circonflexes. Sans doute aussi doit-on tenir compte de l'âge du sujet et des différences profondes qui existent au point de vue de la fluidité entre le sang et les masses solidifiables que l'on injecte dans les artères du cadavre.

Quoi qu'il en soit, le fait nous paraît mériter de venir à l'appui de ceux de Nélaton et de Morestin pour démontrer l'exactitude de l'opinion qui tend à devenir classique : à l'axillaire comme pour les autres artères, le véritable traitement des plaies est la ligature des deux bouts dans la plaie.

On pourrait peut-être dans quelques cas tenter la suture, im-

possible chez notre malade de par l'état de contusion de l'artère. Peut-être aussi doit-on faire quelques réserves pour les plaies vues tardivement, avec anévrysme diffus, ou compliquées de suppuration et d'hémorragie secondaire, et aussi pour certaines déchirures étendues de l'artère dues à des manœuvres de réduction de luxation de l'épaule. Pour cette catégorie de plaies artérielles, le pronostic est très différent. Dans une thèse de Paris (1898), Bonfils donne la statistique suivante : 6 cas de ligature de l'axillaire avec 6 morts ; 8 cas de ligature de la sous-clavière, 3 guérisons, 5 morts.

On voit donc que si pour les plaies récentes, avec intervention immédiate, la question paraît tranchée en faveur de la ligature des deux bouts, pour les dernières éventualités que nous venons de rappeler, la ligature de la sous-clavière trouve encore de sérieuses indications.

M. GANGOLPHE. — J'approuve absolument la conduite de M. Gayet et le félicite de son résultat. Dans un cas d'anévrysme artérioso-veineux siégeant au même point, j'ai fait la double ligature des vaisseaux et le résultat a été excellent.

Dans le creux de l'aisselle il existe des différences anatomiques considérables au point de vue du lieu d'origine des collatérales, et par suite il est difficile de poser des indications précises découlant du simple siège de la blessure artérielle. Ce qui domine la scène, c'est l'infection. Quand celle-ci n'existe pas, il n'y a pas lieu de craindre des complications après la ligature de l'axillaire.

M. VALLAS. — Je ne crois pas qu'il faille actuellement tenir grand compte des cas de gangrène du membre supérieur après cette ligature.

Dans le cas de blessure de l'artère, il faut aller poser la ligature là où coule le sang.

Une fois au cours de l'ablation de ganglions néoplasiques de l'aisselle ayant envahi les vaisseaux, j'ai lié l'artère et réséqué la veine. Aucune complication grave n'est survenue, sauf une plaque de gangrène large comme une pièce de un franc sur l'olécrâne. Il en est de même pour la carotide primitive que j'ai liée souvent sans accident.

M. VILLARD. — On ne peut pas tabler sur les anciennes opérations, car il y avait toujours infection, et par suite le caillot formé au niveau de la ligature remontait de proche en proche par endartérite infectieuse jusqu'aux collatérales.

Quant au cas de M. Gayet, il forçait la main au chirurgien : on doit aller lier là où le sang jaillit.

PROSTATECTOMIE.

MM. VIGNARD et BARLATIER. — P. V..., tailleur de pierres, 68 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu, le 29 octobre 1904, pour des accidents de rétention d'urine.

Le malade, très difficile à interroger et qui répond fort mal, avoue que depuis longtemps il éprouve une grande difficulté à uriner et se lève 10 à 12 fois pendant la nuit. On le sonde régulièrement pendant plusieurs jours. Les urines retirées sont fétides et purulentes. Le malade, qui avait l'habitude de se sonder lui-même, a fait à plusieurs reprises des tentatives restées vaines qui ont amené un suintement hémorragique assez abondant.

L'examen du canal avec une sonde de Nélaton et avec une sonde en gomme à béquille, montre que celui-ci est perméable, même pour les sondes de numéro élevé, même 17 ou 18, à la condition de procéder avec une très grande douceur, ce que n'a pas toujours dû faire le malade, ou même ceux qui l'ont sondé.

Le toucher rectal montre une prostate volumineuse faisant du côté du rectum une saillie assez notable pour gêner la défécation et pour obliger à donner au malade des lavements presque quotidiens.

On place une sonde à demeure qui ne peut être supportée plus de 24 heures. D'autre part, lorsque le malade en est privé, l'évacuation de l'urine est impossible. Celle-ci s'écoule goutte à goutte.

Le malade souffre beaucoup. Il pousse des cris continuels, et deux cathétérismes par jour (tout ce qu'on peut faire à l'hôpital) sont insuffisants à assurer l'évacuation de la vessie.

En somme, ce qui dominait dans son état, c'était, non des phénomènes de diminution du calibre du canal, puisqu'on pouvait passer des sondes assez volumineuses, mais des phénomènes de rétention passive dus à l'atonie vésicale, sur lesquels venaient se greffer des congestions passagères, et surtout de l'infection et des phénomènes de cystite.

L'état général était médiocre. Le malade avait des accès de fièvre urineuse, et ces symptômes, joints surtout à son âge avancé, faisaient incliner plutôt vers un traitement palliatif qui fut continué pendant une vingtaine de jours.

Aucune amélioration ne se produisant, sur les insistances du malade, on fit une prostatectomie.

L'opération eut lieu le 18 novembre.

Elle ne présente aucun incident. Incision courbe prérectale entre les deux ischions. Ablation des deux lobes de la prostate, après incision et décollement de sa capsule. Les fragments de la prostate enlevée représentent le volume de deux grosses noix, et comme il arrive ordinairement elle apparaît moins volumineuse après l'ablation qu'elle ne le semblait au toucher. La paroi antérieure de l'urètre fut laissée intacte. On plaça dans le canal une grosse sonde qui ressortait par le méat, et on referma au-dessus l'urètre dans la région prostatique. Un gros drain sortait par la région périnéale dont la plaie fut rétrécie par des points de suture.

Les suites opératoires furent très simples, surtout si l'on songe à l'indocilité du malade qui dès le soir même avait enlevé sa sonde, son drain et ses mèches et refusait de tolérer un seul pansement, si léger soit-il, en sorte que jusqu'à ce jour il s'est borné à rester au lit sans pansement.

L'évolution et la cicatrisation fut cependant troublée par l'apparition d'un abcès urinaire à la racine des bourses quelques jours après l'opération, abcès qui était dû sans doute aux fausses routes faites antérieurement. Cet abcès fut incisé et drainé, mais traité également sans pansement.

Depuis trois semaines environ la fistule périnéale est complètement fermée. Le malade urine largement par le canal, et celui-ci est régulièrement calibré depuis huit à dix jours par des Béniqués et par une sonde métallique à grande courbure. Ce matin on a pu passer une sonde en gomme quelques instants après que le malade venait d'uriner, et on a pu constater qu'il ne restait guère dans la vessie plus de 20 à 30 grammes d'urine. Celle-ci est encore trouble.

Le malade se lève, dit-il, trois à cinq fois pendant la nuit.

Il n'a pas d'incontinence.

Au fond, ce cas vient à l'appui de ce fait déjà signalé que la prostatectomie rend service, même dans les cas où les troubles de canalisation sont dominés par les troubles d'atonie vésicale. Il semble que le muscle vésical recouvre comme une nouvelle jeunesse à la suite de l'ablation de la glande.

En outre, alors que les excrèses sont graves en général chez

des vieillards et des infectés, il semble bien que celle-ci fasse exception à cette loi puisqu'elle donne des résultats chez un vieillard de 70 ans, et alors que les soins consécutifs ont été nuls.

M. GOULLIQUOUD. — Cette observation est intéressante et me rappelle celles que j'ai observées avec M. Rafin qui s'occupe de ces malades à l'hôpital Saint-Joseph. En général, les résultats sont très bons.

Il y a une grosse importance à préparer d'abord son malade par une désinfection soignée de la vessie. Il faut en quelque sorte opérer les prostatiques à froid.

Dernièrement j'ai vu chez un prostatique atteint de suppuration de la prostate, d'abord ouvrir l'abcès pour enlever dans un deuxième temps la prostate, c'est plus prudent.

M. GAYET. — Je suis tout à fait d'accord avec M. Vignard au sujet de la bénignité de la prostatectomie. Les sept malades que j'ai opérés ont guéri très simplement. Celui qui se rapprochait le plus du malade présenté aujourd'hui était un vieillard de 76 ans, obèse, albuminurique et emphysémateux. Il était atteint de rétention prostatique avec infection, langue saburrale, fièvre ; le cathétérisme était mal supporté, ainsi que la sonde à demeure. Or ce malade a parfaitement résisté à la prostatectomie dont il a guéri en six semaines, sans fistule et sans incontinence. Il a repris sa vie ordinaire sans garder aucune trace de la grave maladie qu'il vient de traverser à un âge aussi avancé.

* * *

DEUX OBSERVATIONS D'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR CANCER DU COL SUR UTÉRUS GRAVIDE.

M. R. CONDAMIN. — Nous vous présentons deux utérus gravides, l'un de trois mois, l'autre de cinq mois de grossesse, enlevés par la voie vaginale pour cancer du col.

Le moment semble opportun pour cette présentation à cause des discussions actuelles sur la conduite chirurgicale à tenir en pareilles circonstances.

Voici tout d'abord ces deux observations :

OBSERVATION I.

Grossesse de 3 mois. Cancer du col. Hystérectomie vaginale. Absence de récurrence 17 mois après l'opération.

F. Chav..., réglée à 16 ans, toujours régulièrement. Mariée à 20 ans ; a eu six enfants dont quatre sont vivants. Le dernier accouchement en

1906 fut suivi d'une poussée inflammatoire du côté des annexes, qui guérit par le repos et la révulsion.

En 1902, fin août, après un retard de trois semaines, pertes abondantes. On constate quelque temps après une salpingite gauche. Le 20 octobre, ablation de cette trompe par la voie vaginale (Repelin et Jamin).

En 1903, au mois d'août, la malade, qui a un retard de trois mois dans ses règles, vient consulter pour des douleurs et des pertes.

On constate une grossesse manifeste de trois mois, puis sur le col une ulcération molle, mais friable et saignante, occupant tout l'orifice cervical, surtout la lèvre antérieure.

Diagnostic. — Grossesse de trois mois. Épithélioma du col.

Entrée salle Sainte-Thérèse, la malade est opérée le 1^{er} août 1903.

Après raclage soigné de la tumeur cancéreuse, hystérectomie vaginale, suivant notre procédé, c'est-à-dire ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur, hémisection médiane de la paroi antérieure, extirpation d'un œuf correspondant à une grossesse de trois mois, bascule du corps utérin dans le vagin, et, *comme dernier temps*, section du cul de-sac postérieur. Il s'écoule très peu de sang pendant l'opération.

La malade, revue 17 mois après l'opération, est en bonne santé.

La cicatrice vaginale est souple, et sans aucune récurrence.

L'examen histologique, pratiqué par M. Paviot, indiqua qu'il s'agissait d'un épithélioma (forme très maligne).

OBSERVATION II.

Cancer du col ; Grossesse de cinq mois ; Hystérectomie vaginale.

F. G..., âgée de 30 ans. Deux accouchements antérieurs. Régliée régulièrement jusqu'au 25 juillet 1904. A partir de ce moment, hémorragies irrégulières pour lesquelles la malade va consulter un médecin, qui constate une grossesse de quatre mois et demi, et une tumeur suspecte de la lèvre antérieure du col, saignante au toucher.

Je vis la malade, les derniers jours de novembre 1904. Le 2 décembre je pratiquai l'extirpation de cette lèvre antérieure. Celle-ci se déchire facilement et l'examen macroscopique de la tumeur fait d'ores et déjà reconnaître sa nature cancéreuse. L'examen histologique confirme ce diagnostic. Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux, forme diffuse, très maligne (M. Paviot).

Le 9 décembre 1904, je pratiquai l'hystérectomie vaginale : ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur, hémisection de la paroi antérieure, ouverture de la poche des eaux, extraction d'un fœtus de 5 mois environ (28 cent.), bascule du corps utérin dans le vagin, section et hémostase au moyen de ligature au catgut des ligaments larges, et *comme dernier temps*, section du cul-de-sac postérieur.

L'opération fut facile. L'abaissement du corps utérin dans le vagin se fit sans aucune peine, par suite de la mollesse des parois utérines.

Légère hémorragie par suite du décollement partiel du placenta après la rupture de la poche des eaux, hémorragie qui s'arrêta aussitôt après la bascule du corps de l'utérus dans le vagin. Suites opératoires simples.

Il est curieux de constater, en consultant la littérature médicale de ces dernières années, combien les opinions, relatives à la ligne de conduite à tenir en présence d'un utérus gravide, porteur en même temps d'un épithélioma limité du col, sont opposées.

La thérapeutique du cancer du col de l'utérus pendant la grossesse fut tout d'abord expectative, et c'est l'abstention systématique que préconisent les anciens Traités d'accouchement. C'est ainsi que l'on peut lire, dans le *Traité des accouchements* de Charpentier, paru en 1883, les conclusions suivantes sur la thérapeutique du cancer du col pendant la grossesse :

« Attendre est pour nous, dans ces cas-là, règle absolue ; il faut se borner, pendant la grossesse, à combattre les hémorragies par des applications directes de perchlorure de fer, par des injections astringentes et antiseptiques, etc. »

Puis avec la période antiseptique commença la phase chirurgicale, pendant laquelle, chirurgiens et accoucheurs préconisèrent les moyens radicaux, c'est-à-dire l'extirpation de l'utérus gravide cancéreux pour essayer de sauver la mère.

En 1894, Hernandez, dans les *Annales de gynécologie* (1), adoptait des conclusions très fermes : « Chaque fois, dit-il, qu'une femme enceinte est reconnue atteinte d'un cancer utérin, si le cancer est opérable, on doit pratiquer l'extirpation totale de l'utérus sans retard, quel que soit l'âge de la grossesse. » De même en 1900, Gailly (2), dans une thèse faite sous l'inspiration de M. Auguste Pollosson, préconise une conduite semblable.

Dans ces derniers temps, une réaction peut-être justifiée en partie par la malignité plus grande du cancer évoluant en

(1) HERNANDEZ : Traitement du cancer de l'utérus grvide, *Annales de gynécologie*, 1894.

(2) GAILLY : Thèse de Lyon, 1900. Du cancer du col de l'utérus pendant la grossesse.

même temps qu'une grossesse, mais surtout par un certain nombre de cas malheureux où les tentatives de cure radicale ont été suivies très rapidement d'une récurrence, qui amenait la mort de la malade, peut-être plus rapidement que si on l'avait délibérément abandonnée à son malheureux sort, la récurrence envahissant immédiatement le péritoine. Ces faits prouvent peut-être simplement qu'il faut limiter l'intervention aux cas peu avancés et pour lesquels on pourra opérer, autant que faire se peut, enlever tout le mal. Il nous semble, en effet, que l'abstention systématique et dans tous les cas, adoptée comme une règle absolue, ne saurait être admise sans discussion, tant qu'on n'aura pas prouvé que la récurrence du cancer après l'opération radicale est absolument fatale. C'est précisément cette récurrence fatale à laquelle croient MM. Bouilly, Pinard, Varnier, Champetier de Ribes, qui leur fait préconiser une thérapeutique d'abstention dans ces cas. Nous croyons utile de résumer la discussion qui eut lieu à ce sujet en 1901 devant la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (1).

M. Bouilly : « Il faut dans ces cas-là se laisser guider par ce principe : une femme enceinte qui a un cancer de l'utérus est perdue, quelle que soit la thérapeutique que l'on tiendra. Il n'y a donc aucun avantage à supprimer une grossesse puisque la femme est forcément sacrifiée. Plus on va et plus on a de chance de continuation de la grossesse. Il n'y a qu'un des facteurs qui soit intéressant, c'est l'enfant, on le laissera se développer et on se contentera de l'opération la plus simple, etc. En résumé, la conduite à tenir c'est l'abandon de la mère en faveur de l'enfant. »

M. Pinard est du même avis : « Pendant la grossesse, quel que soit son âge, l'expectative doit être la règle. »

MM. Varnier et Champetier de Ribes sont du même avis.

A Lyon, dans une thèse toute récente, faite sous l'inspiration de M. Commandeur, l'auteur adopte la conclusion suivante : « Dans le cancer, il faut laisser évoluer la grossesse et opérer le plus près possible du neuvième mois ou au début du travail (2).

(1) *Annales de gynécologie*, 1901. Discussion sur le cancer du col compliqué de grossesse.

(2) Paul DÈVE : Thèse de Lyon, 1904. Combinaison de la césarienne et de l'hystérectomie abdominale totale dans les cancers et fibromes de l'utérus.

En somme, ceux qui préconisent l'expectation et le sacrifice de la mère le font parce qu'ils considèrent celle-ci comme irrémédiablement perdue, qu'on laisse évoluer la grossesse ou qu'on pratique l'extirpation totale de l'utérus.

Or, ce pronostic absolument fatal pour la mère ne correspond pas absolument à la réalité des faits, et si le pronostic du cancer est, de l'avis de la plupart des auteurs, aggravé par la grossesse, les chances d'une cure radicale par l'extirpation totale pratiquée de bonne heure ne sont cependant pas réduites à zéro. C'est là ce que démontre M. Hense, assistant de gynécologie à l'Université de Königsberg, dans un travail qui a paru en 1901 (1). L'auteur a recherché quelles avaient été les suites opératoires de l'extirpation totale de l'utérus dans ces cas et qu'elle était la proportion des guérisons durables, et il considère comme telles les cas qui n'ont pas récidivé cinq ans après l'opération. L'auteur trouve ainsi une proportion de guérisons de 24 %.

Le Dr A. Condamin (2) a pu réunir, dans sa thèse de doctorat, 71 cas d'hystérectomies vaginales pratiquées pendant la grossesse. Sur ces 71 cas, il y eut 6 morts post-opératoires et 39 récurrences. Dans 15 cas, le temps écoulé entre l'opération et le moment où la malade, examinée, fut reconnue saine est insuffisant pour qu'on puisse affirmer qu'il n'y aura pas de récurrence, mais suffisant cependant pour justifier l'intervention pour quelques-uns de ces cas tout au moins. En effet, sur ces 15 observations, 6 fois on put constater l'absence de récurrence plus de deux ans après l'intervention. Enfin 11 fois l'opération a été vraiment radicale, c'est-à-dire qu'un laps de temps *minimum* de quatre ans s'est écoulé depuis l'opération sans que les malades aient présenté de récurrence; les cas restés sans récurrences sont ceux de :

| | | |
|----------------|-------------------|--------------------------|
| Landau, | pas de récurrence | 13 ans après l'opération |
| Doterne, | — — | 10 — — — |
| Dmitri de Ott, | — — | 8 — 1/2 — — |

(1) KONRAD HENSE : De l'influence de la grossesse sur les suites éloignées de la cure radicale du cancer utérin, *Zeitsch fur Geburtsh, und Gynækol.*, 1901, t. XLVI.

(2) A. CONDAMIN : Thèse Lyon, 1904, Résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale pour cancer du col pendant la grossesse.

| | | | | |
|-------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------------|---|
| Thirlhaber, | pas de récurrence | 8 ans après l'opération. | | |
| Winter, | — | — | 7 — | — |
| Olshausen, | — | — | 7 — | — |
| Olshausen, | — | — | 6 ans et 9 mois après l'opération | |
| Olshausen, | pas de récurrence | 6 ans | | — |
| Tehling, | — | — | 5 — 1/2 | — |
| Olshausen, | — | — | 4 — 1/2 | — |
| Hofmein, | — | — | 4 — 1/2 | — |

M. GOULLIoud. — Les résultats présentés par M. Condamin sont excellents. Ils nous démontrent que l'on peut étendre dans ces cas les indications de l'hystérectomie. Cependant il faut que les lésions néoplasiques du col soient encore limitées pour pouvoir exécuter des opérations ayant réellement la prétention d'être radicale.

Séance du 12 janvier 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.

A l'occasion du procès-verbal :

M. GOULLIoud. — A propos des indications de l'hystérectomie pour cancer de l'utérus coexistant avec une grossesse, j'avais dit que les chances opératoires à faire courir à la mère devaient être suffisamment nettes pour qu'on sacrifie sans regret le fœtus.

Le procès-verbal est adopté.

* * *

TUMEUR CONGÉNITALE DE LA RÉGION SUS-HYOÏDIENNE
LATÉRALE DROITE; HÉMOLYMPHANGIOME PROBABLE.

M. René HORAND, interne des hôpitaux, présente un petit malade du service de M. Nové-Josserand.

Ce malade, âgé de 5 ans, né à Trévoux, est entré à l'hospice de la Charité pour une tumeur congénitale.

Depuis la naissance, elle avait, disent les parents, un aspect qui faisait penser à un *molluscum*.

Il y a huit jours, sans cause connue, elle s'est mise à augmenter très rapidement de volume, elle est devenue arrondie, tendue et a pris de l'extension du côté de la région mastoïdienne et de la base du cou, sans s'accompagner de symptômes inflammatoires, ni de troubles de l'état général. A l'entrée, la tumeur a presque le volume du poing, elle est arrondie, elle occupe la région sus-hyoïdienne latérale droite. Elle se continue directement avec la joue.

En avant, elle respecte le menton, elle s'étend un peu au delà de la ligne médiane dans la région sus-hyoïdienne médiane. Elle ne paraît pas plonger profondément et dévier la trachée.

En bas, sa limitation est assez nette, a un travers de doigt environ au-dessus de la clavicule.

En arrière, le muscle sterno-cléido-mastoïdien semble la recouvrir sans lui adhérer; elle est mal limitée du côté de la région parotidienne. La peau qui la recouvre est à peu normale, on y distingue cependant des arborisations vasculaires qui cheminent dans le tissu sous-cutané sans avoir le caractère d'angiomes.

Sur le trajet de la jugulaire externe on trouve une dilatation veineuse qui augmente manifestement lorsque la tête est placée en position déclive; on ne trouve aucune tache angiomateuse.

La tumeur est de consistance ferme à peu près régulière, donnant par places la sensation de petits noyaux durs; il n'y a pas d'expansion, pas de souffle, mais elle présente en certains points des battements qui semblent être transmis. Elle n'est pas réductible; cependant, lorsqu'on met la tête très basse, dans la toux, et dans l'effort la tumeur paraît devenir un peu plus volumineuse et plus tendue. La compression de la jugulaire interne ne modifie pas cette tumeur. Elle est opaque.

Il n'y a aucun symptôme du côté de la bouche, le plancher n'est pas refoulé. Il n'y a aucun signe de compression veineuse, artérielle ou nerveuse. Il n'y a pas de troubles fonctionnels. La tumeur continue à augmenter de volume.

M. ALBERTIN. — Je connais cet enfant que j'ai envoyé à M. Nové-Jossrand. Mon diagnostic était le même que celui qu'on vient de nous exposer. Je suis d'avis que quoique grave l'intervention doit être tentée. Le pronostic est sans doute sévère, mais seule l'exérèse est défendable. Il faut rejeter toute idée de ponction même exploratrice et toute compression qui ne donnerait rien.

M. CONDAMIN. — Je me rappelle avoir observé et présenté à la Société un fœtus atteint d'énormes kystes séreux du cou. Les kystes étaient cloisonnés et bien limités. La communication avec la veine jugulaire interne ne me paraît pas probable, car il y aurait une augmentation plus nette de la tension intra-kystique dans la position déclive de la tête et la réduction sous la pression serait plus manifeste.

M. VILLARD. — J'ai présenté il y a quatre ans à la Société un enfant du service de M. Auguste Pollosson qui portait une tumeur de même nature dans le creux de l'aisselle. J'avais même craint qu'il y eût une communication avec la cavité pleurale, car la compression amenait une rétraction considérable de la tumeur et des phénomènes asphyxiques. Enfin la toux amenait de l'expansion du liquide contenu. En réalité il n'y avait pas de prolongement intra-pleural, mais un envahissement par la tumeur du creux sus-claviculaire. C'était un lymphangiome kystique.

Je ne crois pas non plus qu'il y ait chez le malade de M. Nové-Josserand de communication avec la jugulaire interne, car il y aurait du souffle. L'expansion serait plus nette et la peau laisserait deviner le liquide noirâtre sous-jacent. Du reste, la translucidité a-t-elle été recherchée ?

Je pense qu'il s'agit d'un lymphangiome kystique dont la paroi a laissé suinter du sang par une petite voie pariétale. C'est l'excision qu'il faut pratiquer et celle-ci se fait parfois plus facilement qu'on ne croit.

M. DURAND. — Il faut intervenir parce que le diagnostic est posé et parce que souvent ces lymphangiomes kystiques sont moins dangereux à enlever qu'il ne le semble de prime abord.

M. NOVÉ-JOSSERAND. — Je remercie mes collègues de leurs réflexions intéressantes et de leur encouragement à opérer : ma responsabilité s'en trouve déchargée d'autant. Il ne s'agit pas, je crois, d'un lymphangiome à grands kystes, car alors on sentirait les poches et on aurait une véritable fluctuation en certains points. Non, c'est une éponge kystique.

Le point en discussion est l'existence d'une communication avec la jugulaire interne. Les objections qu'on en a faites ne m'ont pas convaincu. On dit qu'il y aurait une réductibilité plus nette ; mais puisqu'il s'agit d'une éponge sanguine, cette réductibilité peut être difficile à percevoir, d'autant plus que dans ces petits kystes multiples il y a en somme peu de sang. D'autre part, il y a une modification de volume très appréciable dans la position déclive de la tête, aussi je considère la communication comme possible.

*
* *

OSTÉOSARCOME DE L'HUMÉRUS.

M. GANGOLPHE présente une malade à laquelle il a pratiqué une résection étendue de l'extrémité supérieure de l'humérus pour tumeur maligne.

M. BÉRARD. — Après la première communication de M. Gangolphe, j'avais tenté une opération conservatrice pour une tumeur d'origine pé-

riostique développée au niveau du tibia chez une fillette de 8 ans, au mois d'octobre dernier.

Cliniquement, il s'agissait d'une masse dure, bosselée, faisant corps avec les muscles du mollet, adhérente au squelette, mobile sous la peau, et qui avait acquis le volume d'une orange en trois mois. J'avais cru à un chondrome développé aux dépens du cartilage de conjugaison supérieur du tibia, car la tumeur, assez largement pédiculée en apparence, était nodulaire et presque pierreuse par places, peu douloureuse au toucher, elle ne déterminait pas beaucoup de gêne spontanée. La radiographie indiquait mal ses rapports avec le squelette.

Les parents avaient refusé l'amputation, au cas où le sacrifice du membre m'eût semblé nécessaire.

Je disséquai donc soigneusement la tumeur, en sacrifiant les faisceaux musculaires des jumeaux qu'elle avait envahis dans le profondeur, et j'arrivai sur la ligne oblique du tibia dont le périoste semblait avoir été le point de départ du néoplasme. Je ruginai avec soin l'os, qui paraissait lui-même sain ; je m'assurai de visu que les vaisseaux et nerfs tibiaux postérieurs étaient intacts. Et je terminai en enlevant un dernier noyau infiltré dans le soléaire.

Les suites immédiates furent bénignes ; l'enfant rentra chez elle pour six semaines, avec une botte plâtrée qui immobilisait le pied en bonne position. Quand elle revint, au début du mois de décembre, les plans profonds de la jambe paraissaient injectés par une masse assez dure, comme coulée sous la peau, et adhérente par places aux téguments. Cette récurrence diffuse ne permettait naturellement plus que l'amputation qui fut, cette fois encore, repoussée par la famille. Il n'y avait pas de ganglions dans l'aîne, rien de net à radiographie, pas de métastases viscérales décelables.

L'examen histologique fut pratiqué par M. Paviot, qui conclut à une tumeur d'origine périostique, très maligne, composée d'éléments embryonnaires à gros noyaux, avec un protoplasma granuleux, peu abondant ; les contours des éléments étaient à peine distincts les uns des autres.

Par la localisation et par la nature du néoplasme, je reconnais que le cas n'était pas plus favorable à une opération conservatrice.

M. GANGOLPHE. — Sans doute M. Bérard a eu la main forcée ; il a pratiqué la seule intervention qui fût possible en dehors de l'amputation. Il n'y avait pas d'utilité à faire une opération squelettique plus large, puisqu'il s'agissait d'une tumeur périostique. J'ajouterai toutefois que, pour le membre inférieur, je me déclare moins partisan des résections parostales que pour le membre supérieur. On ne sait pas encore comment pourrait s'effectuer la sustentation du corps au moyen du péroné seul, en cas de sacrifice partiel du tibia. MM. Viannay et Mollin font pour le moment des recherches à ce sujet.

Je dis résection parostale et non évidement : l'évidement des os m'a toujours donné de mauvais résultats, même pour les tumeurs à myéloplaxes : dans un cas de mon service, précédemment évidé par M. Mollin, il y eut une récurrence rapide, qui nécessita l'amputation.

*
* *

A PROPOS DE LA GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE.

M. ALBERTIN. — Dans les trois derniers cas où j'ai eu à intervenir sur l'estomac, je me suis trouvé deux fois en présence d'adhérences péri-pyloriques, et j'ai pratiqué la gastro-entéro-anastomose par le procédé de von Hacker.

Dans la troisième observation il s'agissait d'un homme âgé de 52 ans présentant depuis longtemps des signes d'hyperchlorhydrie et qui depuis trois mois avait vu survenir des vomissements. La cachexie progressive du malade nous amena à intervenir (28 août 1904). Je trouvais le pylore enserré dans des brides le reliant à la vésicule biliaire. Une bride large de deux travers de doigt put même être isolée et fut coupée sur la sonde cannelée.

Après avoir fait la libération du pylore et constaté qu'il n'existait pas de néoplasme apparent, ni d'induration, je fis la gastro-entéro-anastomose. Le malade guérit rapidement, et actuellement opéré depuis six mois il jouit d'une parfaite santé, digère bien et a repris son embonpoint.

La deuxième observation a trait à une femme de 48 ans ayant un passé d'ulcère gastrique et qui vomissait tous les jours en dernier lieu, voyait son état général devenir inquiétant (juillet 1904). Je pratiquai une laparotomie sus-ombilicale et trouvai un pylore atrésié par des brides de péritonite chronique sans masse indurée. Je fis également une gastro-entéro-anastomose après libération du pylore.

La malade guérit sans incident du côté de l'estomac, mais après avoir présenté une parotidite suppurée droite qui se déclara 48 heures après l'intervention et évolua en une quinzaine de jours.

La malade, opérée en juillet 1904, va actuellement bien. On peut rattacher cette complication à ces parotidites infectieuses que M. Condamine a signalées à la suite de laparotomie. Il se

ferait une sorte de suppression réflexe de la sécrétion salivaire que favoriserait l'infection partant de la voie buccale traversant le canal de Sténon pour gagner la parotide.

Ma troisième observation a trait à une femme de 42 ans, très émaciée, présentant des vomissements presque quotidiens (7 mars 1904). Après laparotomie, je constatai au voisinage du pylore, sur la face antérieure de la région prépylorique, une induration de la largeur d'une pièce de cinquante centimes. Je fis l'excision large par une incision elliptique à grand axe horizontal, puis, pour éviter toute atrésie consécutive, je fis la suture corticale en rapprochant les pôles plus éloignés de l'ellipse.

La malade guérit sans incident. Mais les troubles fonctionnels ne furent pas complètement supprimés, et actuellement si les vomissements sont supprimés, la malade conserve une dilatation stomacale considérable et digère mal. Elle n'a pas repris grand embonpoint.

Je regrette de n'avoir pas complété mon observation par une gastro-entéro-anastomose, et j'ai pensé que malgré l'ablation de la tumeur, l'état de la muqueuse pylorique est resté tel que le spasme persiste et nuit au bon fonctionnement de l'estomac.

L'examen de la tumeur, pratiqué par M. Paviot, montra qu'il s'agissait d'un épithélioma des glandes à mucus de la région pylorique.

Ces observations, et surtout la dernière, ne peuvent que confirmer l'opinion de la plupart des chirurgiens sur la nécessité de pratiquer la gastro-entéro-anastomose comme complément des interventions sur la région du pylore.

M. VALLAS. — La nécessité de pratiquer des gastro-entéro-anastomoses pour pallier les effets sténosants des brides pyloriques, a déjà été établie par une précédente discussion de la Société de Chirurgie. Les adhérences, que l'on s'est contenté de libérer, se reproduisent toujours rapidement.

Quant aux résections limitées d'une paroi de l'estomac au voisinage du pylore, elle sont inférieures comme facilité et comme résultats à la pylorectomie. Peut-être dans le cas de M. Albertin la suture transversale de la paroi antérieure de l'antra prépylorique avait-elle par elle-même donné une cicatrice gênante, orientée en sens inverse de celle de la pyloroplastie.

M. GANGOLPHE. — J'ai eu à intervenir dernièrement chez une femme obèse, pour une sténose pylorique d'origine biliaire. Je ne cherchai pas

à détruire les adhérences du pylore ; mais je fis d'emblée une gastro-entéro-anastomose postérieure. Et en même temps je pratiquai la cholécystostomie. Comme la paroi abdominale était trop grasse pour permettre la suture de la vésicule à la peau, je me bornai à protéger le péritoine voisin avec des mèches, et à laisser à demeure, sur la vésicule encore intacte, deux pinces hémostatiques qui amenèrent le sphacèle au bout de quelques jours. Il s'écoula alors une grande quantité de mucosités brunâtres, qui entraînaient au dehors 74 calculs. La fistule de la vésicule est aujourd'hui presque tarie.

M. ALBERTIN. — Chez ma malade, j'avais envisagé la possibilité d'une pylorectomie complète. Si je ne l'ai pas faite, c'est que la région malade était assez distante du pylore.

En tous cas, la persistance de la sténose ne pouvait pas être due à l'orientation défectueuse de la suture, qui fut pratiquée exactement comme pour une pyloroplastie. Je croirais plutôt à l'influence de la sécrétion trop acide de l'estomac, qui continuait son irritation directe ou réflexe sur le sphincter pylorique.

Séance du 19 janvier 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. BÉRARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté).

*
* *

RÉSECTIONS PARTIELLES DE L'ESTOMAC ; RÉSECTION EN V ;
RÉSECTION CYLINDRIQUE.

M. VALLAS. — J'ai l'honneur de vous présenter un certain nombre de malades sur lesquels j'ai pratiqué une série d'interventions gastriques.

Voici d'abord une gastro-entéro-anastomose. C'est une opération palliative à laquelle on est trop souvent acculé en raison de l'extension trop considérable des lésions néoplasiques. Je reste fidèle au procédé transmésocolique de von Hacker. Il est évident que le procédé en Y de Roux rétablit d'une façon beaucoup plus idéale la circulation digestive, et j'y ai eu recours un certain nombre de fois. Mais il exige un temps plus long et souvent il importe d'aller vite chez des sujets déjà cachectiques. Sa véritable indication est le rétrécissement cicatriciel du pylore. La gastro-entérostomie postérieure n'a d'ailleurs pas d'autre inconvénient que de permettre à la bile l'accès de la cavité gastrique, et je crois que dans les conditions ordinaires la bile ne pénètre pas dans l'estomac. La bouche anastomotique est assez fortement fermée pour ne s'ouvrir que de haut en bas sous la poussée des contractions stomacales.

Le second malade que je vous présente a subi, il y a trois

semaines environ, une pylorectomie. C'est l'opération de choix, quand elle est possible. Au contraire de M. Goullioud, qui nous a rapporté récemment une série d'observations sur ce sujet, je commence toujours par faire en premier lieu la résection nécessaire. Je ne me préoccupe que secondairement des sutures, et je fais alors soit l'anastomose du duodénum à la face postérieure de l'estomac, soit, si les deux organes sont trop éloignés, une gastro-entérostomie ordinaire.

Voici maintenant deux malades plus intéressants, car il s'agit ici d'opérations atypiques.

Le premier est un homme de 60 ans qui souffrait depuis longtemps de l'estomac, mais chez lequel on ne sentait encore aucune tumeur. Il était en outre atteint de bronchite chronique avec expectoration purulente. La laparotomie me permit de constater l'intégrité du pylore, et la présence d'une petite induration située exactement sur la petite courbure. Un ganglion de l'épiploon gastro-hépatique était gros et adjacent à la plaque indurée de l'estomac. J'isolai d'abord la masse envahie par une série de ligatures jetées sur l'épiploon gastro-hépatique. J'excisai ensuite le ganglion et la tumeur par une incision en V, comme s'il se fût agi d'un cancroïde de la lèvre. J'avais ainsi créé une perte de substance comprenant une partie de la petite courbure et un espace cunéiforme sur chaque face de l'estomac. La réparation en fut difficile. Ne voulant pas me résoudre à faire une suture parallèle au grand axe de l'estomac, comme cependant M. Jaboulay en a publié récemment un exemple heureux, et pour éviter le rétrécissement fatal de la cavité gastrique qui résulte de cette manière d'opérer, j'entrepris le rapprochement des surfaces cruentées par un double surjet perpendiculaire à l'axe. Je dois avouer que la suture des lèvres postérieures fut malaisée. J'avais peu de place pour manœuvrer dans l'arrière-cavité des épiploons, et si je faisais, comme beaucoup de chirurgiens, une série de trois sutures superposées, j'aurais été obligé de renoncer à mon projet; mais j'ai l'habitude de ne faire qu'un seul surjet séro-séreux en prenant peu d'épaisseur de tissus, l'expérience m'ayant appris que l'adossement des surfaces péritonéales n'avait pas besoin d'être large pour être solide. Il me fut donc possible de conduire un surjet séro-séreux de la pointe du V postérieur à la petite courbure, de jeter un surjet rapide sur tout le con-

tour de la muqueuse et de terminer alors la suture séro-séreuse du V de la face antérieure. Ainsi la cavité gastrique n'était pas déformée et le petit épiploon garnissait la petite courbure dans toute son étendue.

Sur la pièce enlevée on put voir un petit ulcère taillé à pic avec des bords durs et calleux, mais sans végétations bourgeonnantes. L'examen histologique, pratiqué par M. Paviot, a montré qu'il s'agissait probablement d'une ulcération tuberculeuse de l'estomac.

La quatrième malade est une femme qui se présenta également avec des troubles digestifs assez intenses, mais sans signes de sténose complète. Il y avait des régurgitations et de la pesanteur après les repas. Amaigrissement. Anachlorhydrie. La laparotomie me conduisit sur une plaque indurée semblable à celle du malade précédent, mais qui descendait beaucoup plus sur la face antérieure de l'estomac. En souvenir des difficultés que j'avais eues à suturer ma résection cunéiforme, je résolus de créer une perte de substance plus régulière. Après avoir placé des clans en avant et en arrière de la tumeur, je réséquai une zone cylindrique de l'estomac comme on le fait ordinairement pour l'intestin. Comme la lésion siégeait à peu près vers le milieu de l'organe, les deux segments que j'avais à anastomoser présentaient sensiblement le même calibre. Aussi la suture fut-elle facile, et cette opération, qui semblait plus considérable que la précédente, fut-elle terminée plus vite et plus simplement.

Il s'agissait dans ce cas d'une lésion ulcéreuse que l'examen histologique a dit être un adénome peu malin.

La malade présente encore quelques troubles digestifs ; mais elle a pris un peu de poids et surtout n'a plus son facies jaune et cachectique.

J'ai pensé qu'il était intéressant de vous rapporter ces observations. Les cas de pylorectomie ne se comptent plus, parce que le cancer orificiel se diagnostique facilement en raison de la sténose qu'il détermine. Mais à mesure que l'on se décidera à opérer avant l'apparition de ce syndrome clinique, il est à prévoir qu'on se trouvera de plus en plus souvent en présence de lésions limitées des faces et des bords. A ces lésions il faut opposer des opérations atypiques et il y a toute une chirurgie autoplastique de l'estomac à créer, laquelle peut être aussi

riche et variée dans ses procédés que la cheiloplastie. La voie est d'ailleurs ouverte et Jedlicka, assistant de Maydl a publié récemment un travail important sur ce sujet. C'est ce qui m'a engagé à vous parler aujourd'hui avec quelques détails de ces résections partielles et atypiques de l'estomac.

*
* *

KYSTE DU LIGAMENT LARGE; TORSION; ABLATION
PAR LA VOIE VAGINALE.

M. VILLARD. — La pièce que je vous présente est constituée par un kyste du volume d'une grosse orange, développé dans l'aileron tubaire du ligament large droit et tordu au niveau de son pédicule constitué par la trompe elle-même.

J'ai enlevé cette tumeur il y a quelques jours chez une femme de 29 ans qui présentait depuis quinze jours des crises douloureuses dans la fosse iliaque droite et le petit bassin, s'accompagnant de phénomènes péritonéaux sérieux. Le passé pathologique de cette malade était peu chargé, en dehors d'accidents infectieux post partum trois ans auparavant, qui ne s'étaient du reste accompagnés d'aucun trouble persistant du côté de l'appareil utéro-annexiel.

Le 12 décembre dernier, sans cause appréciable, cette femme fut prise d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite, avec état nauséux et vomissements. Ces premiers accidents furent de courte durée, car la malade put reprendre son travail jusqu'au 1^{er} janvier. A cette date, réapparition des douleurs, qui acquièrent une telle intensité, qu'un médecin appelé songe à une appendicite et ordonne le repos absolu au lit. Nouvel accalmie qui permet à la malade de reprendre ses occupations.

Le 12 janvier, dans la soirée, nouvelle poussée s'accompagnant de météorisme abdominal, d'arrêt à peu près complet des selles et des gaz, de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite et dans le petit bassin, et enfin d'un état nauséux très marqué. Le pouls est à 110, bien que la température ne dépasse pas 37°,7. La malade se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Lorsque j'examine cette femme le lendemain de son admission, l'état général est meilleur, des émissions gazeuses ont

eu lieu par l'anus, les douleurs sont moins vives, le pouls est à 100, la température reste normale. L'exploration du ventre permet de sentir profondément dans la fosse iliaque droite une défense nette de la paroi abdominale, sans qu'il soit possible de retrouver une zone d'empâtement réelle. Cette exploration est douloureuse. Le toucher vaginal montre l'utérus de petit volume, sans ramollissement du col, repoussé très en avant par une grosse tuméfaction du cul-de-sac postérieur. Cette tuméfaction, très douloureuse à la pression, est arrondie, faisant assez facilement saillie en bas et se prolongeant en haut vers la fosse iliaque droite.

Les règles sont apparues avec un retard de trois jours, mais normales aux autres points de vue.

Le diagnostic se posait entre une salpingite, une hématocele ou des phénomènes d'appendicite pelvienne. Je penchais, mais sans être du tout affirmatif, vers cette dernière hypothèse, éliminant l'idée de salpingite en raison de l'absence d'antécédents et de l'intégrité absolue des annexes gauches. Bien que très admissible, je rejetais l'hématocele en raison de l'état du col utérin, de l'absence de signes d'hémorragie interne et du retard notable des règles.

L'appendicite pelvienne me paraissait plus probable, par les poussées successives présentées par la malade, par la localisation des douleurs à droite, et enfin la constatation d'une collection plongeant dans le cul-de-sac postérieur, mais se prolongeant aussi en haut vers la fosse iliaque droite.

Le lendemain 17 janvier, je pratiquais la colpotomie postérieure; l'ouverture du cul-de-sac de Douglas laissa écouler une notable quantité de liquide séro-hématique, et me conduisit immédiatement sur une tumeur kystique que je ponctionnais et pus extraire ensuite avec la plus grande facilité; son pédicule était constitué par la trompe utérine qui avait subi une torsion de trois demi-tours de spire. Une pince fut laissée à demeure sur ce pédicule. Les suites opératoires furent simples et actuellement cette femme est complètement guérie.

L'examen de la pièce que je vous présente montre qu'il s'agit d'un kyste développé dans l'aileron supérieur du ligament large au voisinage de la trompe; il paraît être développé aux dépens des débris embryonnaires du parovaire.

L'intérêt de ce cas réside tout d'abord dans ses caractères

anatomiques, et dans les signes cliniques observés qui ont simulé assez exactement, à part la fièvre, les symptômes d'une appendicite pelvienne. Signalons enfin que ce kyste était prolabé dans le cul-de-sac postérieur, et qu'il est rationnel d'admettre que la torsion s'est faite avant le prolapsus, fait qui cadre avec ce que nous savons des salpingites tordues et aussi avec les douleurs observées chez notre malade, celles-ci ayant été d'abord abdominales, puis pelviennes.

M. A. POLLOSSON. — Le cas de M. Villard m'a beaucoup intéressé, car il est rare de voir un kyste de cette nature présenter de la torsion.

Dans l'exposé de son observation, M. Villard a dit que les salpingites et les annexes prolabées dans le cul-de-sac postérieur ne se tordent que rarement. C'est exact, mais elles peuvent facilement se tordre d'abord, puis se prolaber. J'en ai observé un cas très manifeste.

Quant à la symptomatologie qu'il nous a décrite, elle rappelle celle qui appartient aux hématomes de l'ovaire. Ces hématomes, dont j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas, évoluent comme une grossesse extra-utérine et donnent lieu à une tuméfaction latérale rappelant la grossesse tubaire.

Séance du 26 janvier 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

DEUX CAS DE TUBERCULOSE DES KYSTES DE L'OVAIRE.

M. Auguste POLLOSSON. — J'ai eu l'occasion d'observer et d'opérer, à la clinique gynécologique, deux malades atteintes de kystes de l'ovaire envahis par des productions tuberculeuses. Je désire faire connaître ces deux observations et les faire suivre de quelques réflexions sur la question encore peu connue de la tuberculose des kystes de l'ovaire.

OBSERVATION I.

P... Marie, 25 ans, couturière, célibataire. Cette malade est entrée à la Charité le 30 novembre 1903, pour un kyste de l'ovaire droit.

Réglée à 14 ans, régulièrement; les règles sont normales comme quantité, durent cinq jours et ne sont pas douloureuses.

Fièvre typhoïde à l'âge de 14 ans. Trois mois après la guérison, la malade eut une péritonite qui dura un mois et demi, avec fièvre; le médecin pensa à une péritonite tuberculeuse.

Pas de lésions pleuro-pulmonaires.

Jamais de grossesse ni de fausse couche.

L'affection actuelle a débuté il y a deux mois environ, par des douleurs abdominales prononcées du côté droit, précédées de troubles digestifs consistant en diarrhée, sans vomissements. Cette diarrhée fait place à de

la constipation, le tout n'exigeant pas le repos au lit, mais seulement l'interruption du travail.

Les règles sont venues le 23 octobre avec un retard de dix jours, plus abondantes, sans caillots, et peu douloureuses. Les douleurs abdominales furent très soulagées, mais elles reparurent il y a quinze jours, aussi fortes que la première fois, sans vomissements, exigeant le repos presque complet, soit au lit, soit dans un fauteuil. Les règles sont revenues le 22 novembre, accompagnées de caillots d'odeur fétide; elles ont duré cinq jours, comme d'habitude. Depuis lors, les douleurs ont presque disparu.

Pertes blanches abondantes depuis deux mois, avec légères douleurs à la miction, il y a trois semaines.

Constipation habituelle.

L'utérus, de petit volume, difficile à sentir, est situé en arrière de la symphyse; sa mobilisation est un peu douloureuse; le col est un peu mou.

En arrière de l'utérus et à droite, on sent par le palper et le toucher combinés une masse du volume d'une grosse tête fœtale élevée, et accessible difficilement par le toucher derrière l'utérus. La consistance est celle d'une poche liquide. A ce niveau le ventre est un peu saillant; il y a de la matité. La palpation n'est pas douloureuse. La mobilisation de la tumeur n'entraîne pas l'utérus.

Intervention le 3 décembre 1903, par M. Auguste Pollosson.

Incision sous-ombilicale. Après section d'une adhérence épiploïque on voit, à droite, un kyste, peu tendu, qui paraît être sous-péritonéal. Ponction. Il s'écoule un liquide brunâtre qui est recueilli pour en faire l'examen cytologique.

L'extirpation n'entraîne pas de difficultés. La tumeur est décortiquée de ses adhérences, qui sont assez fortes au niveau de la face antérieure de l'utérus.

Ablation concomitante de la trompe droite. En détachant les adhérences au bassin, on trouve un point de suppuration dans le fond du bassin.

Drainage vaginal au moyen d'une mèche de gaze. Fermeture complète de l'abdomen.

9 Décembre. Ablation complète de la mèche vaginale et des sutures de la paroi.

La suppuration vaginale, fétide au début, s'est peu à peu tarie. Néanmoins la température reste élevée entre 37°,5 et 39°. Rien à l'auscultation.

18 Décembre. Température toujours élevée. On sent à droite, par le toucher, un épaissement du ligament large. Dilatation au moyen du doigt. Il s'écoule un peu de pus.

20 Décembre. Ouverture d'un abcès de la région fessière.

La température tombe.

La malade quitte l'hôpital le 3 janvier 1904.

Examen macroscopique. — Le kyste est environ du volume d'une tête d'adulte. Il est difficile de dire s'il est développé dans le ligament large ou bien dans le Douglas et fixé à ce niveau par des adhérences. En tous cas, la surface externe du kyste n'est pas lisse; on a dû le décortiquer ou le dégager d'adhérences sur presque toute sa surface.

La poche kystique présente à sa surface interne un semis de granulations jaunâtres du volume d'un grain de millet, rappelant les granulations miliaires tuberculeuses.

La trompe épaissie a son pavillon ouvert et rampe à la surface antérieure du kyste. Sa paroi interne est épaissie et congestionnée.

La poche du kyste offre à sa partie inférieure un épaississement localisé de la paroi; à la coupe on reconnaît un reste de l'ovaire; ce débris ovarien présente un petit kyste hématique.

A côté du kyste principal, au contact du tissu ovarien, existe un petit kyste du volume d'une noisette, indépendant de la poche principale.

Examen microscopique. — La couche externe de la paroi présente des fibres musculaires lisses assez abondantes, des faisceaux conjonctifs et une vascularisation assez abondante.

La couche interne est constituée par un tissu inflammatoire à la surface duquel le revêtement épithélial fait défaut, mais dans la profondeur se trouve de nombreux culs-de-sac glandulaires revêtus d'un épithélium cylindrique. Au voisinage de la surface, des cellules se groupent en amas, dont le centre jaunâtre a subi l'évolution caséuse. Quelques nodules tuberculeux plus caractéristiques sont formés de cellules géantes entourées d'une zone de cellules épithélioïdes.

L'examen histologique du petit kyste montre qu'il est revêtu d'un épithélium cylindrique très régulier à une seule couche. On ne trouve aucune lésion tuberculeuse sur les préparations du petit kyste et du reliquat ovarien.

Dans les débris ovariens on constate l'existence de corps hyalins, sans bordure épithéliale, présentant les caractères des *corpora albicantia*, résultat ultime de l'évolution des corps jaunes dans l'ovaire.

Examen du liquide retiré par la ponction. — M. le Prof. J. Courmont a bien voulu se charger de cet examen et nous a envoyé la note suivante :

- 1° Pas de bacilles de Koch par la méthode de Ziehl.
- 2° Le liquide a été centrifugé et le dépôt coloré par l'éosine hématéine.

| | |
|---|-----------|
| Lymphocytes | 88 p. 100 |
| Polynucléaires | 5 — |
| Grands mononucléaires ou cellules endothéliales | 7 — |

Donc s'il s'agissait d'une pleurésie, on affirmerait la tuberculose. Il n'est pas permis d'être aussi affirmatif sur le contenu d'un kyste, mais l'examen fait pencher en faveur de la tuberculose.

OBSERVATION II.

Antoinette D..., 32 ans.

Entrée à la Charité le 7 novembre 1904. Opérée le 21 novembre.

Cette malade était venue à la consultation gratuite à la Charité, se plaignant de douleurs abdominales, surtout du côté droit.

Mariée depuis douze ans, cette femme n'a jamais eu d'enfant, ni de fausse couche.

L'affection actuelle a débuté, il y a plus de quatre ans. La malade dit qu'elle sentait à ce moment dans la fosse iliaque gauche une grosseur indolente du volume d'un œuf.

Il y a deux mois, la malade prit brusquement une douleur vive dans tout l'abdomen et dans les lombes. Cette douleur se calma au bout de deux jours, au moment où apparurent les règles, et reparurent ensuite quand les règles eurent cessé ; elle se localisa au niveau de la fosse iliaque droite. Depuis ce moment, elle diminue progressivement, mais n'a pas complètement disparu.

Depuis un mois et demi environ sont apparues quelques pertes blanches.

Depuis deux mois, diminution de l'appétit et amaigrissement. Constipation. Douleurs légères dans la miction.

Examen de la malade : Le ventre est développé et on sent par la palpation une grosse tumeur fluctuante, remontant presque à l'ombilic.

Au toucher : le col utérin est reporté complètement en avant, derrière la symphyse des pubis ; le palper, combiné au toucher, ne permet pas d'apprécier nettement la situation du fond utérin. Le Douglas est distendu ; à gauche, on sent une masse arrondie, fluctuante, correspondant au pôle inférieur de la tumeur abdominale ; à droite, on sent des masses indurées, irrégulières, qui semblent se continuer avec la masse gauche, et qui ne sont pas nettement distinctes du fond utérin. Le jour de l'entrée à l'hôpital la température est de 37°,4.

Pas d'albumine dans les urines.

On pensa à un kyste de l'ovaire gauche, et quant aux masses indurées siégeant à droite, on peut les interpréter, soit comme des masses néoplasiques provenant de l'ovaire droit, soit comme des annexites chroniques. La douleur provoquée à ce niveau par la pression digitale fait pencher vers le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche et d'annexites chroniques droites.

Dans la période qui a suivi l'entrée de la malade, la température s'est élevée et est restée entre 38 et 39°. En même temps la douleur locale à la pression devint plus vive.

La tuméfaction droite était donc certainement inflammatoire et son passé torpide fit songer à une annexite tuberculeuse.

Le 21 novembre 1904. Laparotomie. Dès l'ouverture de l'abdomen, on

constate un péritoine épaissi avec de nombreuses adhérences. On aborde un kyste dont on dégage la partie supérieure. Une ponction donne un liquide clair, citrin. Le kyste est intra-ligamentaire et le dégagement du pôle inférieur est laborieux. On l'extirpa néanmoins et on constata une masse végétante papillaire.

On aborde la masse droite adhérente aux tissus ambiants ; un abcès à pus fétide se rompt pendant le décollement, mais le péritoine est protégé par des compresses. Les annexes droites, tuméfiées, enflammées, sont enlevées avec difficulté.

On termine par un drainage abdomino-vaginal, complété par un drainage à la Mikulicz.

Les suites opératoires ont été relativement compliquées. La température a été élevée pendant les quatre premiers jours, pour ne s'abaisser que le cinquième jour.

On enlève les mèches le cinquième jour et le sac de gaze le neuvième jour. A partir de ce moment s'établit une fistule intestinale par laquelle passent des matières intestinales abondantes.

A l'heure actuelle, la malade va bien, ne souffre pas, a repris de l'embonpoint, mais elle a un véritable anus contre nature abdominal qui nécessitera certainement une nouvelle intervention.

Les pièces sont constituées par un kyste de l'ovaire gauche avec masse végétante extérieure et par des annexes droites tuberculeuses.

Le kyste est du volume d'une tête d'adulte, il présente une paroi assez épaisse ; sa surface interne est lisse, sa surface externe est dépolie en raison des adhérences. Ce kyste est intact et ne présente qu'une seule loge. Il porte dans sa portion inférieure une masse végétante extra-kystique d'aspect blanc jaunâtre, mamelonnée, en forme de chou-fleur, en tout semblable aux papillomes végétants extra-kystiques. Rien dans l'examen microscopique ne peut faire soupçonner que cette masse est envahie par la tuberculose.

La trompe et l'ovaire droits paraissent fusionnés en une seule masse dans laquelle l'ovaire est difficile à distinguer. La trompe, très épaisse, présente une muqueuse enflammée ; elle contient du pus crêmeux, épais.

L'examen histologique a montré que les annexes droites étaient le siège d'une inflammation chronique tuberculeuse.

Quant au kyste de l'ovaire, il a un revêtement interne pourvu d'une couche unique d'épithélium cylindrique qui ne présente nulle part de formation glandulaire. C'est donc d'après ces caractères histologiques, de même que par le liquide contenu, un kyste séreux.

Quant aux végétations papillaires extra-kystiques, elles sont constituées par une masse conjonctive enflammée dans laquelle plongent des formations épithéliales d'une seule couche d'épithélium cylindrique.

Les villosités, encore épithéliales dans leur partie profonde, présentent dans leur partie moyenne un tissu conjonctif pourvu de follicules

tuberculeux et de cellules géantes ; la partie superficielle est le siège d'une transformation caséuse plus avancée.

RÉFLEXIONS. — Les observations de tuberculose des kystes de l'ovaire sont encore peu nombreuses. M. Rémy, dans une thèse récente (Lyon, 1904), écrite sous notre inspiration, en a réuni 16 cas observés à l'étranger, surtout en Allemagne ; il faut y ajouter les 2 observations que je viens de rapporter, et qui sont, à notre connaissance, les premières publiées en France.

Toutes les observations publiées ne présentent pas un degré égal de certitude, et le diagnostic anatomo-pathologique laisse parfois à désirer ; un certain nombre des observations sont bien étudiées et paraissent incontestables.

Pour affirmer que l'on a sous les yeux un kyste tuberculeux, il faut : 1° pouvoir établir qu'il ne s'agit pas d'une salpingite tuberculeuse, et constater par conséquent l'existence de la trompe indépendante de la tumeur ; 2° pouvoir démontrer que la tumeur est d'origine ovarienne ; pour cela, l'existence histologiquement constatée de l'épithélium cylindrique, ou la présence de tissu ovarien étalé à la surface du kyste, sont nécessaires ; 3° il faut que l'existence des tubercules soit histologiquement ou bactériologiquement indéniable.

La tuberculose joue-t-elle un rôle dans la formation du kyste de l'ovaire ?

La tuberculose est capable de déterminer une irritation formative dans son voisinage ; les réactions qu'elle provoque dans les tissus épithéliaux voisins donnent lieu parfois à des productions capables de simuler un néoplasme. Toutefois, ces réactions pseudo-néoplasiques sont toujours limitées ; nous ne croyons pas qu'elles soient capables d'édifier un kyste véritable. Les tuberculoses annexielles sont d'ailleurs d'une extrême fréquence, et nous ne voyons pas des productions kystiques importantes venir compliquer les lésions ovariennes.

Nous croyons donc qu'il s'agit, dans les cas que nous

rapportons, d'une tuberculose qui vient envahir secondairement un kyste préexistant.

Quel est le mode de pénétration de la tuberculose dans les kystes de l'ovaire ?

On peut répéter à cet égard ce que l'on sait sur l'évolution des microbes de la suppuration qui envahissent les mêmes kystes.

La propagation par voie lymphatique est probablement la plus fréquente et peut être admise alors qu'on observe, à côté du kyste, des lésions annexielles tuberculeuses ou une péritonite bacillaire.

La propagation par voie sanguine doit être admise dans certains cas.

La tuberculose peut se développer tantôt à la face interne du kyste ovarien, tantôt à sa face externe, tantôt des deux côtés à la fois.

Peut-on dégager des observations quelques considérations cliniques permettant de faire le diagnostic ?

Les observations sont trop peu nombreuses et surtout trop incomplètes pour en tirer une symptomatologie véritable ; toutefois, dans plusieurs d'entre elles, on constate l'existence *d'une poussée aiguë récente succédant à une évolution longtemps silencieuse.*

Ce caractère clinique est celui qui permet parfois de faire le diagnostic de kyste enflammé ou de kyste suppuré. Lorsqu'on aura été conduit à la notion d'un kyste envahi par des germes infectieux, on devra penser à la possibilité d'un kyste envahi par la tuberculose.

M. GOULLIoud. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas analogue que je présenterai dans la prochaine séance. Je crois que l'interprétation de M. Pollosson relativement au mode d'infection de ces kystes par le bacille de Koch est exacte ; je m'y rallie pleinement.

M. TIXIER. — Les faits si intéressants que vient de nous rapporter M. Auguste Pollosson m'engagent à vous communiquer quelques réflexions sur une forme possible, mais sans doute rare de la tuberculose de l'ovaire. Il s'agissait de la nature peut-être tuberculeuse de certaines

ovarites scléro-kystiques. Voici sur quelles constatations je me base pour émettre cette opinion.

Il y a environ six mois, j'ai été appelé par le professeur Courmont pour examiner une jeune fille malade dans son service de Saint-Pothin. C'était une tuberculeuse pulmonaire avec lésions avancées caractéristiques. Cette jeune fille de 20 ans, dont le passé génital était absolument indemne de toute infection, soit blennorragique, soit puerpérale, accusait des douleurs continues dans le bas-ventre avec exacerbations très vives au moment des règles.

Le ventre était souple et ne présentait aucun signe de péritonite tuberculeuse.

Mais au toucher vaginal on sentait à gauche dans le cul-de-sac latéral une petite tumeur du volume d'une orange, très mobile, rénitente et très sensible au moindre contact. Aucun signe de suppuration annexielle, Utérus petit et mobile. Rien à droite. Je pensais, en raison des douleurs et de la consistance de cette tumeur, à un kyste dermoïde.

La malade désirant absolument une intervention, je pratiquai chez elle une laparotomie.

A l'ouverture du ventre, je constatai que le péritoine, ne présentant en aucun point des signes de tuberculose, contenait cependant aux points déclives une quantité de sérosité péritonéale anormale. Dans le Douglas était prolabée à gauche la tumeur sentie par le toucher.

C'était un ovaire scléro-kystique du volume d'une orange; il était libre de toute adhérence; la trompe était saine; à droite, les annexes étaient absolument normales. Je me contentai donc d'enlever l'ovaire gauche atteint de cette dégénérescence scléro-kystique.

Réunion par première intention. Guérison en dix jours. La malade quitte l'hôpital malgré ses douleurs abdominales.

Il y a deux mois environ elle rentre à Saint-Pothin pour sa tuberculose pulmonaire qui continue à évoluer, et comme elle se plaint de souffrir du ventre à droite, je suis conduit à l'examiner.

On sent alors dans le cul-de-sac latéral droit une tumeur du volume d'une petite pomme rappelant exactement celle que j'ai enlevée à gauche. Je ne doute pas qu'il s'agisse là encore d'une dégénérescence scléro-kystique.

Et alors, puisqu'on admet que l'ovarite scléro-kystique est due à des infections atténuées de l'ovaire, ne pourrait-on pas supposer que la tuberculose, elle aussi, soit capable de produire cette dégénérescence kystique de l'ovaire? Ma malade n'a eu aucune infection génitale, et cependant elle présente successivement à gauche, puis à droite, une dégénérescence kystique manifeste, et c'est une tuberculeuse pulmonaire certaine. Peut-être suis-je en droit de supposer que la tuberculose est capable, à elle seule, de donner lieu à cette dégénérescence scléro-kystique.

Mon observation est très incomplète, car je n'ai ni examen histologi-

que, ni recherche bactériologique. Aussi je ne lui reconnais que peu de valeur. Si j'en parle, c'est pour essayer de jeter une idée nouvelle dans la discussion et dans l'espoir de voir mes collègues me citer des cas se rapprochant du mien.

*
* *

GROSSESSE DOUBLE INTRA-UTÉRINE ET EXTRA-UTÉRINE.

M. GANGOLPHE. — Ayant eu l'occasion d'observer récemment un cas de grossesse intra et extra-utérine concomitantes, il nous a paru intéressant de rapporter cette observation.

Il s'agit d'une malade âgée de 40 ans, cultivatrice, qui entre à l'hôpital, salle Saint-Martin, pour des hémorragies utérines.

Pas de maladie antérieure à signaler. La malade, mariée à 23 ans, a eu huit geossesses.

Son premier enfant est mort en bas âge.

Sa deuxième grossesse fut une grossesse trigémellaire : l'accouchement eut lieu à huit mois ; les trois enfants, venus au monde vivants, ne vécurent que cinq jours.

Les autres grossesses ont été normales ; les accouchements n'ont rien présenté de particulier.

L'affection actuelle, pour laquelle la malade entre à l'hôpital, aurait débuté il y a six semaines par une hémorragie. A ce moment-là, la malade était en parfaite santé, et n'avait eu aucun retard des règles ; elle crut d'abord à la simple apparition de ses époques survenant exactement, dit-elle, un mois après les dernières, et n'attacha aucune importance à l'hémorragie qui apparaissait. Celle-ci cependant persista, elle ne s'accompagna de l'élimination d'aucun caillot, et au début d'aucune douleur. Celles-ci ne survinrent qu'une quinzaine de jours après, et se manifestèrent d'une façon assez intense pour nécessiter l'alitement ; elles s'accompagnèrent aussi de quelques vomissements alimentaires, puis bilieux.

Ces crises douloureuses se sont reproduites à deux ou trois reprises, et ce sont elles, ainsi que la persistance de l'hémorragie qui amènent la malade à l'hôpital.

A l'entrée, facies assez pâle, amaigrissement assez marqué, légère coloration jaunâtre des téguments. La malade se plaint de douleurs abdominales. La température est de 37°,8.

A l'inspection on constate que l'abdomen est augmenté de volume. La palpation réveille de la douleur ; elle fait percevoir au-dessous de l'ombilic une collection au niveau de laquelle on perçoit une rénitence très nette, presque de la fluctuation.

Au toucher vaginal, le col est entr'ouvert et légèrement ramolli; le corps de l'utérus paraît repoussé de haut et en avant.

Le cul-de-sac postérieur est considérablement distendu par une collection volumineuse. La pression de cette masse n'est pas très douloureuse: elle donne la sensation de fluctuation, et sa consistance est la même en tous points. En combinant le toucher au palper abdominal on sent une véritable fluctuation entre les deux mains.

Signalons enfin que la pression des seins fait sourdre au niveau des mamelons du colostrum.

Le diagnostic posé est celui d'hématocèle rétro-utérine.

Le 4 janvier, soit quinze jours après l'entrée à l'hôpital, on décide une intervention, à cause des crises douloureuses qui se sont renouvelées dans le service, à deux reprises et se sont accompagnées d'une augmentation de la collection.

L'intervention a lieu par voie vaginale. Après incision du cul-de-sac postérieur, on trouve une collection assez abondante de caillots noirâtres qui sont évacués. On ne procède à aucune exploration prolongée, pas plus qu'à la recherche de la trompe, afin de ne pas provoquer de rupture des adhérences. Il ne se produit, du reste, aucune hémorragie.

On place dans la cavité une éponge, et au devant de la vulve un simple pansement.

A la suite de cette intervention, la malade trouve que ses douleurs ont un peu diminué. On procède tous les deux ou trois jours à un pansement avec des mèches de gaze, sans lavage.

La malade semble s'améliorer peu à peu, lorsque le 13 janvier, 9 jours après l'intervention, elle ressent brusquement une violente douleur qui s'accompagne de l'expulsion d'un fœtus d'environ 4 mois.

A ce moment-là, l'exploration du placenta montre qu'il est inséré normalement sur le fond de la cavité utérine et qu'il n'existe ni diverticule ni solution de continuité sur les parois.

Depuis, la malade, bien qu'ayant présenté une certaine élévation de la température, continue à s'améliorer.

Dans le cas que nous venons de rapporter, il s'agit sans doute d'une grossesse extra-utérine ayant coïncidé avec une grossesse intra-utérine.

Les cas semblables à celui de notre observation sont relativement rares dans la science médicale. Signalons un article de Bichat, de Nancy, dans la *Revue de gynécologie* de 1903, qui réunit 49 observations.

Citons aussi la thèse de Pacalin, de 1902-1903, inspirée par M. Auguste Pollosson et qui signale 78 cas.

De l'examen de ces différentes observations, nous pensons

pouvoir tirer les conclusions suivantes : Au point de vue étiologique, l'influence de grossesses utérines antérieures multiples paraît assez nette : cette condition se trouve réalisée dans la plupart des cas signalés par Bichat ; notre observation personnelle paraît lui donner une importance toute particulière. La malade dont il s'agit a déjà eu dix enfants.

A noter aussi qu'elle a présenté une grossesse trigémellaire, ce qui semble indiquer chez elle une prédisposition aux pontes ovariennes multiples, notion importante pour expliquer la grossesse gémellaire particulière qu'elle a présentée en dernier lieu.

Au point de vue du diagnostic, signalons comme cas particulier de notre observation, la persistance des règles qui aurait pu faire écarter, sans un examen approfondi, l'hypothèse d'une grossesse extra ou intra-utérine. Les hémorragies utérines sont cependant loin d'être rares dans les cas de coexistence de grossesse intra et extra-utérines. C'est un fait sur lequel M. A. Pollosson attire l'attention dans la thèse de Pacalin et qui ne doit jamais faire éloigner d'emblée l'idée d'une grossesse, mais faire penser plutôt à quelque anomalie dans le développement de la grossesse soupçonnée.

Le diagnostic de l'affection qui nous occupe est donc en général extrêmement difficile. Il est possible cependant, lorsque c'est la grossesse intra-utérine qui, la première, attire l'attention et étant diagnostiquée, il survient quelque accident révélant la rupture d'une grossesse ectopique.

Mais lorsqu'au contraire, comme dans notre observation, c'est la grossesse extra-utérine qui est au premier plan, il est extrêmement difficile d'avoir l'idée éveillée du côté de la possibilité d'une grossesse intra-utérine concomitante. Le volume de l'utérus, difficile à déterminer du reste, sa consistance ainsi que celle du col, sont naturellement mises sur le compte de la grossesse ectopique seule, et rien ne permet de soupçonner l'existence d'une deuxième grossesse.

La meilleure condition nécessaire pour arriver au diagnostic demandé, paraît être la connaissance des cas anormaux semblables, de façon à pouvoir, dans un cas donné, songer à la possibilité de cette étrange coïncidence.

C'est à ce point de vue surtout qu'il nous a paru intéressant de rapporter le cas que nous avons pu observer.

M. Auguste POLLOSSON. — J'ai présenté à la Société de chirurgie, il y a quelques années, une malade dont l'histoire semble calquée point pour point sur celle de l'observation de M. Gangolphe. Après l'incision de l'hématocèle par le cul-de-sac postérieur, j'ai été témoin de l'avortement utérin, survenu quelques jours plus tard. Ce fait fut le premier publié en France ; depuis on a recueilli d'autres cas, on a fait d'autres publications sans jamais signaler mon premier travail.

Au cours de recherches bibliographiques, j'avais trouvé à cette époque dans le *Centralblatt für Gynækologie*, une revue d'Engström, d'Helsingfors, qui avait groupé 70 observations de ces grossesses gémeillaires, intra et extra-utérines.

Plus tard, parut le travail de Bichat, dans les *Archives de gynécologie*. Enfin Simpson, dans un journal américain, réunit 113 cas.

Dans l'ensemble de ces faits, on a relevé toutes les formes cliniques imaginables ; mon élève, M. Pacalin, les a classées dans sa thèse. On a signalé de ces grossesses évoluant jusqu'à terme avec un développement normale des deux fœtus ; ou bien encore, la grossesse est allée jusqu'à terme dans l'utérus alors que la grossesse extra-utérine avait nécessité des interventions graves. La première de ces observations est de M^{me} Lachapelle.

Un autre de ces faits, très curieux, a été remarquablement analysé par le Dr Dumollard, de Vizille.

La combinaison la plus fréquente est celle dans laquelle on a une grossesse dans l'utérus et une dans la trompe ; puis vient la grossesse double dans une même trompe ; enfin une grossesse dans chaque trompe est plus rare.

Le Gérant, Dr VALLAS.

Séance du 2 février 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. BÉRARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.

A propos du procès-verbal :

KYSTE DE L'OVAIRE TUBERCULEUX.

M. GOULLIoud. — L'observation dont j'ai parlé à la suite de la communication de M. le Prof. A. Pollosson, était intitulée : Tuberculose des annexes ; kyste de l'ovaire tuberculeux. Si elle n'a pas été publiée, c'est que la preuve anatomo-pathologique n'avait pas été établie.

Il s'agissait d'une jeune femme, âgée de 21 ans, mariée depuis huit mois quand elle fut reçue dans mon service, le 6 décembre 1896. La malade présentait les signes d'une péritonite tuberculeuse avec légers épanchements pleuraux. Elle avait de la fièvre et un pouls rapide.

A la palpation de l'abdomen, on trouvait une grosse collection fluctuante, remontant au-dessus de l'ombilic avec de la sonorité dans les flancs.

Opération le 7 décembre 1896 : on reconnaît bientôt qu'on a affaire à un kyste de l'ovaire adhérent sur la plus grande partie de sa surface. Ces adhérences se laissent détacher, et un pédicule est sectionné comme dans un kyste ovarique ordinaire.

Les annexes du côté opposé, c'est-à-dire du côté gauche, donnent l'impression de masses indurées, adhérentes à l'S iliaque. On n'ose pas les attaquer.

De nombreux ganglions sous-péritonéaux.

La tumeur enlevée présente l'extérieur d'un kyste de l'ovaire ; mais, par transparence, on voit des noyaux jaunâtres. A la coupe, le tissu est caséeux, mais le liquide qui remplissait le kyste était séro-hématique.

Le 9 janvier, la malade qui avait été améliorée par la première opération, décline de nouveau. La masse gauche, laissée dans le bassin, est

devenue plus douloureuse, on se décide à tenter une nouvelle opération pour en débarrasser la malade ; mais cette opération reste exploratrice à cause de la fusion avec les anses intestinales.

La malade, par suite, continue à s'aggraver, sans réaction péritonéale, et meurt le 15 janvier.

A l'autopsie, qui dut être limitée, on reconnaît les adhérences trop intimes des masses fibro-caséuses avec l'intestin pour que leur ablation fût possible. L'ovaire gauche est reconnu : il ne renferme ni kyste, ni abcès important.

Une traînée de ganglions caséux existe le long de la colonne vertébrale, et le foie est criblé de masses fibro-caséuses.

Mon impression avait bien été qu'il s'agissait de tuberculose ; mais l'examen histologique n'ayant pu être fait, par suite d'une négligence, un doute reste sur la nature réelle de ces lésions et du kyste de l'ovaire. Le mari de la malade ayant eu une blennorrhagie peu avant son mariage, il a pu y avoir une double infection, d'où la marche anormale de l'affection.

Le procès-verbal est adopté.

*
* *

DES RÉSECTIONS DIAPHYSAIRES OU DIAPHYSO-ÉPIPHYSAIRES DES OS DE LA JAMBE.

M. GANGOLPHE. — Poursuivant mes tentatives de conservation combinée à la précocité de l'intervention opératoire, j'ai dû me préoccuper d'étendre au membre inférieur le bénéfice que le membre supérieur retire si nettement de cette méthode.

Peut-on enlever une portion du tibia, et voir l'opéré se servir utilement de son membre.

Peut-on supprimer le péroné sur une plus ou moins grande étendue ? Ce sont autant de questions pour lesquelles l'expérimentation et la clinique doivent être mises à contribution.

J'ai l'honneur de vous communiquer les recherches faites à mon instigation par MM. Molin et Viannay.

J'espère plus tard vous apporter des faits cliniques intéressants.

MM. MOLIN et VIANNAY. — Sur les conseils de M. Gangolphe, nous avons cherché à déterminer quel poids pouvait supporter le péroné, et

quelles ressources il était capable d'offrir pour la sustentation du corps, après une résection plus ou moins étendue du tibia.

Nous avons expérimenté sur des jambes séparées, soit par désarticulation du genou, soit par amputation de cuisse. Un dispositif spécial maintenait la jambe dans la position verticale, la plante du pied reposant sur le sol. Puis nous chargions progressivement, soit les plateaux tibiaux, soit les condyles du fémur, en observant ce qui se passait jusqu'à ce que fracture du péroné s'ensuive.

Nous avons fait trois séries d'expériences, en réséquant préalablement soit la partie moyenne du tibia, soit l'une de ses extrémités.

Première série : Résection de la partie moyenne (de 7 à 11 cent.).

Dans cette série, qui comprend cinq cas, nos résultats ont été remarquablement concordants.

Voici ce qui se passait. Dès le début de l'expérience, le fragment supérieur du tibia, auquel se transmettait directement la charge, venait se mettre au contact du péroné et prenait un point d'appui sur lui. Le fragment tibial inférieur se comportait de même.

Puis, la charge augmentant, le péroné ployait, et se cassait *exactement au niveau de l'appui tibial*. Quatre fois la fracture s'est produite au point où appuyait le fragment supérieur du tibia, et une fois seulement au niveau de l'appui du fragment tibial inférieur.

Dans cette série, le péroné s'est brisé sous des charges variant de 65 à 81 kilogrammes.

Deuxième série : Résection de l'extrémité inférieure (de 9 à 10 cent.).

Dans cette série (quatre cas), nous avons constamment vu se produire, comme premier phénomène, une *luxation de la malléole externe* qui arrachait rapidement ses insertions ligamenteuses astragalo-calcanéennes, et venait se placer *au contact du sol*.

La charge augmentant, le tibia venait, par son bout inférieur s'appuyer contre le péroné, exactement contre la série précédente. Puis, à un moment donné, une fracture du péroné se produisait, toujours au niveau de l'appui tibial ou à une très courte distance.

Le péroné s'est fracturé dans trois cas, à 60, 76 et 81 kilogrammes. Dans le quatrième cas de la série, il a supporté, sans se rompre, un poids de 90 kilogrammes.

Troisième série : Résection de l'extrémité supérieure (de 8 à 12 cent.).

Dans cette série d'expériences (trois cas), la tête du péroné perdait rapidement tout contact avec le fémur et se luxait sous les parties molles de la cuisse, de plus en plus haut, jusqu'à ce que la charge que nous employions s'applique directement sur elle.

Nous voyons ensuite se produire les mêmes phénomènes que dans les séries précédentes : appui du tibia contre le péroné et fracture du péroné

au niveau de l'appui tibial. Dans un cas seulement, la fracture s'est produite au niveau du col du péroné.

Les poids nécessaires pour arriver à la fracture ont été, dans deux cas, 76 kilogrammes, et dans un autre 80.

*
* *

OSTÉOMYÉLITE DU BASSIN ; ABLATION DE L'ILION ;
RÉGÉNÉRATION COMPLÈTE DE L'OS.

M. CHABANON. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de M. NOVÉ-JOSSERAND, un malade auquel il a enlevé, il y a un peu plus d'un an, la totalité de l'ilion du côté gauche pour des lésions d'ostéomyélite, et chez lequel on peut constater actuellement une régénération complète de cet os.

Cet enfant est âgé de 11 ans. Il est entré à la Charité le 11 novembre 1903. Son affection avait débuté environ huit jours auparavant par des douleurs au talon, puis dans la cuisse gauche. Deux ou trois jours après le début, il avait commencé à avoir de la fièvre.

A l'entrée, la température est de 39°. Pas d'attitude vicieuse du membre inférieur, qui d'ailleurs n'est pas tuméfié. On constate seulement une tuméfaction légère dans la partie externe de la région inguinale et dans la partie la plus externe de la fosse iliaque. A ce niveau, sensation d'empâtement profond, sans fluctuation. Du côté de la fosse iliaque interne, on délimite nettement une tuméfaction développée au-dessous du fascia iliaca, sans obtenir de fluctuation. La pression est très douloureuse sur toute la moitié antérieure de l'ilion ; elle n'est, par contre, pas douloureuse sur la crête iliaque. Les mouvements de la hanche sont presque entièrement libres.

Le malade est opéré le jour même de son entrée. Incision le long de la crête iliaque ; immédiatement en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, on donne issue à une collection sous-périostée contenant du pus. Toute la fosse iliaque interne est dénudée, mais on ne sent pas de point osseux particulièrement malade. Deuxième incision au niveau de la partie moyenne de la fosse iliaque externe, suivant la direction des fessiers. L'ouverture du périoste laisse écouler un peu de liquide séreux, mais pas de pus. On trépane le bassin à ce niveau et on

fait un drainage transiliaque. La rondelle osseuse enlevée ne présentait pas d'infiltration purulente nette.

Après cette première intervention, l'enfant continua à présenter de la fièvre avec de grandes oscillations, la température vespérale se maintenant à peu près constamment entre 39 et 40°. L'état général allait s'aggravant de plus en plus.

Un mois après la première opération, M. Nové-Josserand intervient de nouveau. L'exploration par l'incision inguinale permet de constater une altération très étendue de l'os iliaque qui est fragmenté et dont on enlève par morceaux, avec une pince à séquestres une partie correspondant à la totalité de l'ilion. La moitié supérieure du cotyle est supprimée et l'articulation largement ouverte. On résèque la tête fémorale pour permettre de faire un drainage interne s'ouvrant vers les adducteurs ; on fait un drainage postérieur dans la fesse. La plaie est tamponnée avec de grandes mèches de gaze. Immobilisation par une grande attelle plâtrée antérieure.

Le lendemain de l'intervention, la température tombe à la normale. Le quatrième jour après elle s'élève de nouveau, et pendant quinze jours présente de grandes oscillations. Depuis lors, elle n'a jamais dépassé 38°,5, et deux mois après l'opération, l'apyrexie s'établit d'une façon définitive.

En octobre 1904, c'est-à-dire dix mois environ après l'ablation de l'ilion, le malade peut être considéré comme guéri : il peut lever seul sa jambe malade ; celle-ci présente un raccourcissement de 3 cent. 1/2 ; elle est en bonne attitude et conserve de légers mouvements au niveau de la hanche ; l'os iliaque paraît s'être reconstitué d'une façon très complète ; on sent une crête iliaque qui semble à peu près normale.

L'enfant a pris dans sa gouttière une attitude vicieuse des pieds en varus équin, qui nécessite une double ténotomie et un redressement.

Cinq semaines après, soit onze mois environ après la seconde opération, on supprime tout l'appareil et l'enfant peut commencer à se lever et à marcher.

Actuellement la cicatrisation est complète. On sent manifestement un os iliaque qui s'est reproduit, avec une crête iliaque et une épine iliaque antéro-supérieure assez bien dessinée. Le membre est en position correcte, et, autant qu'il est possible de s'en rendre compte, le raccourcissement est de

3 cent. 1/2 environ. L'articulation de la hanche présente de légers mouvements particulièrement dans le sens de la flexion. L'enfant peut soulever seul le membre opéré. Enfin, depuis deux mois, il marche avec des béquilles, et il est actuellement capable de se tenir seul et de faire quelques pas sans béquilles.

M. VALLAS. — La tête du fémur a-t-elle été enlevée ?

M. NOVÉ-JOSSERAND. — Oui, car l'articulation étant atteinte d'arthrite aiguë, c'était le seul moyen d'avoir un drainage satisfaisant.

*
* *

MYOSITE OSSIFIANTE DIFFUSE PROGRESSIVE OU MALADIE DE MUNCHMEYER.

M. René HORAND, interne des hôpitaux, présente une malade du service de M. Nové-Josserand, atteinte de myosite ossifiante progressive ou maladie de Munchmeyer (1).

On n'a relevé dans ses antécédents aucun accident nerveux ou spécifique. Agée de 7 ans 1/2, cette petite fille, bien portante depuis sa naissance, eut la coqueluche au mois de mai 1904 ; au cours de cette maladie infectieuse elle eut une grande frayeur ; elle fut poursuivie par des gamins armés de couteaux. La mère de l'enfant ne peut dire si elle a été contusionnée ; mais elle assure que c'est depuis lors qu'elle devint malade. Elle fit à cette époque une chute du premier étage sur la tête. Elle a gardé une cicatrice frontale droite. Trois semaines après, ses parents s'aperçurent qu'elle présentait une petite tumeur du volume d'une noix qui occupait la face postérieure de l'épaule ; cette tumeur a grossi rapidement sans s'accompagner de douleurs ni d'aucun autre symptôme qu'une certaine déchéance de l'état général, des épistaxis répétées et un certain état de somnolence.

Le 1^{er} juin, l'enfant vint à la consultation de la Charité.

On note à cette date qu'elle se tient légèrement penchée du côté droit et son dos présente une tumeur qui s'étend de-

(1) MUNCHMEYER. Ueber myositis ossifians progressive. *Zeitschrift für ration. med.*, 1869, Bd XXXIV, p. 347.

puis la base du crâne jusqu'à la région lombaire ; toute la partie du thorax comprise entre ces deux points, à droite de la ligne médiane, est déformée par une tuméfaction diffuse, qui soulève la ligne de l'épaule droite, qui noie complètement les contours de l'omoplate et fait un relief appréciable le long de la ligne axillaire postérieure et s'arrête immédiatement au-dessus de la crête iliaque. Le palper montre que par places la peau est adhérente, particulièrement au niveau des endroits les plus saillants ; elle ne se laisse pas pincer et plisser comme du côté sain. On ne peut délimiter dans son épaisseur aucun noyau, aucun point particulièrement dur, ou plus particulièrement ramolli. La lésion se prolonge en haut vers la base du crâne, suivant le trajet du trapèze droit, lui-même épaissi et induré. Il semble même que l'on trouve dans le trapèze gauche un point très induré, bien net, qui est peut-être un point d'extension de la tumeur.

La tumeur ne s'étend pas du côté de la pesanteur, ni du côté du thorax. La région sus-claviculaire elle-même est intacte. La tumeur ne s'étend pas non plus du côté du bras. Dans la région axillaire la peau a une coloration normale ; mais l'on trouve ici au niveau de la tumeur, des arborisations vasculaires assez considérables. La percussion montre de la submatité à un travers de doigt au-dessous de la ligne mamelonnaire ; en arrière on trouve de la submatité dans la moitié inférieure du thorax.

La respiration est un peu obscure, mais s'entend jusqu'en bas de la plèvre. Le foie ne paraît pas gros, la rate non plus. La température oscille entre 37°,5 et 38°.

Le 30 juillet, la malade, qui était partie chez elle sans opération, revient ; la tuméfaction semble avoir légèrement diminué à la partie supérieure, mais augmentée du côté de la partie inférieure ; on constate une tuméfaction assez volumineuse juste au-dessous de l'épine iliaque postéro-supérieure. La peau reste adhérente ; on ne trouve aucun lacis veineux sous-cutané.

Le 17 décembre 1904. L'enfant revient à la consultation. L'état général est excellent. *La grosse tumeur que l'on avait sentie dans la paroi postérieure du thorax a disparu*. On trouve de chaque côté du thorax, un peu en arrière de la ligne axillaire postérieure, au-dessous de l'omoplate, une tumeur

dure, marronnée, qui a la consistance d'une exostose, le volume d'une mandarine. Elle est un peu plus volumineuse à droite qu'à gauche, mais présente les mêmes caractères. Elle est largement sessile, adhérente aux côtes et à sa surface; on trouve des irrégularités qui ont tous les caractères des exostoses.

La tête est inclinée à droite, la nuque est rigide. Il y a une légère scoliose dorso-lombaire, à convexité gauche, et cervico-dorsale à convexité droite. La petite malade présente une rigidité très considérable de la colonne, particulièrement dans sa moitié inférieure. La région lombaire est surtout immobile; à droite de la ligne médiane on sent une tuméfaction dure, difficile à délimiter, qui commence au niveau des dernières côtes, se prolonge en bas jusque sur le bassin, en recouvrant la partie postérieure de la crête iliaque.

A ce niveau, la tuméfaction est plus accessible et présente les caractères d'une grosse plaque osseuse qui paraît fixée à la partie correspondante du bassin; au-dessus, le rachis semble presque normal. Pas de signes de mal de Pott. La pression est légèrement sensible, mais ne détermine pas de douleurs vives. On sent le bord antérieur du trapèze droit épaissi, induré, résistant, ossifié. Les muscles profonds de la nuque semblent pris. Il y a une certaine induration dans la partie supérieure du sterno-cléido-mastoïdien droit. La malade étant dans le décubitus dorsal, ne peut s'asseoir toute seule, ni même se tourner de côté.

Peu de temps après son séjour dans le service, au mois de juin 1904, l'enfant a présenté une espèce d'impotence fonctionnelle de son bras droit, résultant d'une raideur prononcée de l'épaule droite, telle que les mouvements d'abduction de l'épaule n'ont pas une amplitude supérieure à 15 ou 20 centimètres. Il ne paraît pas y avoir de lésion de l'épaule. Mais on sent les tendons du grand et du petit rond, du grand pectoral légèrement durs, de consistance osseuse.

Le bras gauche a été envahi depuis un mois et sur lui le trouble est compliqué par ce fait que le coude ne peut s'étendre au-delà de 100 degrés.

On sent comme de l'autre côté une induration du grand et du petit rond; le grand pectoral conserve encore une certaine souplesse; mais le biceps est atteint et on sent à sa place une

corde dure que l'on suit en bas jusqu'à la tubérosité bicapitale.

Le contractilité idiomusculaire de ce muscle, sous l'influence d'excitations mécaniques, ne nous a pas paru complètement abolie. La sensibilité électrique est très diminuée. La réaction de dégénérescence n'est pas nette.

Rien du côté des muscles des membres inférieurs, ni des muscles abdominaux; mais on trouve des exostoses au niveau de l'extrémité inférieure des fémurs, surtout à droite.

Les fonctions végétatives s'exécutent bien. L'intelligence est intacte, la fillette a même une certaine vivacité du regard et les muscles de la mimique ne sont nullement atteints.

La sensibilité cutanée est intacte. Pas de dissociation des sensibilités. Les réflexes semblent normaux ou peut-être un peu exagérés. Le réflexe de Babinsky nous a paru se faire en flexion, Il n'y a pas de trépidation épileptoïde des rotules et des pieds, pas de secousses fibrillaires des muscles abdominaux. Les urines sont claires, ne contiennent ni sucre ni albumine. Une analyse complète en sera faite.

Nous avons trouvé de la microdactylie congénitale du gros orteil. Les deux gros orteils sont raccourcis et en hallux valgus congénital. Il ne semble pas y avoir d'ankylose du gros orteil. Les pouces sont normaux. La dernière phalange des petits doigts est déviée en dehors.

La *radiographie* a été faite; mais comme cela a été déjà constaté par certains auteurs (Lloyd, Rager), la radiographie, disons-nous, ne confirme pas les sensations du palper. Cependant on peut voir des traînées légèrement estompées sur les clichés, à la place même des muscles ossifiés.

La radiographie des pieds montre un épaissement du premier métatarsien qui paraît plus dense, plus gros, plus trapu, et un raccourcissement osseux du gros orteil en valgus.

La radiographie des mains montre que la 3^e phalange des petits doigts est inclinée en dehors, la 2^e phalange paraît raréfiée. Les premiers métacarpiens paraissent plus gros, plus trapus que normalement. Les cartilages distal et proximal se voient mal.

Cette observation est très intéressante à plusieurs points de vue :

1^o Il s'agit d'une fille, et ce sont les garçons qui sont le

plus souvent atteints dans une proportion de 3 pour 1. (Nissim).

2° Cette fillette est Française, fait très rare, puisque l'on n'en cite que trois observations authentiques (1). Cette affection étant plus fréquente en Allemagne, en Italie, en Amérique et en Angleterre.

3° Elle est âgée de 7 ans; or il est beaucoup plus fréquent que le début de la maladie se fasse entre 2 et 5 ans. (Rager, *Zeitschrift für Orthop. Chirurg.*, IX. p. 380.)

4° Il s'agit bien d'une myosite ossifiante (Buthier, Stampel) progressive, maladie très caractéristique, qui procède par poussées successives avec des intervalles de répit, mais progressive et fatale.

5° Nous avons trouvé la déformation congénitale, constante, dans cette affection : le raccourcissement du gros orteil, coïncidant avec un hallux valgus.

6° Nous avons signalé la présence d'exostoses.

7° Son début s'est fait, comme c'est la règle, dans 13/40 des cas par les muscles de la nuque, pour envahir successivement les muscles de l'épaule, de la masse sacro-lombaire, le ligament jaune et les ligaments intervertébraux, les muscles du bras; menaçant plus tard les muscles de la cuisse, de la jambe, et souvent les masticateurs et les muscles respirateurs externes.

Le diaphragme, le cœur, la langue, les muscles de la glotte et du périnée, les sphincters échappent généralement à cet envahissement progressif.

La durée des attaques et des pauses est très variable, mais le pronostic reste très grave parce que la pétrification est fatale, semble-t-il. L'enfant tend à se transformer en une statue vivante, assiste à sa déchéance et succombe en pleine intelligence, soit à une affection pulmonaire, une bronchopneumonie, étant enveloppé par une carapace osseuse qui gêne singulièrement sa respiration; ou bien les masticateurs étant envahis (cas de Rager), les deux mâchoires supérieure et inférieure devenant comme soudées l'une à l'autre, il a à lutter contre une cachexie qui le tue. La survie est généralement de 10 à 12 ans, rarement elle dépasse ces limites. La pathogénie et le traitement de cette affection sont encore tout à faire. Nous n'avons trouvé aucun signe qui puisse faire penser (comme le

(1) Ménard du Tillay, *Revue orthop.*, 1902, p. 199.

veulent Schwartz, Klemm, Eichhert) à des lésions médullaires ; peut-être néanmoins doit-il s'agir de troubles centraux de la nutrition, et est-ce là une des causes de cette affection curieuse ? Tout traitement jusqu'à ce jour est demeuré illusoire, on a essayé en vain l'iodure de potassium, les acides phénique, chlorhydrique (von Noorden et Weyl), lactique, picrique, sulfurique (Rager), les extraits de corps thyroïde (Lloyd). L'hyosciamine serait peut-être à essayer, puisqu'elle passe pour un dissolvant des adhérences et des processus scléreux.

Bibliographie.

- TESTELIN et DAMHEIM. Rhumatisme terminé par l'ossification des muscles. *Gaz. méd.*, 1839, p. 170.
- NISSIM. Thèse de Paris, 1898.
- RAGER. *Zeitschrift für orthopedische chirurgie*, XX, p. 380, 1901.
- BOKS. *Berl. klin. Wochenschrift*, 1897.
- BINNIE. *American Surg. Assoc., Cong. de Washington*, 12-14, 1903.
- NAOLLER. Myosite ossifiante avec résorption. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. 74.
- BORCHARD. *Deutsch Zeitschrift für Chirurgie*, t. 68; *Zoc XII*, 524, 1903.
- MICHELSON. Myosite ossifiante. *Zoc. XII*, 424; *Rev. orthop.*, 1904.
- LLOYD. Acad. de New-York; *Rev. orthop.*, 1903, p. 187.
- FERRATON. Myosite ossifiante. *Rev. orthop.*, 1903, p. 362.
- WITT. Lydia. *Amer. J. of med. sciences*, sept. 1900.
- OPPENHEIM. *Berl. klin. Woch.*, 27 avril 1903, p. 381.
- DE REUZI. *Gazz. degli ospedali*, 20 sept. 1903, p. 1187.
-

Séance du 9 février 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

FRACTURE DU SCAPHOÏDE DIRECTE.

M. DESTOT présente en son nom et en celui de M. Gallois un malade dont l'histoire se résume ainsi : Travaillant dans une usine de polissage de guidons de bicyclette, il reçut sur le poignet droit l'éclat d'une meule d'émeri qui s'est échappée de ses tourillons. La douleur et le gonflement limités au-dessous de l'apophyse styloïde du radius, la sensation d'un fragment osseux se déplaçant en crépitant firent faire le diagnostic, que la radiographie confirma. Le trait de fracture porte sur le col du scaphoïde, et c'est la partie basale qui s'est déplacée sur l'articulation du trapèze.

M. Destot présente en outre les radiographies d'un valet de chambre de 25 ans, qui, étant monté sur un marche-pied de huit marches, tomba par suite de l'étalement des deux jambes de l'échelle. Cliniquement, on ne voit que du gonflement autour du poignet, mais les rapports des os sont normaux. Il existe du côté droit un point très douloureux au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus.

La radiographie montre :

1° A droite une fracture du style cubital.

2° Une fracture verticale du radius séparant l'épiphyse en deux parties, l'une correspondant au semi-lunaire, l'autre au scaphoïde.

Du côté gauche il n'y a qu'une petite plaie verticale du radius.

Les lignes bistyloïdiennes sont normales.

Ce qui fait l'intérêt du cas, c'est :

1° Qu'au point de vue médico-légal il est impossible sans radiographie d'accorder au malade l'incapacité temporaire de travail à laquelle il a droit, et sans l'image on croirait à une simple entorse.

2° Au point de vue théorique, les cas de ce genre démontrent que le mécanisme de la pénétration de la diaphyse dans l'épiphyse n'est pas toujours exact, et il est souvent possible de démontrer que l'écrasement débute par la surface articulaire, que le condyle carpien réagit différemment par le semi-lunaire et le scaphoïde, et que le carpe joue ainsi le rôle principal. Quand l'écrasement est total, il devient impossible de faire une démonstration, alors que dans les cas légers le mécanisme indiqué est indiscutable.

*
* *

SUTURES URÉTRALES.

M. ROCHET. — La suture de deux bouts urétraux peut tenir et tient, quoiqu'en aient dit ceux qui la pratiquent dans de mauvaises conditions ou en omettant certains détails, très importants en l'espèce.

Ici, en effet, comme dans beaucoup d'opérations un peu délicates, les détails jouent un rôle prépondérant ; tel chirurgien, ayant dans les grandes lignes tout aussi bien travaillé qu'un autre, voit le résultat de son intervention médiocre ou compromis, parce qu'il a omis une petite précaution, un petit détail, insignifiants en apparence, d'intérêt capital quant au résultat.

Je demande la permission de vous exposer brièvement comment je conçois la technique de la suture urétrale, et comment je suis arrivé à la réussir, après avoir éprouvé, comme beaucoup de chirurgiens, de fréquents échecs.

Je laisse de côté ici tout ce qui a trait à l'étude des indications ou contre-indications de cette suture, je suppose un cas où rien ne contre-indique la suture, ni écartement trop grand des bouts, ni infection grave des tissus, etc., etc., je prends l'opération au point où, le foyer correspondant à la perte de substance ou à la solution de continuité urétrale, étant abordé et ouvert, le chirurgien va tenter la suture des deux bouts de l'urètre.

Tout d'abord, il faut bien disséquer et reconnaître ces deux bouts urétraux. S'ils sont enfouis dans des adhérences, dans des cicatrices, on libérera bien chacun de ces bouts, on les disséquera même, pour les rendre plus libres et plus mobiles, sur une certaine étendue (5, 6, 10 millim., suivant le cas, mais guère plus pour ne pas compromettre leur vitalité).

On régularisera ensuite leurs extrémités qui se présentent souvent sous forme dentelée, déchiquetée, et on tâchera, en fin de compte, d'avoir deux surfaces de section bien régulièrement circulaires à adosser.

Cela fait, on procédera à la suture sur deux plans : un plan interne muqueux, un plan externe fibreux emprunté soit à la paroi externe de l'urètre lui-même, soit aux tissus para-urétraux qu'on aura ménagés en épaisseur suffisante autour du canal, lors de la dissection des bouts.

Les sutures se placeront comme pour la suture intestinale, c'est-à-dire en commençant par la demi-circonférence supérieure ou postérieure des bouts, et en terminant par la demi-circonférence inférieure ou antérieure. Les sutures de la muqueuse seront faites au catgut chromique fin, de préférence à la soie, car elles seront nouées dans la cavité du canal ou enfouies sous les sutures externes, et les suppurations consécutives à l'élimination de la soie seraient dangereuses pour la solidité de ce premier plan qui doit rester hermétiquement fermé. Les sutures de la paroi externe de l'urètre (ou des tissus para-urétraux quand cette paroi est trop mince pour servir seule de point d'appui à la suture) seront faites au fil de soie fin, ou au tendon de renne si on préfère ; une partie de ces sutures sera nouée en dehors et pourra être retirée plus tard, et celles qui resteront enfouies le seront en dehors de la muqueuse urétrale ; celle-ci sera à l'abri de perforation si de petites suppurations venaient à se produire dans les couches externes.

Tous ces points de suture se feront rapprochés à 3 millim. environ les uns des autres.

Voilà les deux bouts unis, et sans trop d'efforts, sans que la suture tire trop, ce qui est une condition de réussite, cela soit dit en passant. Comment faut-il faire pour assurer la fonction urinaire pendant le temps nécessaire à la « prise » de la suture, c'est-à-dire pendant une huitaine de jours en moyenne ?

La règle classique est de mettre une sonde à demeure pendant ce temps. Nous, nous dirons résolument : non. La sonde à demeure est, croyons-nous, la pire des choses en pareil cas ; *c'est l'agent le plus actif de dislocation des sutures urétrales*, quelles qu'elles soient, et après n'importe quelle opération.

Quelle est la raison de son rôle néfaste ? Elle est double. D'abord, la sonde à demeure détermine toujours et à un degré assez marqué de la suppuration urétrale ; cette urétrite suppurée est des plus dangereuses pour la réussite de la suture muqueuse. Ensuite, elle n'empêche pas toujours, tant s'en faut, l'infiltration de l'urine à travers la suture ; elle la favorise au contraire plutôt, et voici comment. Si on la bouche temporairement, et qu'on la débouche de temps en temps pour les besoins de l'évacuation vésicale, il peut arriver, la nuit surtout, ou par suite d'un oubli permettant à la vessie de se remplir trop, que la vessie distendue derrière la sonde bouchée laisse filtrer de l'urine entre les parois de cette sonde et le canal, et cette urine arrive au niveau de la ligne de suture. Si la sonde a été maintenue débouchée dans un urinal, le danger existe quand même, car certaines vessies sont assez intolérantes à ce contact de la sonde, quand elles sont à l'état de vacuité, et réagissent sous forme de contractions spasmodiques plus ou moins fréquentes, qui, elles aussi, chassent de l'urine, et cette fois avec une certaine pression, entre les parois de la sonde et celles du canal jusqu'à la ligne de suture.

On a bien proposé de supprimer toute sonde à demeure et de laisser le malade uriner seul après la suture. Là encore il y a du danger. Parfois, après ces opérations sur les voies urinaires, il survient une rétention passagère ; il faudra donc sonder le malade. Or ce sondage peut avoir des inconvénients ou présenter des difficultés dans un urètre fraîchement suturé. D'autres fois, ce sera un caillot qui viendra boucher le canal

momentanément. Si le malade force pour uriner, l'urine peut s'introduire dans la suture derrière ce corps étranger. Le moyen n'est pas encore à l'abri de tout péril.

Ce que nous proposons, après avoir essayé la méthode avec plein succès sur trois malades, c'est la dérivation de l'urine vésicale pendant tout le temps nécessaire à la prise complète de la suture urétrale.

Par où se fera cette dérivation ? Évidemment pas par une taille hypogastrique ; l'opération serait peut-être refusée par le malade, et on peut obtenir le même résultat à moins de frais. Voici comment.

S'il s'agit d'une suture de l'urètre faite en avant du scrotum, dans la portion pénienne, on fera une petite boutonnière périnéale qui permettra d'introduire là une sonde à demeure dans la vessie, et de l'y fixer par un point de suture aux tissus périnéaux incisés. Toute la partie de l'urètre située en avant sera soustraite à la fois au passage de l'urine et à l'irritation produite par le passage de la sonde. La suture urétrale rentrera dans les conditions d'une suture faite sur des tissus protégés de toute contamination, et très favorables de ce fait à une réunion *per primam*. Cette petite boutonnière urétrale, pratiquée par section franche et dans le sens longitudinal du canal, n'offre aucun danger de rétrécissement ultérieur du canal ; le rétrécissement urétral ne se produit jamais suivant ce mécanisme (1).

S'il s'agit d'une suture de l'urètre faite dans le périnée, le procédé précédent de dérivation par boutonnière, faite derrière la suture, n'est plus guère applicable ; mais on peut user d'un artifice au moment de la suture urétrale pour réaliser encore cette dérivation. On peut réserver, pendant la suture, et sur la paroi inférieure du canal, un petit espace de quelques millimètres de large, où la suture ne sera pas faite. Tout le reste de la circonférence urétrale sera soigneusement cousu comme nous l'avons dit ; seul sera réservé un petit orifice sur la paroi inférieure du canal pour le passage de la sonde périnéale qui assurera la dérivation.

(1) On peut même utiliser, comme nous l'avons fait une fois, dans ce but de dérivation périnéale, une fistule périnéale spontanée produite à la suite d'un abcès urinaire derrière un rétrécissement très serré de l'urètre pénien.

M. NOVÉ-JOSEERAND. — Je souscris sans réserve aux conclusions de M. Rochet, La dérivation de l'urine par une boutonnière périnéale pratiquée en amont du point où portent les sutures de l'urètre est la meilleure garantie de leur succès. Non seulement cette pratique est à conseiller dans les restaurations des pertes de substance du canal, mais également, dans la cure de l'hypospadias, elle s'impose; M. Duplay l'a démontré depuis longtemps. Et j'ai modifié moi-même également dans ce sens mes procédés habituels de cure de l'hypospadias. Prochainement, je ferai une communication à ce sujet.

*
* *

DU TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE LA CLOISON ET DES DÉFORMATIONS DES OS DU NEZ PAR LA MÉTHODE DE M. MARTIN.

M. BÉRARD. — L'an dernier, à la suite des communications si intéressantes de M. Martin sur le traitement des fractures du nez par le modelage à la pince, suivi du redressement des fragments au moyen d'appareils à pression continue, je lui avais demandé de vouloir bien appliquer sa méthode aux déviations anciennes de la cloison et des os propres du nez. Aussi bien, ces déviations, quand elles sont très marquées et qu'elles aboutissent à l'obstruction d'une des fosses nasales, relèvent très fréquemment d'une fracture ancienne non traitée ou mal traitée.

Le premier malade que je présentai à M. Martin était un garçon de 12 ans, entré à la Charité au mois de septembre 1904 pour une déformation considérable du nez et une déviation avec effondrement latéral de la cloison. La respiration nasale en était notablement gênée. L'empreinte prise, M. Martin se mit à la construction de l'appareil, modifié par lui en vue de ce cas spécial. Pendant le mois que nécessita cette préparation, les parents perdirent patience et emmenèrent leur enfant, en promettant de nous le rendre au printemps; il n'est pas encore venu.

Il nous fallut attendre au mois de janvier pour avoir un nouveau cas favorable: c'est celui que nous vous soumettons aujourd'hui.

Ce jeune homme, âgé de 16 ans, très vigoureux et sans tare, fit à l'âge de 8 ans une chute, à la suite de laquelle le nez

resta très déformé et la cloison tellement déviée à droite qu'elle obstruait totalement la narine. La respiration nasale en fut très gênée ; et les parents remarquèrent que fréquemment, à partir de cette époque, leur garçon était obligé de tenir la bouche ouverte pour « avoir assez d'air ». Très heureusement, son développement général s'en est peu ressenti ; à peine note-t-on un peu de scoliose dorsale supérieure gauche.

Le moulage fut pris au préalable ; vous pouvez y reconnaître la déviation en totalité du nez vers la gauche, et la saillie excessive des os propres sur le côté droit de l'ogive. La cloison, très infléchie, comme froissée, touchait presque la muqueuse de la narine droite.

Après un modelage manuel des os propres, nous avons redressé avec la pince la cloison : ces dernières manœuvres, que je n'avais encore jamais pratiquées, furent trop énergiques, car en un point le cartilage de la cloison perfora la muqueuse et vint faire dans la narine une saillie pointue, qui gêna beaucoup l'introduction de l'appareil redresseur. Néanmoins, M. Martin put fixer convenablement cet appareil, qui resta en place une dizaine de jours. Une remarque à signaler, c'est que les traumatismes de modelage, relativement étendus, et, dans ce cas, compliqués d'une déchirure de la muqueuse, ne furent suivis d'aucune douleur. Aussi que M. Martin l'avait déjà fait observer à propos du traitement des fractures du nez par sa méthode, dès le lendemain de l'intervention on peut palper tout le dos du nez sans déterminer de douleur.

Le premier appareil enlevé, au onzième jour, on ne put pas en replacer un aussi volumineux, à cause des douleurs déterminées par son introduction. Néanmoins, un tuteur plus léger fut suffisant pour maintenir le résultat obtenu. Aujourd'hui, au bout d'un mois, la respiration s'effectue également bien par les deux narines, auxquelles font suite deux larges couloirs. Le nez est encore un peu dévié vers la droite ; cependant il a été redressé dans son ensemble et ramené notablement dans l'axe du visage.

FRACTURE ANCIENNE DU NEZ; REDRESSEMENT AVEC
L'APPAREIL DU D^r MARTIN.

M. NOVÉ-JOSSERAND. — Je vous présente l'observation suivante d'une enfant agée de 7 ans.

L'accident serait survenu il y a dix-huit mois; l'enfant serait tombée de sa hauteur sur un trottoir. Pas de renseignements sur les symptômes primitifs, et la gêne de la respiration ne s'est manifestée qu'au mois de juin dernier, c'est-à-dire près d'un an après l'accident.

Actuellement, déformation assez prononcée du nez, qui résulte principalement de ce que, du côté droit, l'os propre du nez a été enfoncé, d'où il résulte que la saillie du nez est déviée à gauche, que le flanc droit du nez est large et presque transversal, tandis que le flanc gauche se dirige presque directement d'arrière en avant. L'arête qui résulte de leur réunion est saillante et siège un peu à gauche de la ligne médiane. Il y a de plus une déviation de la cloison qui obstrue presque complètement la narine gauche.

23 décembre 1904. Redressement avec M. Martin. L'enfant étant endormie, on s'attaque d'abord à la dépression du côté droit avec la pince-levier de M. Martin. On obtient après quelques efforts le redressement de l'os qui s'accompagne d'un léger craquement. On s'attaque ensuite à la cloison qui est saisie avec la large pince plate de M. Martin et redressée après quelques difficultés résultant de l'étroitesse de la narine gauche; l'hémorragie n'est pas très considérable et s'arrête assez vite. On place ensuite l'appareil prothétique de M. Martin.

30 décembre 1904. M. Martin voit l'enfant. On lui fait un grand lavage et on remet à mardi 3 janvier un changement d'appareil.

3 janvier 1905. M. Martin enlève le premier appareil. On remarque qu'il n'y a plus de douleur, plus d'inflammation très marquée; l'air passe par les deux narines; la déviation est insignifiante. On place un deuxième appareil.

5 janvier. Le deuxième appareil est enlevé et remplacé par le premier.

7 janvier. L'enfant prend de la lymphangite du bout du nez

et on est obligé d'enlever l'appareil qui coupe la partie antérieure. Le nez reste indolore.

9 janvier. Le nez toujours indolore conserve une bonne forme malgré la suppression de l'appareil.

Je suis heureux de vous présenter ce résultat qui s'accorde avec celui de M. Bérard pour démontrer la bénignité et l'efficacité de la méthode de M. Martin. Grâce à son instrumentation spéciale, il est facile de modeler les os propres du nez et de la cloison sans avoir l'impression de faire un traumatisme grave, exposant à quelques dangers. L'appareil est bien toléré et les douleurs nulles au bout de 24 heures. Nous avons eu chez cette fillette le petit inconvénient de cette lymphangite développée tardivement au bout du nez, qui a ramolli les tissus et les exposait à se couper. Mais grâce à la surveillance qui était exercée, on a pu enlever l'appareil à temps, de sorte qu'il n'en est résulté aucun inconvénient. Malgré cette suppression relativement précoce du tuteur, la correction s'est bien maintenue, et le résultat peut être considéré comme parfait.

M. Cl. MARTIN. — Je profite de la présentation des deux malades que viennent de vous faire MM. Nové-Josserand et Bérard, pour vous rappeler que, depuis longtemps déjà, j'avais obtenu d'assez bons résultats dans le redressement de la cloison, avec des appareils bien plus simples que ceux que je vous présente aujourd'hui.

Dans le travail que j'ai publié en 1889 sur la Prothèse immédiate et les restaurations de la face, j'ai décrit plusieurs appareils pour le redressement de la cloison par les pressions lentes et continues, et depuis cette époque je les ai appliqués dans un grand nombre de cas.

J'ai réussi assez souvent, lorsque la déviation ne siégeait que sur la partie antéro-inférieure du cartilage, en employant un appareil simple formé de deux lames de caoutchouc aussi larges que le permettait l'ouverture des narines. Ces lames, dont la longueur était calculée sur la profondeur de la cavité nasale, étaient réunies à la partie antérieure par un ressort qui les serrait plus ou moins l'une contre l'autre; la pression de ce ressort pouvait être graduée selon la sensibilité de la muqueuse, car (et je ne me suis jamais départi de ce principe), il faut n'exercer que des pressions lentes et continues et ne jamais provoquer la douleur.

Dans les cas où la déviation du cartilage était plus étendue, englobant même la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, j'appliquais un appareil un peu plus complexe : chacune des deux lames que je viens de décrire était doublée à sa face interne par une autre lame de caoutchouc. Ces der-

nières étaient articulées sur les premières, au moyen d'un rivet placé à leur extrémité antérieure. Ces lames, mobiles de bas en haut, obéissaient à un ressort placé près de leur point de réunion à la lame inférieure. En un mot, la lame supérieure se mouvait sur l'inférieure comme une lame de couteau sur son manche. Cet appareil, en se développant, enserrait la cloison sur toute sa hauteur, et la maintenait pour ainsi dire rectiligne jusqu'à complète guérison.

Cette méthode, qu'on pourrait appeler de lenteur, parce que certains malades ont été obligés de porter ces appareils pendant dix-huit mois et même deux ans, m'a donné d'excellents résultats.

Il est certain qu'avec ces appareils on aurait obtenu des résultats beaucoup plus rapides si on les avait appliqués après une des nombreuses opérations que l'on pratique sur la cloison. C'est, je crois, actuellement, le moyen le plus parfait de contention dont on puisse se servir pour maintenir le redressement après une petite opération de ce genre.

Les appareils qui ont servi à obtenir les résultats que l'on vous présente aujourd'hui, tout en ayant une certaine ressemblance avec les précédents, permettent d'obtenir des mouvements bien plus précis et des résultats beaucoup plus rapides. Ces appareils ont été appliqués après redressement brusque ou traumatique. En effet, dans les deux cas, leur application a été précédée du redressement de la cloison à l'aide d'une pince à large mors qui rendait celle-ci très mobile; cette mobilisation obtenue, on n'a eu qu'à placer l'appareil pour maintenir la cloison au point voulu, et à laisser cicatriser.

Ces appareils sont restés en place un mois; après ce laps de temps, la consolidation en bonne position était obtenue.

Dans ces deux cas, il s'agissait de déviations acquises à la suite de fractures du nez, et dans ces conditions je ne crois pas qu'on ait pu obtenir un résultat aussi bon en agissant simplement sur le cartilage, en sectionnant celui-ci par un des différents procédés que l'on préconise aujourd'hui.

D'autre part, il me semble que les incisions verticales, horizontales ou cruciales, que l'on pratique couramment sur la cloison, sont plus dangereuses que la fracture simple; la muqueuse étant peu adhérente, se décolle facilement, et cette fracture est presque toujours sous-muqueuse. La consolidation doit se faire très rapidement, car si l'on agit doucement avec une pince large, on doit pouvoir bien limiter la fracture, et, pour ainsi dire, ne pas intéresser la muqueuse. Il n'y a que dans les cas complexes, comme les déviations occasionnées par un traumatisme déjà ancien, par exemple, qu'on est obligé de fracturer jusqu'aux os propres et même les bords de l'ethmoïde. Mais cela constitue alors une véritable opération comme dans les deux cas présentés aujourd'hui. Ainsi que

vous pouvez vous en rendre compte, malgré le traumatisme, le résultat est excellent.

L'appareil que j'ai utilisé dans ces deux cas est un peu plus complexe que celui que j'ai décrit au Congrès de chirurgie de 1900 pour le redressement des fractures du nez. Celui-là, en effet, ne comportait qu'un seul mouvement de lames, qui se faisait dans le sens vertical.

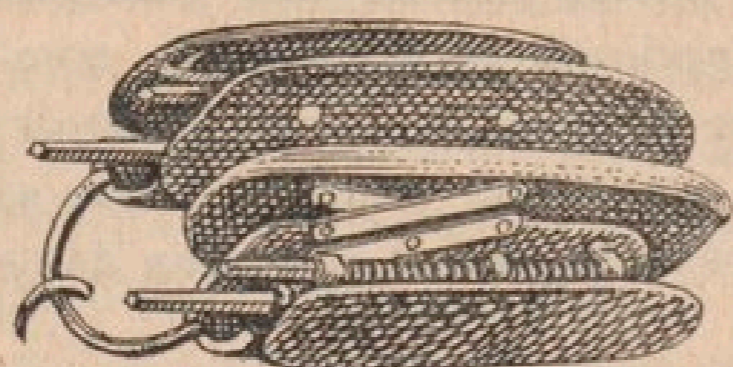


Fig. 1. — Fermé.

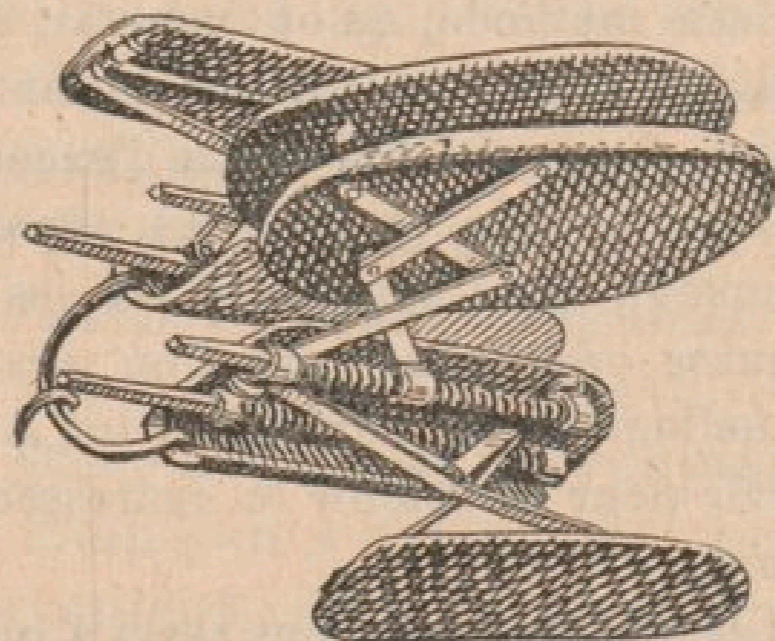


Fig. 2. — Ouvert.

Celui que je vous présente aujourd'hui a ceci de particulier qu'il permet des mouvements en deux sens : l'un de bas en haut pour soutenir l'arête dorsale du nez, l'autre dans le sens transversal. La cloison est saisie entre deux lames formant le milieu de l'appareil, et servant de point d'appui à deux autres lames, une de chaque côté, qui peuvent s'écarter

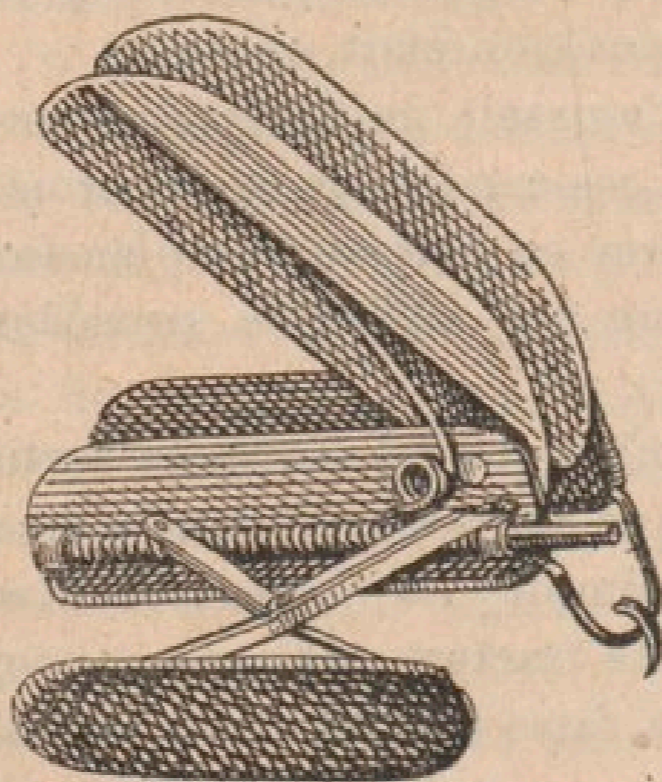


Fig. 3.

des premières au moyen de ressorts, et prendre point d'appui sur la paroi externe des fosses nasales ; il suffit de quelques tours de clé pour ramener d'un côté ou de l'autre la cloison déviée, et la maintenir jusqu'à cicatrisation dans la position convenable (fig. 1 et fig. 2).

L'appareil, bien que résistant, présente une certaine élasticité qui rend la pression moins brutale et, partant, plus facilement tolérable.

La figure 3 représente un appareil qui est une réduction du précédent.

Il est établi pour exercer une pression unilatérale, et doit être placé du côté obstrué.

Dans ces deux observations, ces appareils ont eu pour but unique le redressement de la cloison.

M. BÉRARD. — Dans son exposé de technique, M. Martin s'est montré trop modeste. D'après les deux cas présentés aujourd'hui, sa méthode est appelée, je crois, à des applications journalières dans les déviations de la cloison nasale, pour lesquelles on a proposé des traitements si variés, si nombreux et si peu satisfaisants.

Qu'il s'agisse d'autoplasties, de résections partielles de cartilages en décollant la muqueuse ou en l'incisant, que l'on ait recours au contraire aux procédés de lenteur, tels que l'électrolyse, parfois si illusoire, souvent l'on n'a abouti jusqu'ici qu'à des échecs ; ou bien l'on a dû en fin de compte créer une large perte de substance mettant en communication l'une avec l'autre les deux fosses nasales. Par le modelage forcé et les pressions continues, suivant la méthode de Martin, il est probable que le nombre des cures sera beaucoup plus considérable, et qu'on les obtiendra dans de bien meilleures conditions pour l'opérateur et pour l'opéré.

Séance du 16 février 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. BÉRARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté).

*
* *

TUMEUR VASCULAIRE DE LA RÉGION FRONTALE.

M. MOREAU, interne, présente, au nom de M. le Prof. ROLLET, un malade entré à la clinique ophtalmologique au mois de février 1905 et qui est porteur d'une tumeur d'apparence vasculaire siégeant au milieu du front.

L'évolution de l'affection a été la suivante :

Le malade, âgé de 31 ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires morbides. A 3 sœurs et 5 frères bien portants. La mère n'a pas jamais eu de fausses couches.

Personnellement, pas de pyrexie de l'enfance. A l'âge de 20 ans eut une angine qui dura trois semaines, pas d'autres phénomènes morbides concomitants. Dit avoir toussé pendant neuf ans. N'a jamais eu d'hémoptysies; son état général n'a pas été altéré.

Pas d'alcoolisme, pas de syphilis.

Il y a cinq ans, le malade s'aperçut de l'apparition, au milieu du front, d'une petite tumeur grosse comme un haricot, résistante sous le doigt, ne donnant lieu à aucun phénomène douloureux.

Quatre mois après, la vue baisse progressivement. A ce moment apparurent de violentes douleurs dans la région temporo-frontale gauche qui obligèrent le malade à cesser, par période, son travail. Vers la même époque, le malade devint

nyctalope pendant environ deux mois; puis la baisse de la vue s'accrut et le sujet dut cesser toute occupation.

A ce moment, en 1901, mois de juin, le malade entra à la Croix-Rousse, dans le service de M. Rollet, où l'on constate l'existence au milieu du front d'une tumeur très résistante, de la largeur d'une pièce de 5 francs.

Les douleurs frontales se présentèrent par accès très violents durant son séjour dans le service, mais disparurent rapidement.

L'examen ophtalmoscopique montra un œdème de la papille bilatéral évoluant vers l'atrophie.

Le malade ne pouvait pas compter ses doigts à 15 centimètres.

On institua un traitement spécifique intensif que ne procura aucune amélioration fonctionnelle, ni aucune diminution dans le volume de la tumeur.

Aujourd'hui, le malade se présente avec une tumeur volumineuse, de la grosseur du poing, à siège médio-frontal, accompagnée d'une circulation veineuse de voisinage extrêmement marquée.

Cette tumeur, sur laquelle serpente de nombreuses veines dilatées, offre une peau saine, sans nævus préexistant, sans adhérences. Elle est le siège de mouvements d'expansion très nets, coïncidant avec les battements artériels. Ne subit aucune variation par les mouvements respiratoires.

On réduit nettement son volume par la compression, mais celle-ci cessant, la tumeur reprend ses dimensions premières.

Pas de thrill, pas de double souffle.

A la palpation, on sent à la base de la tumeur une collerette osseuse, épaissie, très dure, tandis que la partie centrale est molle, paraissant reposer sur un plan résistant.

Aucune douleur ni spontanée, ni provoquée, sauf cependant au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite droite, où il existe un point douloureux.

Les différentes positions du malade font peu varier le volume de la tumeur.

La pression sur les jugulaires agit d'une façon très nette, produisant une augmentation des dimensions de la tumeur ainsi qu'une turgescence très marquée des veines de la face et du cuir chevelu déjà très dilatées.

Il ne se produit, sous l'effet de la compression directe ou à

distance de la tumeur, aucun phénomène cérébral, ni vertiges, ni céphalée.

Dans son voisinage, on est frappé par l'état variqueux de toutes les veines du cuir chevelu et de toute la région péri-orbitaire où elles présentent de véritables dilatations ampulaires.

La tumeur a envahi la partie supéro-interne de l'orbite droite, produisant un exorbitisme latéral externe; peut-être envahit-elle l'orbite gauche en raison d'un léger degré d'exorbitisme également latéral externe. La racine du nez, depuis deux mois, commence d'être envahie à son tour.

Le malade ne présente aucun trouble psychique; jamais de paralysies ni de contractures. Pas de zone d'anesthésie.

Force musculaire conservée. Réflexes normaux.

Pas de troubles olfactifs, ni auditifs.

Pas de paralysies de ses muscles moteurs oculaires. Quelques secousses nystagmiformes du globe.

Atrophie papillaire blanche bilatérale totale, nettement post-névritique.

Rien au poumon ni au cœur.

Pas de taches pigmentaires sur le corps.

Rien dans les urines.

De cette observation, il résulte que l'on se trouve en présence d'une tumeur très vasculaire développée soit aux dépens du diploë ou des enveloppes du cerveau.

La constatation, il y a trois ans, d'un œdème papillaire bilatéral ferait plutôt penser à une origine intra-crânienne que diploïque. Il semble donc que l'on doive admettre une origine dure-mérienne à cette tumeur, dont on pourrait peut-être soupçonner les relations vasculaires avec le sinus longitudinal supérieur ou avec un conduit veineux appartenant à la circulation intra-crânienne, comme Dufour en a rapporté plusieurs cas.

M. DESTOT. — J'ai déjà eu l'occasion de radioscooper ce malade : on devine très mal une légère communication de la tumeur avec la circulation intra-crânienne. Il faudrait pouvoir pratiquer des radiographies de ce malade.

CICATRICES VICIEUSES DE LA FACE ET DES DEUX MAINS.

M. DURAND. — Je vous présente au nom de M. Martin et en mon nom personnel, un petit malade atteint de cicatrices vicieuses résultant de brûlures étendues de la face et des mains.

Ces brûlures datent de 20 mois environ. L'enfant s'était approché d'un feu ardent qui enflamma ses vêtements. Les plaies mirent longtemps à se fermer. Les rétractions s'établirent : elles sont aujourd'hui définitives. M. Tixier, qui avait vu ce malade l'an dernier, a constaté en le voyant ces jours qu'elles sont restées stationnaires depuis son dernier examen.

Les cicatrices ont déformé la face et les deux mains, surtout la gauche.

A la face, on constate surtout des déformations d'orifices, particulièrement des paupières qui, atteintes d'ectropion considérable, donnent à la physionomie un aspect tellement hideux que la sœur du service qui a amené ici cet enfant n'a pas voulu le mener sans avoir par un pansement dérobé le visage déformé aux yeux des passants.

Comme vous le voyez, les quatre paupières ont été attirées de telle sorte que les conjonctives forment, autour du globe oculaire, un large cadre rouge qui entoure la peau des paupières, relativement saine. Le nez est épaissi sur chaque face par une bride, et les narines, sans avoir de tendance à l'oblitération, sont un peu rétrécies. Une large cicatrice occupant le menton a attiré la lèvre inférieure qui forme ainsi un bourrelet très saillant. La bouche n'est pas rétrécie. Tout le tégument de la face jusqu'aux limites du cuir chevelu, en haut et sur les côtés du cou, en bas, est formé par du tissu cicatriciel.

Aux mains les lésions sont semblables des deux côtés, mais plus profondes à gauche.

Les trois doigts médians sont un peu fléchis par des cicatrices de leur face palmaire, le pouce et le petit doigt sont ramenés vers l'axe de la main et vers le poignet par d'épaisses brides qui les attachent et les soudent sur le talon de la main. Le déplacement de ces doigts s'est surtout effectué au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne qui a subi ainsi une vé-

ritable luxation. La face dorsale des mains est recouverte d'une peau cicatricielle souple et non adhérente, la face palmaire porte surtout vers le poignet des brides plus épaisses, beaucoup plus rétractiles et déformantes.

Cet enfant est entré dans mon service pour être guéri de ces cicatrices et nous devons porter remède à sa face, ainsi qu'à ses mains.

Pour ces dernières, j'ai remis le traitement aux mains de M. Martin, et, après l'avoir examiné avec lui, nous avons convenu de chercher l'assouplissement des brides et le redressement des doigts par les tractions lentes et continues obtenues au moyen des appareils Martin. L'épaisseur des brides cicatricielles, leur largeur m'ont paru rendre difficiles et peu applicables les méthodes sanglantes, dissection et libération. De plus, j'ai pensé que le redressement lent restaurerait, peut-être mieux qu'une intervention brusque les articulations luxées.

Pour la face, les appareils ne sauraient être appliqués et les méthodes sanglantes s'imposent. A la lèvre, je n'ai pas l'intention de toucher, tout au plus pourrait-on, en sacrifiant un peu de muqueuse, diminuer le bourrelet saillant de la lèvre inférieure; le nez et l'ensemble de la face ne semblent pas non plus devoir être corrigés; les paupières au contraire constituent le point important.

Il ne saurait être question de libérations économiques devant une pareille lésion, et chacune des quatre paupières doit être reformée de toute pièce. Je pense qu'on en peut trouver les éléments avec assez de facilité et là n'est pas la difficulté. En effet, les conjonctives sont intactes, elles sont même trop grandes, et une fois libérées, recouvriraient bien les globes oculaires. On trouve de même, concentriquement à cette muqueuse, le revêtement cutané destiné à former la peau des paupières, et ces deux éléments peuvent être assez facilement libérés et mis en place. Le problème consiste à recouvrir la large surface cruentée que va créer la dissection de ces éléments des paupières.

Considérant la nature cicatricielle des téguments voisins, j'ai pensé qu'on trouverait difficilement en eux les quatre larges lambeaux nécessaires à recouvrir cette perte de substance.

Les méthodes par glissement ou par lambeaux pivotants

m'ont paru peu applicables et j'y ai renoncé. Je ne me suis pas arrêté à la méthode italienne, qui est pénible pour le malade et donne des lambeaux épais, mal en rapport avec la nature des téguments de la face. J'ai pensé qu'on pourrait avec plus de succès recouvrir ces pertes de substance par des greffes d'Ollier. J'avoue que j'ai une prédilection très marquée pour cette méthode. Je l'ai très souvent employée, toujours avec succès, et je crois qu'on a toujours de bons résultats quand on taille des greffes très minces et qu'on les applique bien à plat. Elles permettent facilement les « retouches » si une première intervention ne donne pas un résultat suffisant, on peut par de nouvelles greffes porter remède à la rétraction récidivée. On peut, avec elles, ne pas économiser le tégument à greffer, rien ne limite l'importance des lambeaux. Enfin, ce n'est pas à priori que je fais ces réflexions, car j'ai déjà eu l'occasion de vous présenter il y a quelques années une malade à laquelle j'ai refait les paupières supérieures de cette manière : il s'agissait d'une jeune fille qui avait été scalpée de tout son cuir chevelu par une machine. La rétraction de la cicatrice avait amené un ectropion extrêmement marqué des paupières supérieures. Les greffes d'Ollier m'avaient donné un résultat très satisfaisant.

M. BÉRARD. — Il est certain que par la méthode des tractions continues avec les appareils de M. Martin, on arrivera à corriger complètement les cicatrices vicieuses des mains de cet enfant.

Je me demande cependant, si avant de remettre le petit malade aux soins de M. Martin, on ne gagnerait pas beaucoup de temps sur la durée du traitement en pratiquant d'abord l'excision des chéloïdes, peu épaisses ici, suivie d'une première autoplastie qui donnerait certainement des résultats très satisfaisants.

J'é mets cette opinion parce que les parents n'acceptent pas volontiers, souvent pour des raisons matérielles très compréhensibles, de se séparer pendant un an et plus de leurs enfants, et que d'autre part si les enfants sont renvoyés chez eux, avec des appareils de traction qui nécessitent une surveillance et une adaptation de tous les instants, presque toujours au bout de quelques semaines ces appareils, mal entretenus, deviennent inutiles ou sont laissés de côté.

C'est ainsi que, l'an dernier, j'avais demandé à M. Martin de vouloir bien me prêter son concours pour traiter une fillette de deux ans, qui à la suite d'une brûlure datant des premiers mois de la vie, avait une symphyse totale du pouce et de la paume de la main gauche avec la face

antérieure de l'avant-bras. L'annulaire et l'auriculaire étaient réduits à l'état de moignons informes. Par places des chéloïdes lardacés, d'un centimètre d'épaisseur, infiltraient largement la cicatrice. M. Martin fit prendre un moulage de la lésion et prépara son appareil. Mais dans l'intervalle, la mère de la petite malade déclara que si on ne l'opérait pas, elle ne la laisserait pas à l'hôpital. D'accord avec M. Martin, je tentais alors une autoplastie, qui serait complétée plus tard par l'application d'un appareil redresseur.

Bien que les chéloïdes fussent fort épaisses et étendues, je fus surpris de trouver la plupart des tendons intacts et disséquables autour d'elles. Je pus ainsi redresser presque complètement le pouce et l'index et obtenir, partie immédiatement, partie par seconde intention, des cicatrices nouvelles, souples, plus modelables par conséquent pour la suite que les chéloïdes que j'avais dû exciser. Le résultat d'ailleurs était assez bon pour que M. Martin se déclarât d'avis d'attendre que l'enfant eût grandi et se prêtât mieux au traitement, pour appliquer un appareil de correction progressive.

Dans le cas de M. Durand, les sublaxations des doigts sur les métacarpiens sont plus apparentes que réelles; sans doute les doigts un fois libérés reviendraient d'eux-mêmes à leur position normale. D'autre part, je répète qu'il n'est pas indispensable, dans les autoplasties chez les enfants, d'obtenir une cicatrisation totale par première intention, pourvu qu'on ait excisé largement les indurations chéloïdiennes.

Enfin, si attentivement qu'il y soit soigné, il n'est pas indifférent de garder un enfant quelques mois de plus ou de moins dans l'atmosphère de l'hôpital.

M. TIXIER. — Je connais cet enfant, car je l'ai eu quelques jours dans mon service lorsque j'étais à Saint-Pothin. Je l'avais montré à M. Martin le priant de vouloir bien me prêter sa précieuse assistance. Malheureusement les parents n'avaient pas voulu s'engager à laisser l'enfant de longs mois à l'hôpital. Aussi avais-je jugé inutile de commencer un traitement actif.

Je constate avec plaisir que ses parents se sont rendus à l'évidence, et qu'ils acceptent de laisser soigner leur enfant dans des conditions qui me paraissent encore meilleures actuellement. Il est évident qu'à l'heure présente, l'état des conjonctives éversées est plus favorable à l'autoplastie des paupières : il y a moins de suppuration, moins d'ectropion saignant.

Pour reconstituer ces paupières j'aurais été assez disposé à tailler des lambeaux dans les régions voisines, alors même que les tissus sont cicatriciels. M. Rollet nous a montré ce que l'on pouvait obtenir dans ces cas, et comme il s'agit d'un enfant, on peut espérer que ses tissus seraient propres à constituer de bonnes paupières.

Quant au traitement à instituer pour redresser les doigts et les poignets, je crois qu'il peut, comme vient de le dire M. Bérard, être ortho-

pédique et chirurgical. Chirurgical pour gagner du temps en sectionnant ses énormes brides fibreuses longues à distendre par la méthode des tractions élastiques, puis orthopédiques, en demandant à M. Martin de conduire à bien par son excellente méthode, le redressement progressif des doigts.

M. ROLLET. — Pour la réfection des paupières, je ne crois pas qu'on doive rejeter d'emblée l'idée de tailler des lambeaux dans les tissus voisins. Nous vous avons montré, M. Tavernier et moi, que même avec du tissu cicatriciel on peut avoir d'excellentes blépharoplasties.

M. DURAND. — Je rejette toute idée d'intervention sanglante pour le redressement des doigts, car M. Martin se fait fort d'obtenir un excellent résultat avec de simples tractions élastiques.

Quant aux paupières, j'y appliquerai la méthode d'Ollier des greffes dermo épidermiques qui m'ont toujours donné des succès certains et durables.

*
* *

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE ; PINCEMENT LATÉRAL DE L'INTESTIN GRÊLE A SIGNES LATENTS.

M. BÉRARD. — En novembre 1901, j'ai présenté à la Société un premier cas de pincement latéral de l'iléon dans une hernie, dont les signes cliniques s'étaient bornés à la production d'un phlegmon stercoral chronique, bien que la section de l'intestin sphacélé fût presque complète. Ce fait fut rapproché, dans sa thèse, par M. Comte, de trois observations semblables dues à MM. Schwartz, Quénu et Lejars, où des pincements latéraux de l'intestin grêle ne s'étaient accompagnés d'aucun des signes classiques de l'étranglement.

Voici un nouveau cas à rapprocher des précédents :

Lundi dernier, on apportait dans mon service de la Croix-Rousse une femme âgée de 55 ans, et qui présentait dans l'aîne droite une tuméfaction douloureuse, irréductible, apparue neuf jours auparavant au niveau d'une ancienne hernie crurale, très facilement contenue jusque-là. Le premier jour de l'irréductibilité, il y avait eu d'assez vives douleurs locales, des nausées, quelques vomissements alimentaires ; puis tous ces accidents s'étaient calmés ; et depuis, l'appétit avait été conservé, de même que la libre circulation des matières et des gaz.

A l'examen, on constatait une hernie crurale en marron, assez mollassse, et dont la palpation, peu douloureuse, donnait l'impression grenue d'une épiplocèle adhérente, à fleur de peau. Pas de péristaltisme. Rien au toucher vaginal. Température de 37°,9.

La cure radicale est faite d'emblée. Le sac ouvert, nous apercevons bien une frange épiploïque largement adhérente à sa face interne et congestionnée; nous la libérons pour la réséquer ou la réduire, quand, dans la profondeur, nous rencontrons une surface intestinale violacée. L'anneau crural est effondré sous l'index; mais l'anse étranglée ne peut pas être amenée dans la plaie, car elle adhère déjà fortement au coussinet épiploïque qui la sépare du collet du sac.

Dans ces manœuvres, le péritoine est éraillé sur une surface d'un centimètre carré, et même en un point directement au contact du collet et très aminci, il se produit une perforation en tête d'épingle. L'anse libérée enfin, on reconnaît un pincement latéral du bord libre de l'iléon, sur le tiers de sa circonférence environ. Le sphacèle est limité au point de la perforation; une fois à l'air, le reste de l'anse se vascularise.

Néanmoins, pour plus de sécurité, toute la portion suspecte est abrasée, et la perte de substance fermée par un enfouissement latéral à deux plans de sutures. Réduction. Ablation du sac. Fermeture de l'anneau. Suite des plus simples.

En résumé, pendant neuf jours a pu exister chez cette malade un pincement latéral de l'iléon, fort, serré, en un point très limité d'ailleurs, et qui, à part quelques vomissements le premier jour de l'accident, ne s'était révélé par aucun autre signe que l'irréductibilité de la hernie, sans nausées, sans douleurs vives, sans péristaltisme intestinal, avec une libre circulation des matières et des gaz.

L'explication de cette tolérance exceptionnelle de l'intestin doit être cherchée dans le fait que, sur presque sur tout le pourtour du pincement, se trouvait interposée entre le collet du sac et l'intestin une lame épiploïque de quelques millimètres d'épaisseur, qui formait coussinet et amortissait la constriction.

GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE POUR ULCÈRE.

M. VALLAS présente une malade chez laquelle fut pratiquée cette opération et qui, depuis, a vu son état de santé absolument transformé dans un sens favorable. Il insiste sur ce fait que pour que la gastro-entérostomie donne son maximum d'effet, il faut que les lésions soient éteintes et que l'on n'ait plus à vaincre que des obstacles mécaniques. C'est quand elle est une opération orthopédique que la gastro-entérostomie réussit le mieux.

Dans les cas encore en évolution, dans les ulcères en activité, les résultats sont bien plus incertains. L'opération peut encore réussir quand on lui demande la cessation des crises douloureuses. En ces cas, elle agit comme la taille vésicale dans les cystites douloureuses en faisant cesser le spasme de l'organe contractile.

Mais il ne faut pas compter sur elle pour arrêter des hémorragies. Il semble même qu'en pareil cas, elle aggrave l'état des malades et expose à des désastres. Il en est d'ailleurs de même dans le cancer : d'après M. Vallas, les cas de mort s'observeraient surtout à propos de grosses tumeurs bourgeonnantes, hémorragipares, plutôt que dans les formes squirrheuses et sténosantes.

Pour lui, il ne convient de pratiquer la gastro-entéro-anastomose pour ulcères que dans les cas anciens, cicatriciels, et dans les formes douloureuses des cas aigus. Si l'hémorragie est le symptôme dominant, il vaut mieux s'abstenir.

Séance du 23 février 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

* * *

KYSTE DE L'OVAIRE SANS PÉDICULE.

M. Auguste POLLOSSON présente un kyste de l'ovaire, qu'il a opéré il a quinze jours et qui offre la particularité d'être dépourvu de pédicule, probablement à la suite d'une rupture par torsion d'un pédicule préexistant.

Il s'agit d'une femme de 50 ans, multipare, dont la dernière grossesse remonte à neuf ans. Depuis quatre ans, la ménopause était établie d'une façon complète et définitive.

Cette malade jouissait d'une parfaite santé lorsque, en avril 1904, elle présenta brusquement des accidents douloureux dans l'abdomen; elle éprouva des douleurs violentes dans le bas-ventre, sans vomissements; elle dut garder le lit pendant quelques jours. Pendant l'été de 1904, la malade eut des alternatives de bien-être et de douleurs abdominales; ces dernières n'eurent jamais l'intensité des douleurs du début.

En septembre, après des massages abdominaux, reparurent des douleurs plus violentes et la malade dut à nouveau s'aliter. A ce moment, le ventre était un peu augmenté de volume, on constata la présence d'une tumeur abdominale.

J'ai vu cette malade en novembre; je constatai la présence d'une tumeur kystique, tendue et de consistance assez ferme; l'utérus était rétroversé.

J'ai revu la malade en janvier 1905 ; les constatations confirmèrent le diagnostic de kyste de l'ovaire et j'attribuai les symptômes douloureux à une inflammation du kyste ou à une torsion du pédicule.

L'opération fut décidée et pratiquée le 7 février. A l'ouverture de l'abdomen, je constatai immédiatement l'existence d'un kyste médian, de teinte gris-jaunâtre, qui présentait des adhérences molles avec la paroi abdominale antérieure. Deux adhérences épiploïques durent être sectionnées entre deux ligatures.

Le kyste, ponctionné, ne laissa écouler aucun liquide ; une incision de la paroi antérieure montra un contenu gélatineux très épais, ayant presque la consistance du caoutchouc ; ce contenu ne s'écoula pas malgré une large incision et il fallut évacuer le kyste en essuyant progressivement son contenu avec de nombreux tampons.

La poche fut alors attirée hors du ventre ; la partie supérieure et postérieure du kyste était libre ; c'est seulement vers le pôle inférieur que l'on constata des adhérences molles faciles à décoller. Je m'attendais à trouver un pédicule ; j'eus l'étonnement de n'en constater aucun. L'opération, conduite lentement et très attentivement, me permit d'affirmer qu'aucun pédicule n'existait.

J'examinai attentivement le fond du bassin, qui présentait à la surface péritonéale les traces des adhérences décollées. L'utérus était sain. Les annexes gauches, trompe et ovaire, étaient normales. A droite, je constatai la présence de la trompe, mais l'ovaire était absent. Je ne constatai aucune trace de pédicule rompu.

Il s'agit d'un kyste de l'ovaire mucoïde, uniloculaire. Il s'agit d'un kyste à développement péritonéal et non pas d'un kyste du ligament large. Il est donc évident qu'un pédicule a existé et qu'il s'est rompu.

Les ruptures peuvent exister dans les cas de pédicules minces. Elles peuvent se produire par simples élongation ou bien encore par torsion. Dans le cas que nous rapportons, il est probable que la rupture s'est produite par torsion, et les accidents douloureux observés dans cette dernière année sont expliqués par l'hypothèse de torsion.

Les cas de rupture de pédicule ne sont pas très nombreux.

Chalot, en 1887, en avait réuni 28 cas. De Quervain y a ajouté 6 cas nouveaux. A. Martin, dans son *Traité des maladies de l'ovaire* (1889), rapporte deux cas personnels.

Les kystes dermoïdes, les embryomes de l'ovaire représentent une proportion de 25 % de ces kystes erratiques.

La gangrène du kyste n'est pas la conséquence fatale de cette suppression du pédicule et les adhérences vasculaires sont capables de fournir une alimentation au kyste isolé.

M. VALLAS. — J'ai le souvenir d'un kyste de l'ovaire, opéré par moi après sa rupture dans le péritoine, et dont le contenu avait cette consistance gélatineuse : on fragmentait cette masse pâteuse comme un bloc demi-solide. L'aspiration avec les plus gros trocarts n'aurait rien ramené.

M. CONDAMIN. — Est-ce que précisément, dans le cas de M. Pollosson, il n'y aurait pas eu une rupture ancienne du kyste ? Toutes les fois que, pour mon propre compte, j'ai trouvé dans un kyste de l'ovaire cette sorte de colle très dense, il y avait eu rupture préalable dans le péritoine ; les principes liquides avaient été résorbés progressivement, et il ne restait que les éléments similaires avec les produits de déchets.

Je crois d'ailleurs pouvoir affirmer que des expériences ont été faites sur ce point. On a injecté, dans le péritoine de lapins, le contenu mucoïde de kystes de l'ovaire ; au bout de quelque temps, on a retrouvé une masse colloïde très compacte.

M. GOULLIQUOUD. — Sans doute, ce qui peut faire croire que de tels kystes ont toujours été antérieurement rompus, c'est que, quand on les opère, on leur trouve par place une paroi excessivement mince. En réalité, c'est primitivement que cette paroi est si mince et si fragile ; et j'ai l'impression que plus l'enveloppe est mince en général, dans les kystes colloïdes, plus la tumeur est maligne et a de chances de récidives.

Il n'est pas rare que de tels kystes se développent à la fois ou successivement dans les deux ovaires. Aussi, quand j'en opère un, j'enlève toujours l'ovaire du côté opposé, même s'il paraît sain.

M. POLLOSSON. — Si j'ai rapporté ce cas et signalé l'aspect particulier du contenu de ce kyste, c'est qu'il n'était pas formé de substance mucoïde ou colloïde, mais d'un produit tout à fait particulier, poisseux et dense, ne mouillant pas les doigts.

Je crois qu'il s'agit là, en effet, de la condensation de la substance mucoïde, non pas après rupture du kyste, mais après rupture du pédicule ; il n'y avait aucune cicatrice sur la tumeur, aucune greffe dans le péritoine.

M. VALLAS. — Plutôt que d'admettre une transformation de la substance mucoïde, je serais plus disposé à croire à une nature d'emblée spéciale de ce contenu, qui correspondrait à un type de tumeur particulier.

*
* *

MASTOÏDITE AVEC THROMBO-PHLÉBITE DU SINUS LATÉRAL
ET DE LA JUGULAIRE INTERNE ; TRÉPANATION DU SINUS
APRÈS LIGATURE ET RÉSECTION DE LA JUGULAIRE ;
PYOHÉMIE.

M. BÉRARD. — Le cas que j'ai l'honneur de vous présenter m'a paru digne d'intérêt, en ce que la thrombose d'un sinus latéral avec thrombo-phlébite de toute la jugulaire interne correspondante, avait évolué d'une façon particulièrement insidieuse sans autres signes locaux que ceux de la mastoïdite initiale, accompagnés d'une douleur très vive en arrière et au-dessus de la mastoïde. Il n'y avait aucuns troubles fonctionnels ou physiques pouvant traduire quelque gêne de la circulation en retour.

La malade, âgée de 57 ans, était entrée dans mon service de la Croix-Rousse le dimanche 12 février, avec le diagnostic de suppuration mastoïdienne aiguë, localisée par la grippe sur une ancienne otite avec otorrhée.

A la visite, lundi matin, je la trouvai assez abattue, se plaignant d'horribles douleurs, spontanées et à la pression, dans la région de la mastoïde gauche, avec un écoulement très fétide de l'oreille gauche, et remuant très difficilement la tête à cause des souffrances qu'elle ressentait au niveau des attaches supérieures du sterno-cléido-mastoïdien correspondant. La peau de la région latérale du cou, excoriée par un topique, n'était pas œdématiée ; on ne sentait pas de cordon induré profond. Il n'y avait aucun gonflement des veines voisines, pas de turgescence de la face, pas de troubles oculaires, aucun signe de paralysie du facial ou des autres nerfs crâniens, rien du côté des membres. Un peu somnolente, la malade répondait cependant nettement aux questions, pourvu cependant qu'elles fussent posées à voix haute et impérative. Elle n'avait eu que quelques vomissements avant son entrée, mais ni ictus ni vertige. Elle réclamait seulement un calmant, la douleur

l'ayant privée de tout sommeil depuis plusieurs jours. La température était de 40°, sans grands frissons.

Devant des signes aussi pauvres et aussi limités, je conclus à une mastoïdite diffuse, peut-être avec une perforation de la pointe et abcès cervical profond de Betzold, à cause des douleurs irradiées le long du sterno-mastoïdien. Le matin même, une large trépanation permit d'évider la mastoïde, l'antra et la caisse du tympan. Le pus, extrêmement fétide, occupait surtout l'aditus ad antrum et les cellules voisines, sans fusées vers la pointe.

La plaie, laissée ouverte, fut tamponnée; le soir même la température tombait à 36°,9; le lendemain matin, elle était à 37°,9; la malade, moins assoupie, se déclarait très soulagée.

Pourtant, dès le mardi soir, elle était prise d'un petit frisson; le thermomètre remonte à 38°,8. La journée du mercredi fut encore plus mauvaise. Le mercredi soir, il y eut à nouveau 40°,1. Le pouls était rapide, mais fort et régulier. Si bien que le jeudi matin, convaincu par les frissons, par l'élévation thermique, par la présence de la douleur cervicale, et par la réapparition de la torpeur, qu'il s'agissait d'une phlébite du sinus latéral propagée à la jugulaire interne malgré l'absence des signes habituels du côté de la face et des veines du cou, nous résolûmes de réintervenir.

Le rocher, déjà évidé, fut nettoyé à la curette; une tache noirâtre apparut sur la paroi postérieure. De façon à ne rien négliger, on fit sauter à la gouge le plafond de la mastoïde pour explorer la face externe de la dure-mère temporale: rien de ce côté. Le sinus latéral fut ensuite ouvert; on tomba sur un caillot putride, d'une odeur nauséabonde. Sans pratiquer de suite le curettage du sinus, pour ne pas détacher d'embolie vers la jugulaire, une longue incision fut menée sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien partiellement libéré de ses insertions supérieures. Le muscle récliné en avant, la gaine vasculaire apparut grisâtre, très épaissie; ouverte à la sonde cannelée, elle laisse voir un cordon gros comme un porte-plume, lui-même grisâtre, consistant, artérialisé; si bien qu'un moment, comme il était soulevé par les battements transmis de la carotide, on se demanda s'il ne s'agissait pas de l'artère. Celle-ci repérée, le cordon fut dégagé jusqu'à la base du cou, où, au voisinage du confluent de la jugulaire, la paroi vei-

neuse reparut souple, gonflée à chaque mouvement respiratoire par le reflux du sang.

Une première ligature fut posée en ce point, puis tous les pédicules veineux des affluents de la jugulaire encore perméables, ayant été ensuite liés de bas en haut, j'extirpai la veine jusqu'au trou déchiré. La paroi de la veine, indurée et épaisse de près de 2 millimètres, était tapissée du haut en bas par un caillot noirâtre, mou, fétide.

L'ouverture du sinus latéral, ensuite agrandie en bas et en arrière, celui-ci fut cureté sur une profondeur de 2 centimètres, jusqu'à ce qu'un jet de sang noir vint témoigner qu'il était débouché vers le pressoir.

Tamponnement serré de la plaie crânienne pour faire l'hémostase. Suture de la plaie cervicale avec mèche déclive.

Aussitôt après l'opération, les veines du cou apparurent tuméscées, la moitié gauche de la face congestionnée et violacée, la conjonctivite injectée.

Dans la soirée, la malade fut calme ; on lui fit une injection de sérum de 500 gr. La température était à 39°, le pouls à 120.

Le lendemain (17 février), la malade était plus réveillée, elle souffrait moins violemment de la tête et ne se plaignait plus du cou. La cyanose et le gonflement des veines de la face persistèrent à gauche. Pas de paralysie faciale ; pas de vertiges, pas de vomissements. La température rectale était le soir à 38°. Pendant 48 heures on put espérer la guérison.

Mais la journée du 19 fut plus agitée ; les douleurs crâniennes profondes reparurent, la malade ne pouvait supporter la lumière ; l'œil gauche saillant, congestionné, était entouré d'un léger chémosis. La température oscilla entre 38°,8 et 39°,8 avec un pouls progressivement accéléré et une dyspnée intense. Crachats purulents et rouillés, signes de broncho-pneumonie.

Le 21, au soir, cinq jours après la seconde intervention, la malade, de plus en plus prostrée, succomba.

L'autopsie, faite au bout de 24 heures, montra la portion horizontale du sinus latéral occupée par un caillot récent, non suppuré, tandis que la portion vésicale était pleine de pus. Par le sinus pétreux inférieur thrombosé, le sinus caverneux a été infecté à son tour et le caillot avait suppuré également.

Petit caillot noirâtre au-dessous de la ligature inférieure de la jugulaire.

Dans le poumon gauche, trois abcès métastatiques, entourés d'une zone de broncho-pneumonie, étaient disséminés au voisinage de la scissure interlobaire.

Pas d'abcès métastatique dans les autres viscères.

Les remarques suggérées par ce cas sont les suivantes :

1° La thrombose du sinus latéral, sans doute installée déjà au moment de l'évidement pétro-mastoïdien, avait gagné la paroi de la jugulaire *sans oblitérer complètement la lumière de ce vaisseau*. La circulation en retour des veines de la moitié gauche du cou et de la face était-elle peu entravée ; et les signes de congestion passive dans cette région furent-ils à peine ébauchés jusqu'au moment de la deuxième intervention trois jours après. A ce moment encore, après la résection de la jugulaire, on pouvait faire passer une sonde cannelée sans peine au centre du caillot suppuré qui en tapissait les parois.

2° A cause de cette perméabilité relative de la jugulaire, je crus devoir ne pas me borner à la ligature au-dessous du caillot, mais bien *réséquer toute la veine jusqu'au trou déchiré postérieur*, chacun des confluent veineux du cou étant lié au fur et à mesure de sa découverte.

Aussitôt après, la face du côté gauche devint violacée, les veines apparentes sous la peau.

3° Cette extirpation de la jugulaire, combinée au curetage du sinus latéral, *ne fut pas suffisante pour éviter la thrombose du sinus caverneux*, qui fut observée deux jours avant la mort et contrôlée par l'autopsie. Comme on l'a dit, c'est là la pierre d'achoppement du traitement chirurgical de la thrombose sinuso-jugulaire : on a beau extirper la veine et déboucher le sinus, même en lavant son bout inférieur, on reste sans action sur les sinus pétreux. C'est précisément dans le sinus pétreux inférieur que nous trouvâmes la voie de passage du pus jusqu'au sinus caverneux.

D'ailleurs en admettant que les lésions locales eussent guéri, la malade aurait-elle survécu à ses abcès métastatiques du poumon, ensemenés sans doute entre la première et la deuxième opération ?

M. TIXIER. — J'ai eu l'occasion de présenter à la Société médicale des hôpitaux un malade auquel j'avais pratiqué l'opération de Zaufal dans

des conditions analogues à celles que vient de nous rapporter M. Bérard. J'ai eu la bonne fortune d'avoir une guérison rapide et complète.

Ce malade atteint de mastoïdite aiguë, avait été trépané précocement : son anstre était rempli de pus. Après une chute de température de vingt-quatre heures, j'avais vu celle-ci remonter rapidement, tandis qu'une douleur exquise se manifestait sous le sternum, sur le trajet de la jugulaire. Il y avait de grands frissons, de la céphalée sans vomissements ; aucun signe de troubles dans la circulation veineuse de la face et du cou. Cependant en présence d'un état général inquiétant j'avais fait le diagnostic de phlébite du sinus latéral, et 48 heures après l'ouverture de l'anstre je me décidais à intervenir.

Je pratiquais d'abord la ligature de la jugulaire interne que je dus poursuivre très bas pour la trouver perméable, puis me portant sur le sinus latéral, je l'ouvrais. Il était plein de pus d'odeur infecte ; une curette introduite dans son intérieur ramena des caillots, puis brusquement, un jet de sang se produisit. Tamponnement du sinus.

Très rapidement l'amélioration se manifesta et en quelques jours mon malade fut hors de danger. Une complication cervicale se produisit cependant : au point où j'avais posé ma ligature sur la jugulaire il se forma très rapidement un gros abcès à pus très fétide indiquant quelle était la septicité du pus qui avait donné lieu à la phlébite.

Comme manuel opératoire j'avais suivi la conduite rationnelle qui consiste à lier d'abord la veine avant d'ouvrir le sinus afin de se mettre à l'abri de la possibilité d'embolies septiques au moment où on agit sur le système nerveux supérieur. Comme M. Bérard vous l'a fait remarquer, il est difficile dans un cas de phlébite de reconnaître la veine jugulaire pour y jeter un fil à ligature. Il y a de la périphlébite qui infiltre les parois du vaisseau et en modifie la structure et l'aspect.

Je crois qu'il faut insister sur l'absence de troubles dans la circulation veineuse de la face dans des cas cependant absolument certains de phlébite du sinus. Ces troubles doivent être souvent tardifs et il ne faut pas les attendre pour agir.

Les cas de guérison après l'opération de Zaufal sont en somme rares. Je crois que cette opération a été pour la première fois exécutée à Lyon sans succès par MM. Villard et Rivière. M. Delore a publié un cas de guérison après cette opération chez un malade qui ne conserva qu'une paralysie faciale à la suite de sa très grave infection. Mon malade a été et reste complètement guéri.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 2 mars 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. BÉRARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.

A l'occasion du procès-verbal :

M. NOVÉ-JOSSERAND. — J'ai eu l'occasion d'opérer un enfant atteint d'une phlébite de la jugulaire interne et du sinus latéral. Malgré une intervention précoce, qui m'avait conduit à lier la jugulaire et à drainer le sinus, l'enfant est mort avec des accidents pulmonaires dus à des embolies septiques, il y avait même des foyers de gangrène dans le poumon. Ceci nous montre combien est grave cette complication des otites.

Le procès-verbal est adopté.

*
* *

UN CAS DE TUMEUR DITE MIXTE DE LA GLANDE
SOUS-MAXILLAIRE.

M. GAYET. — C'est au nom de M. le Prof. Jaboulay, aussi bien qu'en mon nom personnel, que je vous présente les pièces macroscopiques et histologiques que vous voyez, à l'appui d'une observation de tumeur de la glande sous-maxillaire.

Voici tout d'abord les détails cliniques de cette observation :

Ch... (Alexandre); 30 ans, secrétaire de commissariat de police, entre le 15 février 1905, dans la salle Saint-Sacerdos.

Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Personnellement

il a eu dans sa première enfance les maladies contagieuses suivantes : rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde. Cela ne l'a pas empêché de se développer normalement sans aucune trace de ces diverses affections. Pas de maladies vénériennes. Il y a quelques années, attaque de rhumatisme articulaire aigu, sciatique à gauche.

L'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à 1890 ; à ce moment apparut une glande sous le rebord du maxillaire inférieur à gauche ; il y prêta d'abord fort peu d'attention. Jusqu'en 1897, l'accroissement de cette glande resta très lent ; mais depuis il semble qu'elle augmente plus rapidement.

Actuellement, on sent dans cette région une tumeur trilobée, ayant en tout le volume d'un gros marron d'Inde, de mobilité très grande, superficielle. La consistance est dure. La situation exacte est à un travers de doigt du bord inférieur du maxillaire, la partie inférieure de la tumeur déborde l'os hyoïde, arrivant jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde.

Rien au toucher intra-buccal. Dentition mauvaise ; pas de troubles de la salivation. Petit ganglion carotidien des deux côtés. Pas de ganglions sous-maxillaire perceptible du côté opposé.

Rien aux poumons. Au cœur, ébauche de rythme mitral.

17 février. M. le Prof. Jaboulay pratique l'ablation de la tumeur, pensant avoir affaire à une adénite chronique, ainsi que tous ceux qui avaient examiné ce malade. Mais au cours de l'intervention il réforma son diagnostic, trouvant la tumeur en connexion étroite avec la glande sous-maxillaire, encapsulée dans l'intérieur même de celle-ci ; en raison aussi de la dureté de la néoformation il en fait un chondrome de la glande.

Suites opératoires très simples, réunion par première intention. Sortie huit jours après l'opération.

Les pièces remises au laboratoire de la clinique sont celles que je mets sous vos yeux : petite tumeur lisse, à contours réguliers, ayant absolument l'aspect d'un ganglion ; mais à la coupe on voit un tissu pulpeux, légèrement jaunâtre, traversé par des bandes de tissu blanc nacré, aux reflets porcelainiques. Pas de kystes ni d'hémorragies interstitielles.

L'examen histologique nous a montré qu'il s'agissait bien d'une de ces tumeurs singulières et propres aux glandes salivaires, successivement appelées chondromes, adéno-chondromes, tumeurs mixtes.

En voici une description succincte :

Les aspects des coupes sont très variés suivant la coupe et suivant la région de celle-ci. Ici nous tombons sur de grandes nappes de tissu cartilagineux, là sur des amas cellulaires diversement orientés, parfois en traînées irrégulières, parfois en cordons pleins ou au contraire creusés de lumières glanduliformes.

Si l'on étudie successivement ces diverses parties on voit que le cartilage a des aspects très variables. En certains points, c'est du cartilage

hyalin avec de rares cellules encapsulées, avec une substance fondamentale uniforme vaguement teintée en bleu violet par l'hématoxyline. Ailleurs ce cartilage est différent, soit par la multiplication de ses éléments cellulaires, soit par la fibrillation de sa substance fondamentale, laquelle est parfois déliquescente, comme dégénérée, ou au contraire fibro-cellulaire, comme du cartilage fibreux ou embryonnaire. En certains points les cellules sont triangulaires ou polygonales, parfois même ramifiées et rappellent un peu les cellules du tissu cornéen.

Dans les parties non cartilagineuses on voit du tissu fibreux très variable d'aspect : ici plexiforme ou réticulé, là embryonnaire, avec de nombreuses cellules fusiformes rappelant tout à fait les coupes de sarcome fuso-cellulaire.

Enfin, nous devons mentionner de nombreux îlots cellulaires qui ont un aspect particulier : organisés en groupes soit pleins, soit creusés de fentes et de lumières, ils font penser tantôt à un véritable carcinome, tantôt à des points d'adénomes.

A un fort grossissement on voit dans ces derniers points des rangées de cellules parfois régulièrement cubiques et analogues à celles des vésicules thyroïdiennes, tantôt plus longues, cylindriques. Tous leurs noyaux sont réguliers, de taille uniforme et prennent vivement le colorant.

En somme, cette tumeur présente les aspects les plus variables, et c'est ce qui nous a engagé à vous la présenter, car elle nous paraît résumer d'une façon presque schématique tous les aspects que les auteurs, réunissant des observations variées de tumeur des glandes salivaires, ont pu décrire et s'efforcer d'interpréter.

L'heureux hasard qui nous met à la fois sous les yeux et comme en synthèse tous ces éléments divers dans une seule coupe semble nous autoriser à nous faire une opinion sur ces tumeurs qui ont soulevé tant de controverses.

Nous ne voulons pas allonger cette communication par un historique qui serait déplacé ; mais nous devons rappeler que les classiques divisent les auteurs qui ont écrit sur ce sujet en deux groupes : les partisans de l'origine épithéliale, théorie française, et les partisans de l'origine connectivo-vasculaire, théorie allemande. Cette classification par nationalités est absolument injustifiée, car si d'une part Planteau, Pérochaud, de Lanabeine, Berger défendent en France l'origine épithéliale, si Ponsot (th. de Lyon, 1894), l'adopte, tandis que Kaufmann, Masse, Volkmann soutiennent l'autre théorie, nous

voyons en France Bosc et Jeanbrun apporter un très important travail à l'appui de la théorie conjonctive, tandis que Hofmann, par exemple, se rallie en Allemagne à l'opinion inverse.

Laissant de côté toute bibliographie, nous rappelons brièvement que les uns admettent que la tumeur est une lésion épithéliale : tumeur mixte, épithélioma à trame variable, disent-ils. Et ils montrent ces cellules groupées en véritables acini avec une lumière centrale, ces cordons pleins carcinomateux; et ils admettent que le stroma subissant une évolution vers les formes dures du tissu conjonctif, et en particulier vers les chondromes étouffent, morcellent l'épithélioma et s'opposent à son développement, d'où la bénignité de ces néoplasmes. Les autres refusent à ces groupements cellulaires le nom d'épithéliums; ce sont, disent-ils, des cellules épithélioïdes, nées soit du tissu conjonctif, soit du revêtement endothélial ou périthélial des vaisseaux sanguins ou lymphatiques; mais leur origine se décèle par l'insensible passage des éléments de la forme épithéliale, à protoplasma ramassé, à forme cubique ou cylindrique, vers la forme conjonctive à aspect étoilé, ramifié, polygonal.

Et bien ! s'il nous est permis, à propos d'un cas unique, d'émettre une opinion, nous nous rattacherions à celle des derniers auteurs, à la théorie conjunctivo-vasculaire.

Nous constatons parfaitement en effet, sur nos coupes, ces aspects épithélioïdes, ces sortes d'acini à lumière centrale, à revêtement cubique et cylindrique. Mais nous ne retrouvons là ni la rétraction par l'alcool, si habituelle aux vrais épithéliums, si nette sur la coupe de sous-maxillaire saine que je vous présente; ni les déformations, la faible coloration, les lacunes et les nucléoles des noyaux épithéliaux. Nous voyons en outre ces éléments prétendus épithéliaux s'étirer, se déformer, présenter des pointes et des facettes polygonales, puis des ramifications variées, et enfin s'entourer de cartilage arrivant progressivement au type hyalin.

Et je vous signale particulièrement cette préparation où vous voyez deux vaisseaux accolés en canons de fusil, s'entourant d'éléments en tout semblables à ceux que vous rencontrez ailleurs avec des aspects franchement épithélioïdes; vous voyez ces cellules tomber en cascade de ce pourtour vasculaire pour

se répandre dans le stroma en se déformant peu à peu et se rapprochant de l'aspect indubitablement conjonctif.

De sorte que nous nous rallions franchement aux conclusions de Bosc et Jeambrun dont le mémoire est rempli de figures absolument superposables aux coupes que je vous présente et qui admettent que les prétendues tumeurs mixtes des globules salivaires sont bien décidément des tumeurs conjonctives, nées aux dépens du revêtement endothélial et peut-être périthélial des vaisseaux sanguins ou peut-être surtout lymphatiques.

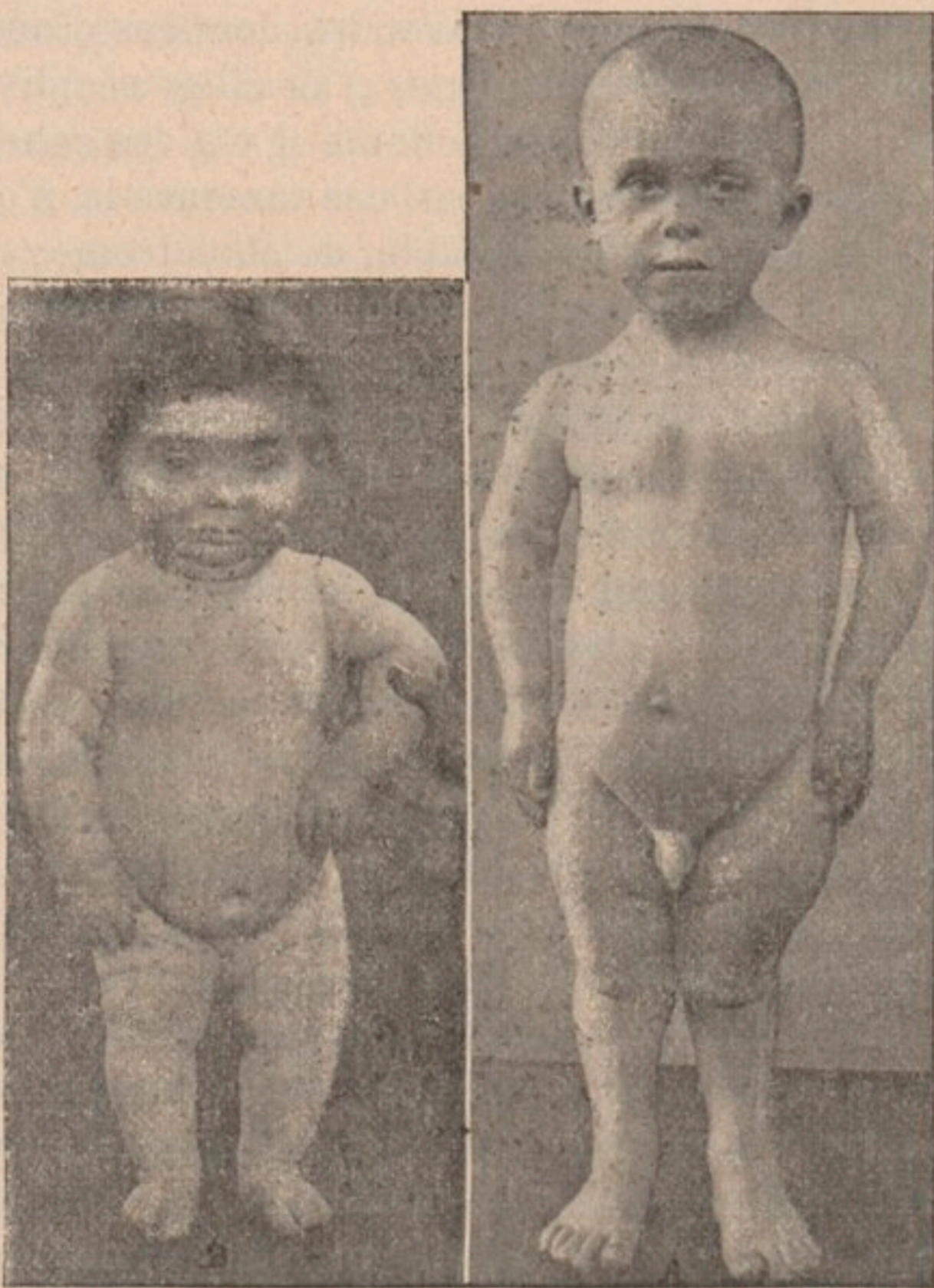
Et ceci cadre admirablement avec les données cliniques. Ces tumeurs sont d'ordinaire bénignes ; si elles récidivent, c'est sous forme de sarcomes. Sans doute il y a des cancers vrais, des carcinomes des glandes, mais ces tumeurs-là n'ont jamais passé par ce stade de trame variable, de chondrome ; elles n'ont jamais été encapsulées, et en quelque sorte indépendantes de la glande elle-même.

Ces tumeurs, on doit les enlever ; leur ablation précoce évitera toute récurrence. Mais pour cela il faudra les diagnostiquer, et cela est souvent difficile, notre cas le prouve. Ce que l'on peut dire, c'est qu'il faut y penser, et que lorsqu'on rencontrera dans la région sous-maxillaire une tumeur de moyen volume, de surface lisse et de consistance dure, il ne faudra pas faire hâtivement le diagnostic banal d'adénite. Si on ne trouve pas dans les antécédents une cause bien nette à cette adénite ; si l'évolution a été lente, procédant par « à coups » ; si la tumeur date de loin (généralement de l'époque de la puberté) ; si la consistance est très dure ; s'il n'y a jamais eu d'épisode inflammatoire, ramollissement, douleur, rougeur et adhérence de la peau ; si toutes ces circonstances sont groupées, on pourra y trouver de fortes présomptions en faveur du diagnostic de tumeur de la sous-maxillaire.

Et en tous cas, chez de pareils malades il ne faudra pas abandonner l'affection à elle-même, ni pratiquer des injections modificatrices, il faudra aller voir par une incision et pratiquer l'extirpation. Dans le cas d'adénite, comme dans celui de tumeur mixte, on aura ainsi rendu service au patient.

CHONDRO-DYSTROPHIE OU ACHONDROPLASIE ET NANISME
DYSTHYROÏDIEN MYXOEDÉMATEUX.

M. René HORAND, interne des hôpitaux, présente deux petits malades du service de M. NOVÉ-JOSSERAND. L'un (obs. I) est atteint de chondro-dystrophie ou achondroplasie; l'autre (obs. II) de nanisme dysthyroïdien, myxœdémateux. Ce sont là, comme on va le voir, deux types de nains bien différents.



OBSERVATION I. — *Achondroplasie* (voir fig. A).

B. P..., âgé de 6 ans, mesure 0^m85 de haut, pèse 17 kilog. 500. Le père est très grand, robuste, n'a jamais été malade; ni alcoolisme, ni syphilis, ni tuberculose. Il était, au moment de la naissance de son fils, âgé de 30 ans. La mère, que nous avons minutieusement interrogée,

comptait 27 ans à la naissance de cet enfant. Elle a une taille moyenne, bien bâtie, bien constituée, ni rhumatisme, ni tuberculose, ni syphilis. Il en était de même de son père et de sa mère. Elle a un frère qui serait très petit, une sœur bien conformée. Elle a toujours habité Lyon, un 2^{me} non humide. Elle a eu trois enfants. Une fille, l'aînée, âgée de 8 ans 1/2, grande, belle fille, très intelligente, 1^m29; un garçon, P., notre malade. Une fille de 10 mois, bien portante, bien conformée. La grossesse de l'enfant qui va nous occuper a évolué sans accident, sans incident, l'accouchement a été normal. Présentation en O. I. G. A.

Notre petit malade a été nourri au sein, sevré à quatorze mois; dès lors il fut nourri au lait de vache et avec des soupes. Il eut à ce moment de violentes céphalées. Il avait bon appétit et cependant maigrissait. Il avait gros ventre.

Il eut sa première dent à six mois et commença à marcher à quatorze mois. A un an il parlait.

Il y a deux ans, il devint sourd, pendant quelque temps, des deux oreilles. On ne constate actuellement aucune végétation adénoïde. Cet enfant a été vu par plusieurs médecins qui l'ont considéré comme un rachitique.

En voyant cet enfant, on est frappé immédiatement par « ce quelque chose de très caractéristique » (Parrot) qu'on ne peut oublier quand on a vu un achondroplasique. C'est *l'exiguïté de la taille* de cet enfant de 6 ans, qui mesure 89 centimètres; chiffre qui correspond à la taille d'un enfant de deux ans et demi. De plus, on remarque *l'énorme volume de la tête* par rapport aux bras. Ce qui frappe d'emblée, c'est *une macrocéphalie coexistant avec une micromélie*. Le volume de la tête n'est pas en rapport avec la hauteur de la taille. Le crâne est gros, *complètement ossifié*. La circonférence occipito-frontale de la tête mesure 53 cent. 1/2. Les bosses frontales sont anormalement saillantes. Le front est olympien, proéminent d'une manière sensible sur la face. La face elle-même est large, mais le visage est encore ovale; les traits sont gros, mais *non bouffis*; la physionomie est celle d'un enfant plus âgé, de plus de six ans. Il y a une légère asymétrie faciale. Le nez est court, écrasé à sa racine; les narines sont largement ouvertes. Les paupières n'ont pas de bourrelet. Les lèvres sont grosses, surtout la supérieure. Les oreilles ne paraissent pas mal conformées, le pavillon est bien constitué.

La voûte palatine est largement ogivale. Les dents sont bien implantées. Le cou est court, mais bien marqué. Le menton est distant de la fourchette sternale de trois travers de doigts. Si l'on examine attentivement cet enfant, on voit que le nanisme est dû à la brièveté anormale des membres, tandis que le tronc a conservé ses dimensions normales. Le buste est, en effet, celui d'un enfant de six ans. Il en a la hauteur et la largeur. Il n'y a pas de déformation bien nette de rachitisme, pas de

chapelet; mais on constate que le thorax est resserré à deux travers de doigts au-dessous des mamelons; il présente au contraire une voussure anormale au niveau du manubrium qui est coudé, à sommet antérieur, au niveau de sa partie moyenne et dont la partie inférieure s'enfonce, laissant une dépression qui rappelle un peu le thorax en entonnoir. Cette dépression est limitée de chaque côté par une courbure brusque au niveau de l'extrémité des cartilages costaux. La micromélie se montre aussi frappante aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. L'enfant étant debout, vu de face, les bras pendant le long du corps, l'extrémité du médius arrive seulement au-dessous du grand trochanter, tandis que, chez un enfant normal, de six ans, il arrive au milieu de la cuisse. Ce raccourcissement du membre supérieur porte surtout sur l'humérus. Ceci se voit déjà nettement si l'on considère simplement la hauteur du pli du coude par rapport à la ligne mamelonnaire. A la palpation on sent une augmentation de volume de l'extrémité inférieure de l'humérus, et supérieure du radius. Les mensurations du membre supérieur nous donne : en mesurant de l'acromion au bord inférieur de l'épicondyle :

| | | |
|----------------------|---|-----------|
| Humérus gauche | = | 12 c. 1/2 |
| Radius — | = | 12 » |
| Cubitus — | = | 12 1/2 |
| Humérus droit..... | = | 13 — |
| Radius — | = | 11 — |
| Cubitus — | = | 13 1/2 |

Donc le rapport normal : humérus plus grand que radius et cubitus est changé; l'humérus est plus petit que normalement, par rapport au radius et au cubitus.

La radiographie montre une grosse tête humérale, que la cavité glénoïde de l'omoplate, très petite, est insuffisante à contenir. L'humérus est épais, compact, légèrement incurvé en dehors. Son épiphyse est étalée, augmentée de volume; l'on voit très nettement la brièveté de l'humérus par rapport aux deux os de l'avant-bras. Il s'agit donc bien d'une *micromélie rhizomélique*. On note également une exagération du cubitus valgus physiologique, due à une incurvation de l'extrémité inférieure de l'humérus, à convexité interne. Cette déformation est sensiblement égale des deux côtés. Les bras sont écartés du tronc plus que normalement, ce qui doit tenir au volume de la tête humérale, ou à la situation des omoplates (Marie). Leur racine est légèrement reportée en arrière.

Les bras étendus en croix, on constate que le bord externe, devenu supérieur, forme une longue courbe à concavité supérieure. La radiographie nous montre quelle est bien due à une incurvation de l'humérus en dehors.

Le radius étant incurvé en dedans, son bord externe forme, avec le bord externe de l'humérus, une sorte d'S italique. Les saillies osseuses d'insertion des muscles sont très développées. *La conformation des mains* nous arrêtera un instant; elles sont larges, épaisses, charnues, plutôt carrées. Les doigts paraissent presque égaux. Ceci surtout pour le médus, l'index, l'annulaire. Les doigts sont courts, gros, en boudin, comme boursoufflés. Ils sont mous, flexibles, malléables. Les ongles sont normaux. La main étant étalée sur une table, les phalanges semblent diverger les unes des autres, par leur extrémité distale. On constate la déformation en « trident » de Marie.

Sur la radiographie on voit : que les os du carpe ne sont pas encore tous ossifiés. On voit leurs points d'ossification ; on trouve un épaississement des phalanges, l'os paraît doublé, augmenté de volume ; mais il y a là, en certains points, une raréfaction osseuse qui porte surtout sur les phalanges du pouce. Il y a hyperproduction osseuse sur le 5^e métacarpien. La divergence des phalanges en trident se voit bien sur la main droite, on voit à peine le cartilage juxta-épiphysaire proximal des premières phalanges.

L'enfant se sert bien de ses mains. Il est agile. Du côté des membres inférieurs on constate un raccourcissement total évident. Ils sont très courts, très volumineux.

La saillie des rotules est beaucoup plus près des plis inguinaux que normalement. Dans son ensemble le membre inférieur offre deux courbures, l'une à concavité antérieure qui partirait de l'épine iliaque antéro-supérieure pour aboutir au gros orteil, et une deuxième courbure à concavité externe partant de l'épine iliaque antéro-supérieure pour aboutir à la malléole externe. Cette courbure est exagérée par un léger degré de genu valgum à gauche, avec rotation du tibia en dedans. Les mensurations donnent :

| | |
|---|----------|
| A droite de l'épine iliaque à la malléole externe..... | 36 cent. |
| A gauche — — — | 36 — |
| Cuisse, de l'épine iliaque A. S. à l'interligne du genou droit... | 21 — |
| Tibia droit..... | 13 1/2 |
| — gauche..... | 14 1/2 |

Il y a donc également aux membres inférieurs changement dans le rapport normal du fémur au tibia et au péroné. Le fémur est ici plus court que normalement. On sent une augmentation de volume de l'extrémité supérieure du tibia. La radiographie nous montre d'abord un déplacement angulaire des deux segments du membre inférieur au niveau du genou, dû à l'élargissement du tibia, le péroné semble remonter jusqu'à la surface articulaire du tibia ; puis une disproportion entre la longueur du segment rhizomélique et celle des segments mésoméliques et acroméliques.

Les pieds présentent des altérations analogues à celles des mains. Ils sont grands, larges. La voûte plantaire est un peu affaissée. Le gros orteil diverge en dedans du deuxième orteil d'une façon très manifeste. La radiographie nous montre une altération du pied. La marche est très bien exécutée, l'enfant court, saute, monte et descend les escaliers sans peine, Pendant son séjour à Giens il a rapidement appris à nager. La musculature de l'enfant n'est pas en rapport avec la petitesse de ses membres. C'est là celle d'un enfant de six ans, sur un squelette d'un enfant de trois ans. De là l'apparence athlétique sur laquelle ont insisté les auteurs. Chez notre malade, ce qui frappe c'est la saillie du quadriceps fémoral, des muscles fessiers. Les fesses sont volumineuses. Cette saillie est encore exagérée par une ensellure lombaire, très manifeste et un peu spéciale; elle est très aiguë et termine brusquement la longue courbe cervico-dorso-lombaire de la colonne vertébrale, la lordose lombaire étant d'ailleurs exagérée. La radiographie ne montre aucune altération de la colonne et de la cavité thoracique. Le ventre est volumineux, mais il n'y a pas d'obésité. Les articulations des membres sont volumineuses, surtout celles des genoux.

La radiographie nous montre que les cartilages épiphysaires, si tant est qu'ils existent sur certains de ces os, présentent une épaisseur presque nulle, certainement moindre que ceux d'un enfant de six ans pris pour terme de comparaison.

L'intelligence de cet enfant est assez développée, il va l'école, commence à lire et à écrire, il s'intéresse à tout, il a une bonne mémoire, il est de caractère gai, de physionomie ouverte. Les organes génitaux paraissent bien développés, les testicules ont fait leur migration normale dans les bourses, la verge est bien constituée.

La glande thyroïde ne paraît pas très volumineuse, on ne la sent pas très bien. Les fonctions digestives se font bien, pas de troubles gastro-intestinaux, un peu de constipation, appareils circulatoire et respiratoire normaux. Le pouls bat 75 à la minute. Les urines sont normales, ni sucre ni albumine. Le système nerveux est normal; pas de troubles de la motilité, de la sensibilité, de la réflectivité. Pendant son séjour à Giens l'enfant a pris 1500 grammes, mais n'a pas grandi de 1 centimètre,

OBSERVATION II. — *Nanisme dysthryoïdien myxœdémateux* (voir fig. B).

B... F..., 6 ans, mesure 0^m,62 de haut, pèse 9 kil. Père bien portant, pas de maladie vénérienne, pas de syphilis, pas de tuberculose; boit du vin comme un bon vigneron. Il avait 36 ans à la naissance de cette malade, 1 m. 55. Mère bien portante, pas de myxœdème, pas de tuberculose, pas d'alcoolisme, de rhumatisme, ni de névrose. Mère de trois enfants, un garçon de 14 ans et demi, 1 m. 50, très intelligent; une fille

de 10 ans 1/2, 1 m. 20, bien portante, intelligente. Cette petite malade est âgée de 6 ans.

La mère avait 32 ans à la naissance de cette petite fille. La grossesse fut normale, pas de traumatisme, pas d'émotions morales, pas de maladies infectieuses. Deux mois avant l'accouchement, hydramnios, dit-elle, ventre énorme. Accouchement normal, à terme, poche des eaux volumineuses. Présentation du sommet O I G A. Pas d'asphyxie à la naissance. Enfant bien conformée du sexe féminin, mais très petite « une mignature ».

Nourrie au sein un an, puis au lait de vache. Elle a pesé 7 kil. 500 pendant deux ans et pris dès lors 500 gr. par an. Pas de convulsions, pas de maladie, sauf la coqueluche; puis une bronchite pendant laquelle on remarqua de l'œdème des pieds et des mains, sans que l'on ait pu constater de l'albumine dans les urines.

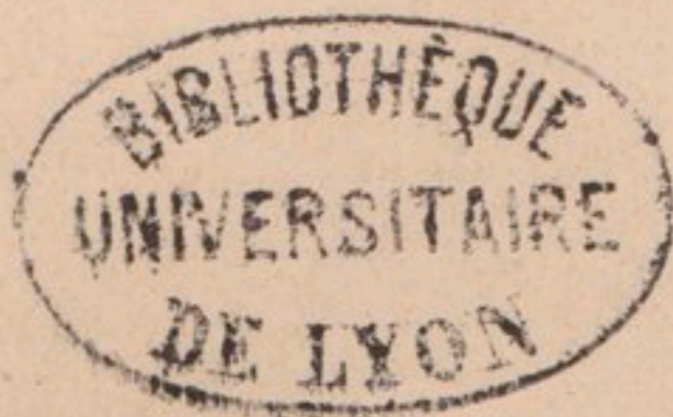
Elle est tombée d'une chaise, en 1903, elle fit une chute sur la tête et se fit une bosse du pariétal gauche.

Pendant deux mois elle resta dans le coma vigil. On sent encore une dépression au niveau du pariétal gauche. Au mois d'août 1904, on constate sur la face supérieure de la langue des raies roses, des traînées luisantes et comme dépourvues de papilles qui semblent fauchées. Sur les bords de la langue on trouve de petites ulcérations blanches à reflet nacré. Pas d'éruption sur le corps; sur la joue gauche, plaque eczéma-teuse superficielle. L'enfant pendant l'hiver a des engelures des pieds et des mains et même des avant-bras qui sont le siège d'un prurit intense.

La circulation se fait mal, elle est souvent cyanosée. Elle a une légère hypothermie, 35°, 36°,5. Le pouls est petit, fréquent, régulier, 80 à la minute. Au plus fort de la chaleur, au mois d'août, elle ne transpire pas, jamais de sueurs.

Elle a commencé à marcher très tard. Elle ne marche pas encore seule. L'intelligence est très restreinte, elle semble pourtant tout comprendre; mais la parole est nulle, elle n'a jamais bien parlé, elle dit quelques mots: papa, mama. Sa voix est aigre, désagréable, le son aigu. La mère s'exprime ainsi, « elle jargouille bien », mais on ne la comprend pas. Elle s'adresse aux personnes auxquelles elle parle. Elle est attentive, très gaie, mais d'un caractère très irritable. Elle ne grimace pas, pas de tics, pas de balancements, pas de grincement de dents, pas de cris, pas de salacité, pas d'épilepsie. Elle est susceptible d'attention; elle a une mémoire légère. Elle est propre, n'est pas gâteuse, s'habille, se lave.

Elle est capable d'affection. Sa mimique est plus ou moins expressive. Elle connaît son nom, ses parents, les gens qui l'entourent. Elle demande à manger, mastique bien, se sert d'une cuillère, d'une fourchette et même d'un couteau. Pas de vomissements, d'onanisme, de traumatisme,



La dentition est bonne, les dents ont poussé depuis six mois sans fatigue.

La *peau* est blanche, glabre, caoutchoutée ; on note l'absence complète de duvet, les cheveux sont réguliers, rares pour une fille, courts, à reflet roux, ils ne tombent pas.

On trouve des croûtes séborrhéiques du cuir chevelu. Il y a alopécie partielle au-dessus des tempes et au vertex. Le tourbillon postérieur n'est pas dévié. Les sourcils sont blonds, régulièrement implantés. Les cils sont longs, châains.

La *tête* est assez grosse, 47 cent. de circonférence occipito-frontale, à la partie supérieure. Le crâne a une forme ovoïde ; la partie postérieure surtout est volumineuse, asymétrique, prédominante à gauche.

La *fontanelle antérieure persiste*. Le front peu élevé, peu large, se confond rapidement avec les tempes. Le visage a un aspect particulier. Visage rond, facies lunaire, masque d'un enfant d'un an, légèrement bouffi, myxœdémateux, laid. Les arcades sourcillières sont normales, mais on constate un bourrelet d'apparence myxœdémateuse des deux paupières inférieures. Les fentes palpébrales sont horizontales.

Les yeux sont mobiles en tous sens. Il n'y a pas de strabisme, pas de paralysie, pas de nystagmus, l'iris est bleuâtre. Les pupilles sont symétriques, non déformées, elles réagissent bien à la lumière, à l'accommodation. Pas de cataracte, pas de lésion de la cornée, de la conjonctive. Pas de larmolement. L'examen fonctionnel de l'œil est imparfait, l'intelligence très bornée de cette petite fille ne permettant pas d'avoir des renseignements exacts sur l'acuité visuelle, la notion des couleurs, la réfraction.

Le *nez* est gros, arrondi, épaté, légèrement camus, à courbure supérieure dorsale ; les narines sont étroites, le sillon naso-labial est assez accentué. L'odorat existe, bien développé. Les pommettes sont très marquées, régulières et symétriques, avec des plaques congestives, marbrées, couperosiques, surtout de la pommette gauche.

La bouche est large, horizontale, les lèvres sont minces ; l'inférieure, plus prononcée, mais non éversée.

La langue, le palais et le voile sont normaux ; on trouve une arête médiane comme chez un nourrisson.

Les amygdales sont normales. Le goût existe ; les dents sont bien implantées dans chaque mâchoire. L'expression du visage indique que l'enfant fait la différence des saveurs.

Les *oreilles* sont grandes, mais non écartées ; l'ourlet est régulier, ainsi que les autres parties constituantes de l'oreille. La conque est large, l'ouïe bien développée des deux côtés.

Le *cou* est court, absent presque en totalité ; la tête semble reposer directement sur le haut du thorax, ce qui détermine un double menton.

La circonférence du cou a 28 centimètres. *Le corps thyroïde est absent.* On arrive directement sur la trachée à nu.

Le thorax est assez large, dilaté à la base, potelé, comme le reste du corps; pas de saillie des omoplates, ni de déviation du rachis.

Battements du cœur rapides, mais réguliers. Rien à l'auscultation, pas de souffle ou de frémissement, pas de dédoublement. Rien à l'auscultation des poumons.

L'abdomen est volumineux. Le ventre est tombant, l'ombilic est très abaissé et distant de 2 centimètres de la symphyse pubienne. Rien du côté du foie ou de la rate.

Les organes génitaux sont peu développés.

Les *membres supérieurs* sont réguliers, normaux, *cylindriques*, du même calibre au niveau de la racine du membre et du poignet. Ils sont potelés, mais peu musclés; les doigts sont assez longs. La main est grasse et molle, les ongles sont courts. Les bras pendant le long du corps, le médius vient en contact de la moitié supérieure de la cuisse. *Le tronc est petit, mais proportionné à la longueur des membres.* Tour de taille, 49 centimètres.

Les mensurations donnent :

| | A droite. | A gauche. |
|--------------|-----------|-----------|
| Humérus..... | 10,25 | 10,25 |
| Cubitus..... | 9 | 9 |
| Radius | 9 | 9 |

Les *membres inférieurs* ont l'air de poteaux.

Il n'y a pas de déviation osseuse, pas de pied plat, ongles et orteils courts. Pieds épais, aplatis, tassés.

Les mensurations donnent :

| | A droite. | A gauche. |
|------------|-----------|-----------|
| Fémur..... | 15,5 | 15,5 |
| Tibia..... | 11 | 11 |

Ici il y a donc proportion très nette dans la petitesse relative des segments de membre entre eux et des membres et du tronc. *Tout le squelette est atrophié en longueur et en épaisseur.*

La station debout est possible, ensellure lombaire très manifeste. L'enfant se tient debout contre une chaise, suit un mur depuis deux ans environ, mais ne peut traverser un espace libre. Il faut dire que sa marche difficile, dandinante, balançante latéralement est rendue d'autant plus difficile qu'il existe chez cette malade *une luxation congénitale double des deux hanches.* Elle est caractérisée par la boiterie spéciale, le déplacement de la tête fémorale en position haute; ceci a été contrôlé par la radiographie, comme nous le verrons plus loin. Le bassin semble rétréci par rapport au volume exagéré du ventre. L'examen de la colonne vertébrale ne montre aucune gibbosité, pas de spina bifida, mais une légère dépression au niveau des dernières lombaires.

La sensibilité est normale à la piqure, au pincement, à la température. Les réflexes sont normaux (réflexes un peu exagérés).

Babinsby en flexion, pas de trépidation spinale.

Le sommeil est bon.

La digestion est bonne, légère constipation, se nourrit par un litre de lait en vingt-quatre heures, mange un peu de tout. Urines normales, ni sucre, ni albumine.

Sur la *radiographie*, on constate :

Au niveau des *hanches* des deux côtés que le cotyle est déshabité ; l'extrémité supérieure du fémur vient aboutir à l'aile iliaque. On ne distingue pas encore la tête fémorale qui est encore cartilagineuse. On ne distingue pas de noyaux épiphysaires correspondant à l'extrémité inférieure du tibia. On voit les noyaux d'ossification du calcanéum, de l'astragale et du cuboïde.

Les métatarsiens et les phalanges sont bien formés. Les noyaux épiphysaires, soit des phalanges, soit des métatarsiens ne sont pas ossifiés. On ne peut pas dire que les os soient anormalement épaissis. Au niveau du troisième orteil un intervalle de 7 millimètres sépare le troisième métarprien de la 3^e phalange ; un intervalle de 3 millimètres sépare la 1^{re} de la 2^e ; un intervalle de 1 millim. sépare la 2^e de la 3^e.

Les quatre derniers métatarsiens sont couchés les uns contre les autres, leurs extrémités proximales étant tassées les unes contre les autres du côté externe. Le 1^{er} métatarsien est distant du 2^e de 3 mill. Ce métatarsien fait un angle avec la première phalange du gros orteil, angle ouvert en dehors.

On distingue manifestement le cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure du radius. On distingue un petit noyau épiphysaire à l'extrémité supérieure du radius, noyau qui est séparé de la diaphyse par une ligne sombre bien nette correspondant au cartilage de conjugaison ; on ne distingue aucun os du carpe.

Le métacarpien et les phalanges paraissent normaux, pas de noyaux épiphysaires. L'extrémité proximale du 3^e métacarpien est distante de l'extrémité inférieure du radius de 20 mill. Un intervalle de 7 mill. sépare l'extrémité distale du 3^e métacarpien de la 3^e phalange.

Les troubles de l'ossification qui existent sur tous les os de cette malade donnent sur les radiographies du squelette, le même aspect que donnerait un squelette d'un enfant de un an. Les os sont minces, sans courbures spéciales.

En somme, en considérant sa petite taille, œdémateuse, épaisse, lourde, maladroit, avec ses traits enfantins, avec son facies lunaire, on est autorisé à dire qu'il s'agit d'un cas de nanisme dysthyroïdien myxœdémateux. Le traitement est institué.

Il était intéressant de rappeler ces deux observations de

nains très différentes l'un de l'autre (1) pour bien faire comprendre les différences capitales qui existent entre ces deux affections, dont celle-là (obs. I, Achondroplasie) n'est pas encore très bien connue, et dont l'autre (obs. II, Nanisme myxœdémateux) est déjà bien établi.

L'observation I est un cas type d'*achondroplasie* caractérisée par le nanisme ou exigüité de la taille avec développement normal du tronc ; la micromélie rhizomélique, la macrocéphalie, l'ensellure lombaire, la déformation des mains dont les doigts sont de dimensions presque égales et de forme carrée, ont la disposition « en trident » (de Marie). Nous retrouvons ici les coutures des membres, le développement de la musculature, les facultés intellectuelles normales. L'arrêt de développement (comme nous le montrent les radiographies) a porté uniquement sur les os longs qui semblent avoir une consistance comparable à celle des adultes, mais ils n'ont pas de cartilages de conjugaison normaux. La tête et le tronc ont des dimensions presque normales, mais les membres sont beaucoup plus courts qu'ils ne devraient l'être.

L'achondroplasique a les attributs sexuels d'un enfant de son âge. Il sera capable d'engendrer et de reproduire des rejetons semblables à lui (2).

L'observation II est un cas typique de *nanisme dysthyroïdien* myxœdémateux caractérisé par les troubles intellectuels, l'habitus corporel spécial, l'aspect du malade avec son facies lunaire, bouffi, laid ; ses plis, ses bourrelets, l'œdème dur, le nez camus, les joues pendantes et tremblotantes ; l'*absence de corps thyroïde*. Ici les proportions relatives de la tête, du tronc, des membres sont gardées, mais sont restées celles d'un enfant de un an. Les attaches des membres sont épaisses, la peau forme des plis comme des sacs ; les mains cyanosées sont en battoirs. Les pieds sont élargis, épais, pachydermiques. On remarque le gros ventre de batracien.

La radiographie montre le développement et la soudure des cartilages épiphysaires qui sont simplement retardés ; ce ne

(1) APERT. *Soc. biol.*, 1902, 1^{er} févr. 127 : L'achondroplasie et le nanisme myxœdémateux sont deux affections différentes.

(2) PORAK. Trois cas d'hérédité. — Voir MARIE. *Presse médicale*, 1900, 12 juillet. — LEPAGE. *Revue d'orthopédie*, 1905, 1^{er} mars.

sont pas seulement les os longs qui sont atteints, les diamètres du crâne ont gardé les proportions qu'ils ont chez l'enfant de un an. Il y a arrêt de l'ossification. *La fontanelle antérieure n'est pas soudée.*

Les os du carpe et du tarse ne sont pas encore ossifiés. Ils sont restés tels qu'on les trouve sur les radiographies d'un enfant de un an. Les cartilages de conjugaison persistent tels. Ce myxœdémateux ne verra jamais arriver la puberté et restera enfant dans ses organes génitaux comme dans ses os. Le développement normal ne s'effectue pas. *La croissance est arrêtée sur tout le squelette.*

On voit bien qu'il est presque impossible de faire un rapprochement entre les deux affections, et nous croyons que Apert a eu raison de dire : « La lésion de l'achondroplasie et celle du myxœdème paraissent exclusives l'une de l'autre. »

Séance du 9 mars 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

OGCLUSION INTESTINALE PAR COUDURE DE L'ANGLE DROIT
DU COLON.

M. TIXIER. — La malade que je vous présente va quitter l'hôpital après un séjour de vingt-quatre jours dans mon service. Je n'ai rien de particulier à vous montrer directement sur elle où vous ne verriez plus que la cicatrice d'une large laparotomie. C'est son histoire clinique qui m'a paru digne de vous être présentée. Puis je vous décrirai l'opération que je lui ai exécutée.

Cette femme, vieille fille de 50 ans, a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à ces derniers mois. Aucun passé abdominal digne de vous être signalé; rien du côté de sa sphère génitale. Elle est vierge; a toujours été bien réglée jusqu'à ces derniers mois où ses règles se sont espacées. Elle arrive à l'âge critique

Au mois d'août dernier 1904, elle fut prise après une période de constipation de troubles intestinaux et gastriques douloureux, crises de coliques avec maximum à droite: périodes de constipation opiniâtre suivies de débâcles diarrhéiques intenses. Dans les selles on remarqua des mucosités, des débris considérables de muqueuse qui firent penser à de l'entéro-colite muco-membraneuse. Elle fut alors soignée pendant deux mois

par M. Paul Courmont dans le service du Prof. Bondet. On établit un régime sévère, et une révulsion à l'aide de pointes de feu fut exécutée vers les points les plus douloureux, surtout au niveau du foie. Et cependant jamais on ne constata aucun phénomène insolite, ni du côté de la glande hépatique, ni du côté de la vésicule; jamais d'ictère.

La malade quitte l'hôpital un peu améliorée, mais non guérie. Elle peut reprendre ses occupations de domestique dans un milieu médical où elle était soignée et bien surveillée. Mais la constipation devenant de plus en plus opiniâtre, malgré des purgatifs répétés, des lavements journaliers, on n'obtenait que difficilement quelques évacuations de matières dures, très petites. A plusieurs reprises on trouva du sable dans les selles. Jamais de sang, jamais de mélaena.

La malade maigrissait progressivement et perdait ses forces. Elle prenait peu à peu l'aspect cachectique d'une cancéreuse. C'est alors qu'on la soumit à mon examen.

Le ventre était souple et par suite l'exploration facile. Malgré un examen soigneux, je ne pus pas à la palpation percevoir la moindre tuméfaction faisant supposer un néoplasme. Rien au toucher vaginal, rien au toucher rectal. Le cæcum était très distendu et donnait par moments une véritable asymétrie à l'abdomen.

Aussi, en présence de cet état de plus en plus précaire, de ces signes d'obstruction chronique, je pensais qu'il s'agissait d'un cancer annulaire du gros intestin siégeant sur un point du côlon, probablement, comme c'est la règle, vers le côlon descendant. Je décidai la malade à entrer dans mon service salle Saint-Paul.

Le 20 février, large laparotomie. Rapidement je me porte sur le côlon descendant: celui-ci est aplati, en boyau de poulet; de même pour le côlon transverse; le cæcum, au contraire, est distendu. Je me laissai guider par lui: le long du côlon ascendant, et au niveau de l'angle droit, je trouve une disposition très curieuse. Le bord droit du côlon ascendant sur toute sa hauteur est collé à l'aide d'adhérences très épaisses, vasculaires, au bord inférieur de la moitié droite du côlon transverse. Les deux portions du gros intestin sont accolées comme deux canons de fusil. Par suite de cette disposition, le côlon transverse a pris une forme en V très prononcée, et le tablier

épiploïque descend jusque dans l'excavation pelvienne. Je le saisis par le bas et m'assure qu'il ne tient nullement dans le pelvis.

Entre deux séries de pinces hémostatiques je coupe les adhérences fibreuses maintenant les deux côlons fixés l'un à l'autre, et lorsque j'arrive au niveau de l'angle colique, je m'aperçois que l'obstacle est complètement levé, car les gaz intestinaux passent sous nos yeux du cæcum dans le gros intestin sous-jacent. Il fallait maintenir cette béance.

Un moment j'hésitais à pratiquer une simple colopexie, espérant fixer le côlon transverse en bonne position et l'empêcher de venir à nouveau adhérer au côlon ascendant. Mais ce côlon transverse était si lâche que j'eus peur de voir les adhérences s'organiser à nouveau. J'établis donc une large anastomose entre l'origine du côlon ascendant et la partie moyenne du côlon transverse. Fermeture complète de l'abdomen.

Aucun incident par l'opération. Les fonctions intestinales se sont rétablies normales, et j'ai pu constater qu'actuellement les selles ont repris leur consistance et leur volume ordinaires. L'aspect de la malade montre sa complète guérison; elle va quitter l'Hôtel-Dieu vingt-quatre jours après son entrée.

Quelle est la cause de cette coudure de l'angle droit du côlon? J'ai dit que je craignais un cancer: il n'en existait sûrement point. Aucune trace de tuberculose intestinale ou péritonéale. Il est donc rationnel de supposer que le point de départ de l'inflammation résidait au niveau de la vésicule, quoique cette vésicule ne m'ait pas paru être actuellement malade.

Cette pathologie du gros intestin, et spécialement du côlon, devient de plus en plus chirurgicale. Il est certain que, en dehors du cancer à marche lente et progressive que nous connaissons bien actuellement, — cancer qui peut se rencontrer assez souvent, comme je l'ai montré dernièrement dans la thèse d'un de mes élèves, M. Peutôt (Lyon, 1904), au niveau de l'angle sous-hépatique du côlon, — il existe des adhérences inflammatoires d'origine variée capables de produire des obstructions subaiguës. Ma malade en est une démonstration très nette.

M. BÉRARD. — Dans la *Revue de chirurgie* de 1903, nous avons publié, M. Patel et moi, un travail sur les occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche. De nos recherches anatomiques et bibliographiques, ainsi que de nos propres constatations dans un cas personnel, nous avons conclu que les occlusions de l'angle gauche ne sont pas toujours dues à un néoplasme, avéré ou latent, ainsi que le prétendent encore nombre de chirurgiens.

Dans quelques cas, il y a bien lieu d'invoquer une simple coudure oblitérante. Cette coudure est favorisée par l'étroitesse des points d'insertion du ligament phrénocolique gauche; chez certains sujets le ligament fait corde. Elle est réalisée, soit par la chute progressive simple du côlon transverse dans l'entéroptose (Glénard), soit par la fixation de ce côlon en position déclive au moyen de brides épiploïques, ou d'adhérences directes (Adenot, Ducalte, Frarier).

Chez deux malades, j'avais cru rencontrer l'occlusion par coudure essentielle de l'angle colique gauche, et j'avais pratiqué la colopexie transverse, avec anus contre nature temporaire. Chez l'une, opérée dans le service de M. Jaboulay l'an dernier, il s'agissait probablement en réalité d'un cancer latent de l'angle gauche, ainsi que le montre la cachexie antérieure rapide; cette malade mourut quatre mois après l'intervention; l'autopsie ne put pas être pratiquée.

Pour l'autre, au contraire, que nous avons opérée avec M. Patel, en juin 1902, nous croyons bien à une occlusion par coudure. C'était une femme de 40 ans, obèse, amenée à la Charité en état d'occlusion aiguë, à la suite d'une période assez longue d'occlusion subaiguë. La laparotomie, faite d'urgence, montra une énorme distension du côlon transverse en ptose, un aplatissement du côlon descendant rétracté, sans aucune induration de l'angle gauche. Des brides épiploïques fixaient le côlon transverse, très prolabé; au voisinage de l'épine iliaque gauche, brides sectionnées. Le côlon fut relevé et fixé au-dessus de l'ombilic sur une étendue assez grande par des sutures. Il n'y avait pas d'adhérences ou de brides visibles entre le côlon transverse et le côlon descendant.

Le lendemain matin, la malade n'ayant pas émis de gaz pendant la nuit, une fistule stercorale fut ouverte au thermo-cautère sur le côlon transverse fixé. Déhâcle immédiate.

Quinze jours après, la fistule stercorale s'est oblitérée spontanément.

Depuis trois ans la malade est restée parfaitement guérie. Elle a gardé son embonpoint et n'a plus de troubles intestinaux.

Dans d'autres observations d'occlusions coliques de l'angle gauche, on avait signalé la présence d'adhérences ou de brides siégeant sur le côlon descendant plus ou moins loin de l'angle (cas de Quénu, de Tixier). Il y avait donc localement un processus d'inflammation chronique ayant favorisé la sténose. Depuis quelques années les colites chroniques sont de plus en plus étudiées; on leur donne la prééminence sur les accidents

d'origine mécanique pure, dans les occlusions du gros intestin. en particulier dans certaines occlusions paraissant essentielles.

Sans doute est-ce à un processus de cette nature que M. Tixier a eu affaire puisque aucun organe du voisinage (vésicule, estomac), ne semblait être le point de départ de l'inflammation. En tous cas, je ne crois pas que pour l'angle droit du côlon on ait incriminé comme pour l'angle gauche les coutures simples sur le ligament suspenseur. L'angle colique droit est d'ailleurs moins fixe et beaucoup plus virtuel que le gauche.

M. GAYET. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas absolument identique à celui que M. Tixier vient de nous montrer.

Il s'agissait d'un homme d'une soixantaine d'années, entré à l'Hôtel-Dieu dans un service de médecine pour des accidents d'obstruction intestinale chronique. On pensait à une tumeur et on fit passer le malade dans le service de M. Jaboulay, que j'avais l'honneur de suppléer. Après quelques jours d'observation, je fis une laparotomie et je trouvai un cæcum dilaté, un côlon transverse procident et le côlon ascendant soudé au premier segment du transverse par des adhérences. Il y avait une cholécystite avec adhérences autour de la vésicule. Je fis une large anastomose à la suture et compléai l'intervention par une cholécystotomie.

Le malade guérit très bien de son obstruction, il évacua une grande quantité de calculs biliaires par la fistule ; celle-ci fut refermée trois mois après par M. Jaboulay.

Ici la cause des adhérences n'était pas douteuse, il s'agissait bien de péritonite localisée autour d'une vésicule enflammée.

M. PATEL. — D'après des recherches bibliographiques que j'ai faites récemment, en collaboration avec mon ami le docteur Pinatelle, sur les colites et sigmoïdites, je crois que le cas que vient de rapporter M. Tixier doit rentrer dans cette catégorie d'affections du gros intestin, encore peu connues en France.

Il ne s'agit pas, très certainement, d'une occlusion essentielle par couture de l'angle droit du côlon ; celui-ci ne présente que des ligaments peu résistants, auxquels les anatomistes refusent même le nom de ligaments.

Il est probable qu'il s'agit d'une infection à marche chronique partie de la muqueuse, et ayant envahi les différentes tuniques de l'intestin, les ayant même probablement dépassées pour intéresser les replis séreux voisins et l'épiploon.

La stase simple des matières fécales au niveau du cæcum peut rendre facilement compte de la possibilité de l'infection. Bland Sutton, dans le journal *The Lancet*, 1904, incrimine les franges épiploïques qui peuvent présenter à leur intérieur, de petits diverticules muqueux jouant le rôle de véritables appendices. Des corps étrangers peuvent s'y loger et de-

venir le point de suppuration se présentant avec des allures cliniques variables.

Quoi qu'il en soit du point de départ de l'infection, il est probable que dans cette observation, elle ait envahi toute l'épaisseur de l'intestin, rétracté l'épiploon et fixé ainsi contre le côlon ascendant la partie droite du côlon transverse, qui peut être, du reste, notablement abaissée chez des sujets normaux.

M. TIXIER. — Les observations que mes collègues ont bien voulu communiquer à l'occasion de ma présentation nous montrent combien est diverse cette pathologie du gros intestin. Dans un des cas de M. Bérard il s'agit d'un cancer latent du côlon que le chirurgien, malgré une recherche attentive, n'avait pas pu diagnostiquer. J'ai dit que pour une malade j'avais eu des doutes à cet égard et malgré une inspection minutieuse de l'intestin, je n'ai rien constaté me permettant d'accuser une néoplasie.

C'est donc qu'il existe fréquemment des adhérences le long des différents côlons capables de produire de l'obstruction chronique et parfois aussi des accidents aigus d'occlusion. Ces coudures par adhérence sont bien connues au niveau de l'angle gauche. Ma malade en a présenté de manifestes au niveau de l'angle droit. A ce niveau il semble logique d'admettre un point de départ vésiculaire.

Mais ces adhérences se produisent aussi fréquemment au niveau du côlon descendant et de l'S iliaque. Il y a un an environ, j'ai perdu d'occlusion post-opératoire une malade qui avait subi une hystérectomie totale pour fibrome. A l'autopsie j'ai trouvé une grosse bride fibreuse ancienne qui enserrait le côlon pelvien et avait amené sous l'influence sans doute d'une infection mitigée, comme c'est la règle dans ces cas, une occlusion complète. Il en constatait d'autres sur le côlon descendant.

A cette occasion, mon interne M. Latarjet et moi-même avons examiné quelques cadavres au niveau du gros intestin gauche. Il est très fréquent de trouver des adhérences constituant de véritables ligaments que des anatomistes pourraient souvent dénommer ligaments normaux. En réalité, ces ligaments sont le plus souvent des adhérences inflammatoires pathologiques, et comme on les rencontre plus souvent chez les femmes, on peut supposer qu'elles ont eu comme point de départ une inflammation pelvienne.

Mais elles existent aussi chez l'homme tout le long du tractus colique, c'est alors qu'il faudrait invoquer la pathogénie dont M. Patel nous a entretenu en s'appuyant sur les recherches de Blaud Sutton. Une inflammation née dans la muqueuse intestinale serait capable d'amener une réaction péritonéale dont le reliquat serait la production d'adhérences, de coudures, de brides anormales.

FRACTURE DE LA ROTULE ; — CAL OSSEUX OBTENU SANS SUTURE ; — PRÉSENTATION DE LA PIÈCE.

M. VALLAS. — Il est bien démontré aujourd'hui que l'absence ordinaire de cal osseux dans les fractures de la rotule tient à une double cause : 1° l'épanchement sanguin intra-articulaire qui éverse en avant les bords des deux fragments et les empêche de se correspondre par leurs surfaces avivées ; 2° la déchirure des ailerons qui permet au quadriceps d'écartier ces deux fragments l'un de l'autre et d'accroître encore l'éversion en avant du fragment supérieur.

L'opération qui fait disparaître l'épanchement par l'ablation des caillots et supprime l'écartement par la suture des ailerons, permet d'obtenir fréquemment un cal osseux, et je vous en ai montré à plusieurs reprises des exemples tout à fait démonstratifs.

Le cal osseux obtenu sans opération est plus rare, mais n'est pas impossible à obtenir, comme on l'a cru longtemps. Il suffit pour cela que le blessé puisse être soigné avant que les causes de la pseudarthrose aient eu le temps d'agir. Ce fut le cas pour l'homme dont je vous présente aujourd'hui la rotule. Il est venu mourir dans mon service d'une angine de Ludwig et j'ai recueilli cette pièce, car j'avais soigné cet homme autrefois pour sa fracture. Son observation figure dans un travail que j'ai publié sur ce sujet dans la *Revue de chirurgie*, 10 octobre 1899. Monté sur une haute machine destinée à la pose des fils électriques des tramways, il perdit l'équilibre et tomba. C'était à la porte de l'Hôtel-Dieu et il fut amené dans mon service quelques instants après l'accident. La compression aussitôt établie empêcha l'épanchement de se produire. De plus, le blessé avait perdu connaissance sur le coup et n'avait fait aucune tentative pour se relever. Or ce sont ces tentatives qui le plus souvent déterminent l'écartement fatal en déchirant secondairement les ailerons rotuliens. Cette cause n'ayant pu agir chez notre homme, l'écartement ne s'est pas produit. En raison de cette double coïncidence, je m'abstins d'intervenir, persuadé qu'un bon résultat pouvait être obtenu sans opération.

La pièce que je vous présente, et sur laquelle il est impossible de trouver une solution de continuité, soit par l'examen direct, soit l'examen radiographique qui l'accompagne, démontre la justesse de ces considérations.

Séance du 16 mars 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

FRACTURE LIMITÉE DU CRANE ; — INFECTION ; — HÉMIPLÉGIE ET ÉPILEPSIE JACKSONNIENNE GROISÉES ; — TRÉPANATION.

M. DURAND. — Le petit malade que je vous présente n'a subi qu'une simple trépanation et n'offre aucun intérêt au point de vue opératoire, par contre son histoire clinique m'a paru assez particulière pour vous être rapportée. Il est entré dans mon service pour de l'hémiplégie avec épilepsie jacksonnienne consécutives à une fracture infectée de la voûte crânienne ; une trépanation a mis fin à ces accidents. Telle est son histoire :

Cet enfant, âgé de 3 ans, n'a aucun antécédent important. Le 1^{er} février, il tomba de sa hauteur sur un caillou pointu qui fit au côté droit de son cuir chevelu, en avant de la bosse pariétale, une plaie assez profonde, mais étroite. Un pansement arrêta la légère hémorragie survenue immédiatement. Dans les premiers jours il n'y eut aucun accident ; mais le 8 février, en renouvelant le pansement, on trouva de la suppuration et on vit qu'un petit morceau de pierre pointue s'était échappé de la plaie.

Le 8 février, apparurent des phénomènes infectieux, avec toux et coryza, qui firent porter le diagnostic de grippe. Il n'y

avait eu et il n'y eut jusqu'au 18 février aucune complication crânienne.

Ce jour-là, apparurent dans la nuit des convulsions qui débutèrent par le membre supérieur gauche et prirent le caractère net d'épilepsie jacksonnienne. L'index présenta des mouvements de flexion lente et brusque et répétés; les autres doigts, le poignet, le coude entrèrent successivement en contractions toniques, le bras fut porté en adduction, les globes oculaires se convulsivèrent, la mâchoire offrit des mouvements répétés de diduction; le membre gauche offrit aussi des contractions, mais moins nettes et moins caractérisées. La crise dura un quart d'heure environ, sans s'accompagner de perte de connaissance et sans émission de matières fécales ou d'urines. Elle s'accompagne d'une sensation d'abattement, sans troubles psychiques, sans modification de la coloration du visage. Les deux jours suivants se passèrent sans incident, mais le troisième on vit apparaître un peu de parésie de tout le côté gauche, étendue au facial lui-même. Pendant ce temps on n'avait noté aucun trouble cérébral apparent, l'enfant ne paraissait pas souffrir de la tête.

Le quatrième jour, dans la soirée, deuxième crise jacksonnienne, durant dix minutes, analogue à la première; on constata ensuite que la parésie était devenue une véritable hémiplégie gauche et que les membres ne faisaient plus aucun mouvement volontaire, restant en état de contracture permanente. Le Dr Grivet vit l'enfant et l'envoya à Saint-Pothin pour y être trépané.

A l'entrée, nous notons une hémiplégie spasmodique gauche complète; les membres contracturés en flexion n'avaient aucune mobilité volontaire et offraient une forte exagération des réflexes tendineux. La sensibilité cutanée paraît intacte; pas d'agitation ni de dépression. La température qui s'était élevée à 40° oscillait autour de 38°,5. Pouls 120; pas de trouble de la mobilité oculaire externe ou interne. Dans l'après-midi, l'enfant prit une prise jacksonnienne très nette; je le trépanai le lendemain matin. Localement, on avait trouvé une petite plaie étroite du cuir chevelu, infectée et suppurante. A l'incision je vis que le cuir chevelu était épaissi et infiltré d'œdème infectieux. Le crâne mis à nu offrait une petite perforation de 2 millimètres de diamètre environ. Une couronne de trépan

fut enlevée et, contrairement à mon attente, ne me montre ni hématome, ni collection suppurée interposée entre l'os et la dure-mère. Celle-ci était de coloration normale, animée de ses battements synchrones au pouls, rythmés par la respiration. Elle ne présentait aucune perforation. Devant cette intégrité parfaite, je me gardai de l'inciser et amputai la plaie.

Cette intervention économique eut le plus heureux résultat ; il n'y eut plus de crises jacksonniennes, la paralysie diminua assez rapidement, la température tomba peu à peu, et redevint normale le quatrième jour.

Tout cependant ne redevint pas normal immédiatement, et un signe nouveau apparut à la place de l'hémiplégie : le lendemain matin, l'enfant pouvait remuer ses membres, mais la volonté n'avait pas retrouvé tout son pouvoir et les mouvements des membres se faisaient mal avec des erreurs constituant une véritable ataxie ; les doigts manquaient toujours le but qu'on leur proposait et oscillaient plusieurs fois avant de l'atteindre. Actuellement encore, si le membre supérieur a retrouvé à peu près ses fonctions, l'inférieur garde quelques troubles et la marche s'effectue, comme on peut le voir, avec quelques hésitations. Ce signe va du reste s'atténuant et semble devoir disparaître dans quelques jours.

Comme vous le voyez, mon malade a présenté des crises jacksonniennes, puis de la paralysie spasmodique à forme hémiplégique ; la simple trépanation du crâne a mis fin à ces troubles qui furent remplacés momentanément par une véritable ataxie unilatérale avec exagération considérable des réflexes.

Si l'on veut chercher la pathogénie de ces troubles, qui n'étaient déterminés par aucune lésion profonde des centres, il me semble qu'on est obligé de les rapporter à un trouble des fonctions des circonvolutions motrices.

On se trouve en effet devant un cortège symptomatique d'origine corticale, hémiplégie, épilepsie jacksonnienne, hémi-ataxie, il est inutile d'insister sur ce point. Quant à la nature même de ce trouble, comme la dure-mère était intacte, et que tout a disparu sans intervention sur le cerveau lui-même, elle ne peut être rapportée qu'à des lésions superficielles. L'opération m'a montré qu'il n'y avait aucun agent de compression osseuse ou extra-dure-mérienne ; on est donc réduit à penser

qu'il s'était produit une infection sans suppuration entre la dure-mère et l'os et que les circonvolutions ont été impressionnées par cette infection à travers la dure-mère; il y a eu là, il me semble, une sorte d'intoxication de l'écorce cérébrale. Ma trépanation, en réalisant un véritable drainage, a permis au cerveau de se libérer de cette intoxication et de reprendre peu à peu ses fonctions.

*
**

RADIUS CURVUS.

M. LECLERC. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de mon maître M. Albertin, une malade venue à la Charité pour une affection gynécologique, et chez laquelle nous avons découvert une déformation bilatérale des poignets du type connu à Lyon sous le nom de *radius curvus*.

Il s'agit d'une malade de 21 ans qui, d'ailleurs, n'attirait pas du tout l'attention sur ses poignets. Ceux-ci présentent tous deux à peu près la même déformation remontant à l'enfance et n'entraînant qu'une gêne fonctionnelle très minime.

En examinant l'un quelconque des poignets par sa face dorsale ou de profil, on a de suite l'impression d'une luxation du carpe en avant : le plan de la main est en effet antérieur et parallèle au plan de l'avant-bras; les épiphyses radiales et cubitales font sur le dos de la main une forte saillie, surtout marquée pour la tête du cubitus; ces épiphyses saillantes surplombent une dépression qui correspond au carpe.

Sur la face palmaire, les déformations sont moins marquées : on constate pourtant que les éminences thénar et hypothénar forment des saillies plus accusées que normalement; l'excavation du creux de la main en est exagérée. Les tendons des muscles cubital antérieur et grand palmaire forment sous la peau un relief très accentué.

La palpation démontre surtout l'existence d'une luxation de l'extrémité inférieure du cubitus en arrière, luxation à la fois sur le carpe et sur le radius : la tête cubitale forme en effet sur la face dorsale du poignet une saillie considérable et n'est plus du tout en contact avec le condyle carpien; cette tête peut d'ailleurs être amenée facilement, par une légère pression, sur le

même plan que l'épiphyse radiale; mais si on lâche la pression, elle fait la touche de piano et revient à sa position primitive.

Par contre, la palpation fait voir qu'il n'existe pas de véritable luxation du carpe comme la simple inspection aurait pu le faire supposer : les rapports de l'épiphyse radiale sont en effet conservés.

Avec les moyens ordinaires d'exploration, le seul diagnostic possible est donc : subluxation du cubitus en arrière. Cependant lorsqu'on examine avec attention la face antérieure de la diaphyse radiale, on peut constater que cette face est beaucoup plus concave que normalement; cette dernière déformation peut déjà faire préjuger de la variété de subluxation cubitale à laquelle nous avons affaire.

Mais la radiographie nous éclaire complètement à ce point de vue. Tout d'abord elle confirme la subluxation du cubitus sur le radius et la dislocation de l'articulation radio-cubitale inférieure; les deux épiphyses inférieures des os de l'avant-bras ne sont plus en effet en contact immédiat, mais sont séparées par un espace de plusieurs millimètres. Quant à la luxation de la tête cubitale en arrière du carpe, elle n'est pas visible sur nos radiographies de profil : il aurait fallu, pour la mettre en évidence, une image prise de $\frac{3}{4}$. On constate, en tous cas, que l'espace qui sépare la facette articulaire cubitale de celle du pyramidal est beaucoup plus considérable que d'habitude. Par contre, il apparaît avec évidence que les rapports du condyle carpien avec la facette articulaire du radius sont parfaitement conservés.

Ce que les rayons X révèlent de plus intéressant, ce sont les déformations du radius : sur les radiographies de face, on voit que la facette articulaire du radius regarde beaucoup plus en dedans que normalement : le cintre surbaissé formé par les surfaces articulaires radio-cubitales normales est remplacé par une ogive ; l'apophyse styloïde du radius, descendant beaucoup plus bas que d'ordinaire, dépasse en dehors le scaphoïde, le refoule en dedans du côté des os du carpe, l'enveloppe en quelque sorte.

La radiographie de profil montre avec une netteté parfaite une incurvation exagérée à concavité antérieure de l'extrémité inférieure de la diaphyse radiale et de l'épiphyse qui lui

fait suite ; la surface articulaire par suite regarde beaucoup plus en avant que normalement, ce qui est aussi très visible sur les radiographies de face.

Enfin, on peut voir dans les os du carpe des changements de direction fort intéressants et qui ont été signalés dans quelques observations : la première rangée du carpe est fortement inclinée en avant, suivant en cela l'impulsion que lui communique la tête radiale avec laquelle, nous l'avons vu, elle n'a perdu contact. La deuxième rangée du carpe est en forte extension sur la première : c'est une véritable déviation de compensation qui ramène en arrière la main que la déformation radiale entraînait en avant.

La déformation que nous venons d'analyser est identique à droite et à gauche, cependant un peu plus marquée à gauche. Par des tractions sur la main combinées à une pression sur la tête cubitale, on ne peut arriver à réduire la déformation ni d'un côté ni de l'autre.

D'ailleurs, les fonctions des deux poignets s'effectuent d'une façon très satisfaisante : la malade ne s'en plaint pas du tout, elle fait sans fatigue son métier de corsetière, et accuse seulement quelques douleurs passagères et quelques crampes lorsqu'elle surmène ses poignets. Les mouvements provoqués s'effectuent d'ailleurs sans difficultés, ni douleur ; leur amplitude est au moins normale, la flexion et l'abduction sont même légèrement exagérées des deux côtés.

La malade fait remonter l'origine de sa déformation à un traumatisme qu'elle a subi à l'âge de 5 ans : elle avait les mains jointes lorsque sa mère les lui prit et les tordit violemment. A la suite de ce traumatisme, un médecin lui immobilisa les deux poignets ; le gauche dans un plâtre, le droit sur une planchette. Le plâtre fut laissé plusieurs semaines, et lorsqu'on l'enleva la malade souffrait encore ; elle souffrit ainsi pendant un an ou deux, ne se servant de ses poignets qu'avec peine. Enfin, au bout de deux ans environ, les douleurs disparurent laissant la déformation actuelle. Il n'existe ni à la palpation, ni sur les images radiographiques aucune trace du cal, ni de fracture ancienne.

La double déformation présentée par notre malade (luxation du cubitus en arrière, inflexion de l'extrémité inférieure du radius en avant et en dedans) est exactement semblable à celle

que Madelung a décrit le premier et qui est connue sous le nom de *maladie de Madelung*. Duplay l'étudia à nouveau et l'envisageant d'une façon un peu différente lui donna le nom de *subluxation progressive du poignet*. Delbet l'appelle *carpus curvus*, nom impropre puisque c'est le radius et non le carpe qui est incurvé; le nom de *radius curvus* que propose M. Gangolphe dans la thèse de Roger (Lyon, 1899) lui convient beaucoup mieux. Plus récemment, un travail d'Abadie, dans la *Revue d'orthopédie*, 1903, réunit tous les cas connus; ils sont au nombre de 75 environ.

Cette rareté relative des observations de radius curvus nous a engagé à vous présenter cette malade dont les déformations pourraient servir de type à la maladie et dont les radiographies sont d'une grande netteté. Il s'agit d'ailleurs d'une femme comme dans presque tous les cas observés; la déformation est bilatérale, ce qui est extrêmement fréquent (la moitié des cas). L'hérédité, qui a été notée plusieurs fois, n'est pas en cause chez notre malade.

A l'origine de la déformation que nous vous présentons, on trouve un traumatisme assez net et assez sérieux pour être pris en considération, d'autant plus qu'il n'est pas commun de voir le radius curvus succéder à un traumatisme: cette affection se développe presque toujours spontanément.

Tout le monde, en effet, admet actuellement que la lésion primitive de la maladie est la déformation du radius, qui s'incurve en avant, entraîne avec lui le scaphoïde et le semi-lunaire, suivis eux-mêmes par le pyramidal. Or l'origine de cette incurvation radiale est attribuée par les auteurs:

Soit au surmenage du poignet (Madelung): l'action prédominante des fléchisseurs produit à la longue des déformations du radius;

Soit à une exagération des courbures normales du radius, exagération qui n'est en quelque sorte pas pathologique; c'est la manière particulière, personnelle à certains sujets de développer leur radius; ils ont un radius plus ou moins incurvé, comme d'autres ont par exemple des os plus ou moins longs (Gangolphe, Roger);

Soit au rachitisme (Duplay-Delbet). Le radius curvus coexiste en effet fréquemment avec d'autres manifestations rachitiques, par exemple avec le genu valgum.

Le traumatisme, on le voit, n'est pas incriminé. Cependant il est signalé dans un certain nombre d'observations : 7 fois sur 38 cas où il a été observé (Abadie). Il s'agit ordinairement d'un traumatisme léger, d'un mouvement brusque, d'une torsion du poignet ; dans un cas de Kirmisson par exemple, il s'agit d'un garçon de 13 ans qui, en soulevant un tapis lourd, ressent dans le poignet un vive douleur et un craquement : un radius curvus se développe. Dans des cas, exceptionnels, il est vrai, c'est une fracture du radius ou un décollement épiphysaire avec déplacement du fragment inférieur en avant, qui, survenant chez un enfant, peut donner naissance par la suite à une déformation du type radius curvus : la radius subit un arrêt de développement tout en conservant la déformation que lui a imposée le traumatisme ; le cubitus continuant à s'accroître se luxé comme d'habitude en arrière : il semble en avoir été ainsi dans un cas d'Abadie.

Il est donc certain que le traumatisme peut conduire au radius curvus. Il semble au premier abord qu'il en ait été ainsi dans le cas qui nous occupe ; cependant un examen attentif de la malade nous conduit à penser que le traumatisme n'a pas joué le principal rôle : tout d'abord il n'y a certainement pas eu fracture ou décollement épiphysaire des deux radius : il n'en reste du moins aucune trace (pas de cal, pas d'incurvation brusque à la radiographie). D'autre part, notre malade présente des déformations manifestement rachitiques des tibias et ses membres inférieurs sont en parenthèse. Il est impossible de ne pas rapprocher cette déformation de celle des membres supérieurs dont la bilatéralité et la symétrie presque parfaite plaident d'ailleurs en faveur d'une cause générale. Il est donc probable qu'ici le traumatisme n'a agi que comme une cause déterminante, que c'est surtout le rachitisme qui est en cause.

M. NOVÉ-JOSSERAND. — Ce cas est très démonstratif. Il nous démontre que pour ces lésions comme pour celles qui siègent au niveau du col du fémur coxa-vara, coxa-valga, etc., il ne faut pas vouloir invoquer une pathogénie uniforme. L'étiologie est très diverse : il y a des cas qui relèvent de l'inflammation, d'autres d'un traumatisme, d'autres enfin appartiennent au rachitisme.

M. ALBERTIN. — Je partage absolument l'avis de M. Nové-Josserand. Quant à ce cas, je ne crois pas qu'il relève du traumatisme. Tous les en-

fants ont eu des traumatismes dans l'enfance et il ne faut pas y rattacher toujours les lésions qu'on constate sur leur squelette comme les parents ont trop de tendance à vous le dire.

M. Écor. — Je possède une observation absolument superposable à celle de M. Albertin, observation publiée dans le n° 4 du 20 avril 1897 des *Archives médicales d'Angers*, par mon maître et ami M. le Prof. Jagot.

Dans cette observation qui fait l'objet d'un travail ayant pour titre : « Sur un vice héréditaire de conformation des deux poignets », l'influence héréditaire reparait dans trois générations successives. Suivant la règle la plus habituelle il s'agissait également d'une jeune fille, mais qui ne présentait pas de tare de rachitisme, de scrofule ou de rhumatisme ; les déformations étaient en tous points semblables à celles de la jeune femme qui vous est présentée, les symptômes locaux identiques.

M. Jagot résumant les théories pathogéniques invoquées pour expliquer cette affection — qu'on a nommée luxation pathologique du poignet (Malgaigne), subluxation spontanée du poignet (Madelung, Tripiet, J. Félix), manus valga, subluxation de la main en avant, névralgie articulaire, rachitisme tardif des poignets — rappelle successivement :

La théorie musculaire de Busch, ou des contractures primitives ;

La théorie nerveuse de Félix (thèse de Lyon, 1884) invoquant une lésion médullaire ascendante ;

Les théories osseuses (ostéite juxta-épiphysaire, rachitisme tardif de S. Duplay, perturbation dans la croissance et le fonctionnement des cartilages de congugaison, d'après Redard) ;

Enfin la théorie de Féré s'arrêtant à une anomalie tératologique (trouble général de nutrition, héréditaire ou autre), en raison de l'absence de douleur, des troubles fonctionnels insignifiants ou nuls, et de l'absence d'autres déformations attribuables au rachitisme, en même temps que de la symétrie de la difformité, de son hérédité possible, etc. La coexistence de la laxité articulaire (rattachée par Alph. Robert à l'arrêt du développement), plaide encore en faveur de cette théorie à laquelle M. Jagot se rattache entièrement.

Tout en reconnaissant pour ma part que le rachitisme puisse être incriminé à juste titre chez l'ancienne malade de M. Albertin, je me rallie à l'opinion éclectique de M. Nové-Josserand, et je pense que la cause de cette malformation ne peut être univoque.

CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE.

M. ÉCOT. — La question des corps étrangers de l'œsophage est de nouveau à l'ordre du jour depuis le savant article de MM. Bérard et Leriche et les communications de la Société de chirurgie de Paris ; elle y revient périodiquement d'ailleurs, comme tous les grands problèmes de la chirurgie d'urgence. Elle est difficile et complexe, comprise de manières bien différentes. Aussi paraît-il nécessaire de faire connaître les cas de la pratique et de les discuter dans leurs détails et dans leurs enseignements.

A l'occasion d'un fait observé dans mon service de Desgenettes avec mes collègues répétiteurs de l'École, MM. les médecins-majors Pécheur et Galley, je me propose d'attirer votre attention sur plusieurs observations personnelles ou non, et sur les conclusions qui me paraissent pouvoir être nettement tirées.

Voici tout d'abord l'observation récente de ma pratique :

L... Jean-Marie, soldat au 98^e d'infanterie, et depuis 16 mois en garnison à Lyon, originaire de la Loire, cultivateur de profession, de taille moyenne, de constitution plutôt chétive, mais de bonne santé habituelle, arrive en retard, le 3 mars 1905, au repas principal du matin. La crainte de ne pas être prêt en même temps que ses camarades, lui fait avaler sa soupe à la hâte, et pour ce qui est de sa portion de viande, il met les « bouchées doubles ». On pourrait dire « quadruples », si l'on en juge par les produits alimentaires que je vais faire passer devant vos yeux, et dont la quantité est surprenante.

A un moment donné, L... ne peut plus avaler, il essaie de boire, mais en vain, et le tableau clinique habituel s'installe avec les crises de suffocation suivies d'intervalles de calme plus ou moins longs, l'angoisse croissante du malade, etc. Il se rend à l'infirmerie, où M. le médecin-major de 1^{re} classe Martin, spécialiste distingué et praticien avisé, essaie prudemment, mais sans succès, de faire passer une sonde œsophagienne, et les tentatives de faire boire L... ne réussissent qu'à déterminer de nouveaux accès d'étouffement.

L... est conduit à l'hôpital Desgenettes, où il est admis dans mon service, et M. Galley, médecin de semaine, fait les mêmes constatations que M. Martin. M. Pécheux, consulté, conseille des badigeonnages du pharynx digestif à la cocaïne pour arriver à un examen local méthodique, et, pendant que mes collègues discutent les indications diagnostiques et

thérapeutiques, le malade rend dans une cuvette les corps étrangers retenus jusque là dans son œsophage.

Il s'agissait de 9 morceaux de viande et de fibro-cartilages, paraissant provenir de viande de bœuf bouilli ; 4 de petit volume, 5 plus gros, dont un mesurait 5 centimètres de long sur 2 centimètres de large et plusieurs étaient constitués de fibro-cartilage très dur.

Aucune trace de sang ne fut constatée, pas plus au régiment qu'à l'hôpital. Le soulagement de L... fut immédiat.

A mon arrivée à l'hôpital, je trouvai le Dr Martin qui me raconta l'incident en me faisant remarquer la bizarrerie du malade qui n'avouait qu'un bol alimentaire de la longueur d'une phalange.

Je constatai à ma contre-visite que le soldat L... ne présentait plus aucun signe physique ou subjectif dû à son aventure, et, suivant un principe sur lequel je vais revenir dans un instant, je prescrivis des liquides et purées alimentaires, le repos, et, la prise biquotidienne de la température rectale, avec le même thermomètre, pour dépister toute manifestation para-œsophagienne d'infection.

Les suites furent des plus simples, comme on pouvait le prévoir dans ce cas, en l'absence de plaie de la muqueuse œsophagienne, et l'homme quittait l'hôpital le 15 mars après douze jours d'observation.

En résumé, bol alimentaire composite et énorme, fixé par spasme dans la portion crico-aortique de l'œsophage, cessation du spasme sous l'influence de la cocaïne et expulsion des corps étrangers par vomissements. Telle est cette observation, du moins curieuse, sinon brillante au point de vue opératoire. Ici la cocaïne paraît avoir rendu service, son emploi est à retenir, car la propulsion aurait pu être dangereuse.

La propulsion nous a réussi dans un cas analogue, et je vous demande la permission de vous lire la relation succincte de cet autre fait, que je citais dans un mémoire ayant pour titre : « Contribution à l'étude des corps étrangers de l'œsophage et particulièrement des corps étrangers petits et de surface irrégulière », mémoire publié en 1902 dans le n° 12 des *Archives de médecine et de pharmacie militaires*.

« Dans le courant de l'été 1901, à l'hôpital du Dey (Alger) nous avons eu l'occasion, au moment d'une contre-visite, de porter secours à un zouave qui n'avait pu déglutir complètement un volumineux bol alimentaire constitué entièrement d'une masse de viande. L'homme était absolument affirmatif à cet égard, et, d'autre part, les crises de suffocation étaient assez fréquentes pour nécessiter une action rapide. Après avoir fait préparer les instruments nécessaires pour une laryngotomie intercricothyroïdienne, nous avons exploré l'œsophage et la propulsion faite avec l'éponge de Green, préalablement vaselinée, fut assez pénible, mais s'exécuta sans incident notable. »

Lorsqu'on a la certitude que le bol alimentaire bloqué ne contient aucun corps étranger de surface irrégulière, la propulsion prudente, aidée de badigeonnage à la cocaïne ou d'injections d'huile stérilisée, est parfaitement rationnelle.

Deux remarques au sujet de ce cas : on se trompe aisément dans l'appréciation du niveau d'arrêt d'un corps étranger œsophagien ; j'ai vu commettre plusieurs erreurs à cet égard et, dans cet exemple observé à Alger, j'avais cru avoir affaire à un bol alimentaire de la portion thoracique inférieure. Il suffit de se rappeler cette notion, et surtout les données anatomiques vraies pour localiser comme il convient le niveau de l'obstacle.

D'autre part, l'usage de l'éponge de Green, ordinairement attachée à l'extrémité de la tige de la baleine, qui porte à son autre extrémité le panier de Graefe, ne doit pas être fait sans une solide et correcte fixation de l'éponge ; sans cette précaution préalable on risquerait de blesser la muqueuse œsophagienne avec la pointe de la baleine qui se sépare volontiers de l'éponge dès qu'on l'introduit dans un conduit membraneux surtout après un long séjour de l'instrument dans une boîte de secours, d'un modèle civil ou militaire.

Les cas ne sont pas toujours aussi favorables dans le milieu militaire, et le travail personnel dont je viens de vous lire un passage était motivé par une observation des plus tristes, mais aussi des plus instructives.

Au moment où je prenais pour la première fois du service à Desgenettes, le 1^{er} mai 1902, je trouvais parmi mes malades un caporal du 99^e d'infanterie en observation à Lyon depuis le 26 avril, pour corps étranger de l'œsophage. Le 16 avril, au repas principal du matin, il avait ressenti une vive douleur au gosier en mangeant de la viande de conserve ; il aurait eu un accès de suffocation et aurait essayé de vomir, mais sans succès. Le 17, la douleur à la déglutition persistant, il se présenta à la visite de son régiment à Bourgoin. Des explorations furent faites ce jour-là avec divers instruments, de même que le 18, et déterminèrent des sensations douloureuses, à l'aller et surtout au retour des explorateurs. L'évacuation du malade fut ordonnée de l'hospice mixte de Bourgoin sur Desgenettes. Le caporal V... se plaignait de souffrir spontanément au voisinage de l'appendice xiphoïde, douleur réveillée par la pression sur la 4^e vertèbre dorsale, avec irradiations sur les mamelons, réveillée par le passage d'un bol alimentaire, et persistant assez longtemps après l'ingestion d'un aliment. On s'était arrêté à l'hypothèse d'une ulcération de l'extrémité inférieure de l'œsophage, et le malade fut soumis à une alimentation liquide.

Au moment de la contre-visite du 30 avril, je trouvai le caporal V... au pied de son lit; il n'accusait pas d'autres symptômes que ceux qui viennent d'être mentionnés. Les prescriptions de mon prédécesseur furent prudemment maintenues. Le 1^{er} mai, rien de particulier à noter. Le 2 mai, au matin, je suis appelé d'urgence auprès du malheureux malade atteint d'hématémèses répétées : sept hématémèses le tuaient en seize heures, 17 jours après l'accident initial.

A l'autopsie, on constata des ulcérations de la muqueuse œsophagienne, que les photographies nous reproduisirent fidèlement; une communication que vous indique la photographie du stylet mettait en rapport l'aorte et l'œsophage au niveau du rétrécissement aortico-bronchique; une logette intermédiaire aux deux organes avait gardé le corps étranger septique, cause de la mort (il s'agissait d'une plaque cartilagineuse triangulaire, petite, offrant deux petits points ossifiés) jusqu'au moment de la première hémorragie. Chassée dans l'estomac, cette petite plaque cartilagineuse fut retrouvée, unique débris alimentaire solide, à 0,80 du pylore dans l'intestin grêle.

En résumé, nouveau cas d'ulcération aortique par périœsophagite septique déterminée par les plaies de la muqueuse œsophagienne, produites par les angles du corps étranger poussé par les explorateurs; erreur au sujet du véritable niveau des lésions que l'on avait crues bien plus basses.

Impressionné par ce cas malheureux pour lequel je n'avais rien pu faire, je rédigeais en 1902 les conclusions suivantes :

1° *Renoncer systématiquement à toute tentative d'extraction ou de propulsion quand il s'agit de corps irréguliers de forme ;*

2° *Si le corps irrégulier est volumineux, agir chirurgicalement, pour parer aux accidents d'asphyxie ou d'obstruction, et faire, suivant les cas, une œsophagotomie externe cervicale basse, une médiastinotomie postérieure, une gastrotomie ;*

3° *Si le corps est irrégulier, acéré, mais petit, et ne déterminant pas de gêne respiratoire, attendre, se dispenser de toute exploration instrumentale, ordonner des purées épaisses, etc., prendre la précaution de relever les températures rectales matin et soir, pour déceler un travail phlegmasique profond par périœsophagite infectieuse; explorer chirurgicalement et drainer en cas de fièvre inexpiquée;*

4° *Si l'exploration ordinaire, jugée nécessaire, fait constater une hémorragie œsophagienne, agir chirurgicalement à l'exemple de Cheeven cité par Gangolphe;*

5° *L'exploration de l'œsophage doit être faite avec les plus grands ménagements.* L'instrument par excellence est alors la sonde en caoutchouc rouge à mandrin de plomb (Gangolphe). Ici, plus encore que pour l'urètre, « glissez, mais n'appuyez pas ». (Gangolphe.)

Je terminerai par les considérations relatives aux conserves de viande et au danger que la présence dans le « rondin » de l'os « styloïde » des bouchers peut créer si l'on ne prend pas la précaution d'enlever préalablement ce rudiment inconstant de péroné.

Je suivrais sensiblement aujourd'hui la même ligne de conduite, sauf en ce qui concerne les petites hémorragies œsophagiennes pour lesquelles j'agiserais par abstention, en dehors de tout symptôme de danger vital, et par l'expectation armée.

La fin misérable du caporal V... devait suggestionner, à tort ou à raison, ses camarades, et je ne fus pas surpris de recevoir dans mon service, le 9 mai 1902, un nouveau malade du 99^e d'infanterie de la garnison de Bourgoin, en observation pour corps étranger de l'œsophage.

La veille, au repas du matin, le soldat F..., en avalant une bouchée de viande de conserve mêlée à de la purée de pommes de terre, avait ressenti une piqure dans le fond de la gorge. F... cessa aussitôt de manger et de boire et tenta inutilement de chasser le corps étranger supposé par expectoration,

Il réussit enfin à vomir, examina minutieusement les matières vomies sans trouver trace de corps étranger. Il remarqua, toutefois, des gouttes de sang sur sa main et constata la présence de sang dans son mouchoir après s'être mouché.

F..., calme et n'éprouvant ni angoisses ni suffocations, aurait eu quelques crachats sanglants dans la journée du 8, et ne but qu'un peu de lait le soir. Il continuait, depuis l'incident du matin, à sentir un picotement constant au niveau et un peu gauche de la région cricoïdienne, et cette sensation va persister pendant plusieurs semaines.

Le 9, il se présente à la visite. Une sonde est introduite jusqu'au niveau du cricoïde, sans insister, et le malade amené aussitôt à Desgenettes.

La rhinoscopie et la laryngoscopie, de même que plusieurs épreuves radiographiques sont négatives. La déglutition est normale (auscultation en arrière et à gauche de la colonne vertébrale). Aucune exploration instrumentale n'est faite. Une alimentation liquide est seule autorisée, la température rectale doit être faite régulièrement jusqu'à nouvel ordre,

et les matières fécales examinées avec soin; le malade doit être pesé tous les huit jours.

La sensation de picotement ne cessant pas, le malade est soumis à l'examen de M. Garel le 27 juin, 25 jours après l'accident, et à l'Hôtel-Dieu avec son obligeance habituelle et son habileté manuelle remarquable, M. Garel pratique la laryngoscopie, puis l'œsophagoscopie, l'exploration au tube de Faucher, et enfin la faradisation de la région douloureuse sans trouver de signes de corps étranger.

Disons, en passant que, sans la bonne volonté du malade et l'adresse du praticien, l'œsophagoscopie eût été des plus difficiles par la voie buccale.

Après une alerte thermométrique, due à une poussée inflammatoire (furoncle du poignet) le malade sortit de l'hôpital le 2 juillet et ne se plaignit plus de son corps étranger œsophagien.

Du 14 au 19 novembre 1902, j'eus encore en observation un soldat du 157^e d'infanterie qui se plaignait d'avoir, le 3 novembre, en mangeant sa soupe, avalé un os pointu qui s'était arrêté dans sa gorge. Il aurait après beaucoup d'efforts fini par avaler cet os, non sans accès de suffocation et crachements de sang.

Les précautions générales indiquées plus haut furent prises et les suites furent absolument normales.

Radiographies, thermométries, examen des selles, tout fut négatif.

Le travail publié dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* me valut plusieurs communications intéressantes, et je vous citerai entre autres deux observations dues à un médecin-major de 1^{re} classe dont la valeur professionnelle est indiscutée dans le milieu médical militaire et qui m'a autorisé à me servir des faits qu'il cite.

« Pour témoigner m'écrivit-il, en faveur du panier de de Graefe à introduire d'emblée, voici un cas probant. Un artilleur du 40^e avait avalé un os mélangé à la soupe. Le Dr P... était tellement bien passé avec l'éponge à côté de ce gros os dont je vous donne le volume exact (4 cent. sur 3 cent. 1/2) qu'il doutait de la présence d'un corps étranger. Dès ma première prise avec le panier je l'ai démarré; mon malade a failli avoir un phlegmon du cou, mais au bout de six semaines il était complètement guéri. »

Il me signalait en même temps la difficulté qu'on peut avoir à lire les radiographies faites pour des cas analogues.

En septembre 1992, un lieutenant d'artillerie avait avalé un os de

lapin qu'il sentait accroché au-dessous du larynx. Le Dr X... le voit le lendemain : d'emblée, je me suis adressé au panier de de Graefe pour tenter de ramener le corps étranger. Je l'ai engagé jusque dans l'estomac, sans rien percevoir à l'aller, mais au retour j'ai eu la sensation qu'il était emprisonné sans qu'il y ait eu de déclanchement au niveau de la fourchette sternale. La mucoité qui le coiffait était légèrement rosée, non sanglante. Une radiographie faite à Nancy, et que voici, est des moins probantes. Les suites furent simples pour cet officier.

Sans argumenter autrement, pour l'instant, l'emploi systématique du panier, permettez-moi de vous rappeler un fait des plus intéressants que j'ai cité dans mon mémoire et que je dois à l'obligeance de M. Gangolphe : « Les examens radioscopiques doivent être faits avec circonspection et leurs résultats corroborés par les signes cliniques.

« Dans le premier trimestre de 1902, un homme entre dans le service de M. Gangolphe pour corps étranger de l'œsophage ; il a avalé une pièce dentaire comprenant six dents, incisives canines supérieures, un crochet latéral avec plaque palatine, soit un appareil mesurant 48^{mm} sur 24. Le cathétérisme œsophagien, l'ingestion de liquides alimentaires étaient possibles, et il n'y avait pas de douleur localisée, pas plus que de gêne respiratoire. M. le Dr Gangolphe remit l'intervention à une date ultérieure attendant qu'elle s'imposât. Plusieurs épreuves radioscopiques furent pratiquées ; toutes décelaient au niveau du cricoïde, ou un peu au-dessous, un corps étranger qui ne pouvait être que le dentier dégluti. Malgré les instances de ses aides habituels, M. Gangolphe refusa d'intervenir immédiatement. Sur ces entrefaites, le malade rendit son dentier par la voie rectale, et la radioscopie montrait encore en place le corps étranger constaté auparavant : il s'agissait d'un petit goitre kystique. »

En résumé, et pour m'en tenir à ces huit observations, — sans y ajouter celle que j'ai eu l'occasion de vous lire jadis (corps étranger de la portion inférieure du pharynx, coquille d'escargot déglutie par une petite Arabe âgée d'un an), — nous avons passé en revue des exemples des plus instructifs.

De ces huit observations se rapportent à des corps volumineux, de surface sensiblement mousse, et pour lesquels la propulsion et l'expulsion par vomissement après cessation d'un spasme ont mis fin aux accès de suffocation que déterminait leur inclusion.

Les 6 autres ont trait à des corps de surface irrégulière, à angles plus ou moins acérés, corps volumineux ou petits, soit :

1 cas de corps cartilagineux, petit, triangulaire, fiché dans la muqueuse œsophagienne, enfoncé plus avant par des explorations multiples; péri-œsophagite infectieuse, ulcération de l'aorte, mort par hématomés.

1 cas de corps petit et piquant probable, avec traces de sang provenant sans doute d'une plaie œsophagienne; abstention systématique presque absolue, longues observations, survies.

1 cas d'os pointu probable ayant piqué et fait saigner la muqueuse œsophagienne; abstention, survies.

1 cas de corps irrégulier, volumineux, gros os, démarré par le panier; menaces de phlegmon du cou, survie.

1 cas de corps assez volumineux, probable, os de lapin; tentative infructueuse de démarrage avec le panier; survie (?).

Enfin, cas d'une pièce dentaire déglutie, rendue par la voie rectale; pas de signes cliniques, abstention malgré les radiographies positives; survie.

C'est-à-dire un exemple de mort par corps irrégulier et petit ayant ulcéré la zone dangereuse par excellence ou zone aortique.

Au moins un cas de corps irrégulier et volumineux extrait par le panier, ayant déterminé de l'infection consécutive, mais sans accident mortel (1 cas de pièce dentaire volumineuse rendue par voie rectale et sans incident).

Des cas de diagnostic douteux, mais issue fatale.

Après avoir médité ces enseignements et les travaux classiques à présent et connus de tous, de Poulet, Quénu et Hartmann, Notarea, Gangolphe, etc., j'ai adopté pour ma part la ligne de conduite suivante que je vous serai reconnaissant de vouloir bien discuter au besoin avec moi.

Le diagnostic de corps étranger de l'œsophage étant établi aussi exactement que possible (commémoratifs sérieux, radioscopie, douleurs et ses irradiations, mode de la déglutition des liquides, si elle est possible, gêne fonctionnelle, etc.), le chirurgien se trouve, au point de vue pratique, soit en présence d'un cas de corps étrangers de surface mousse, soit en présence de corps irréguliers de forme, acérés, pointus, dangereux par leurs pointes pour la muqueuse œsophagienne.

Quand il s'agit de corps mousses déterminant une gêne notable, qu'il importe de faire cesser rapidement, on tentera, suivant les cas, la propulsion, l'expulsion par vomissements (co-

caïne en badigeonnages, introduction des doigts), l'extraction; même après cinq ou six jours, *et pour les pièces de monnaie exclusivement*, nous userions du panier de de Graefe, ou mieux du crochet de Kirmisson, maniés avec prudence.

Dès que l'on suppose que le corps dégluti est de surface irrégulière dangereuse pour la muqueuse :

1° *Toute tentative d'extraction systématique est interdite*; une menace de phlegmon du cou peut ne pas tuer, mais une ulcération de la région aortique est le plus ordinairement au-dessus des ressources de l'art; il faut redouter à tout prix d'aider le corps étranger, même très petit, à blesser la muqueuse.

2° *Il ne faut pas faire d'exploration par principe*, sauf dans le cas où elle peut jouer un rôle moral pour rassurer un malade ou son entourage; il faut alors suivre les préceptes de M. Gangolphe rappelés tout à l'heure.

D'ailleurs, la conduite chirurgicale immédiate doit dépendre des *indications cliniques*, du degré des troubles fonctionnels.

S'agit-il d'un *corps irrégulier de forme et volumineux*, provoquant une grande *gêne respiratoire*, il faut agir chirurgicalement d'emblée, et plus ou moins vite suivant les symptômes. L'œsophagotomie cervicale basse permettrait d'atteindre jusqu'à la 5^e vertèbre dorsale environ (Gandolphe, Eve, Roux). La gastrotomie permettrait d'agir pour les corps situés vers la 8^e dorsale et au-dessous, et serait à conseiller pour éviter de blesser la plèvre intimement unie à l'œsophage à partir de la 8^e dorsale à droite. (Inciser aussi près que possible du cardia. Wilms.) La médiastinotomie postérieure, la droite, celle de Potarca, serait donc réservée aux cas de corps étrangers enclavés entre les 5^e et 8^e dorsales — (entre les 2^e et 10^e dorsales pour Potarca). — Il nous semble même qu'elle sera plus indiquée comme excellent moyen de drainage, car l'œsophagotomie par cette voie, à une telle profondeur, sera des plus difficiles. Tel cas semblable à celui que cite Potarca, dans lequel le drainage fait par le cou pour une collection médiastinale paracœsophagienne, bien assurée quand la malade était couchée la tête en position déclive, devint insuffisant quand l'intéressée se crut guérie et voulut reprendre ses travaux, ce qui amena sa mort, serait drainé au mieux par la voie médiastinale, en dépit du danger de pneumothorax ou de pleurésie purulente. —

Enfin, l'avenir est peut-être à l'acte chirurgical guidé par l'œsophagoscopie pratiquée dans la plaie d'une œsophagotomie cervicale, par analogie avec la bronchoscopie et la trachéotomie, et à l'extraction des corps étrangers après dilatation préalable de l'œsophage.

S'agit-il d'un corps volumineux, irrégulier, ne causant pas de troubles fonctionnels sérieux, il semble que l'on doive attendre en expectation armée, rechercher tous les signes cliniques possibles pour préciser le diagnostic de nature, de siège, etc. ; instituer une alimentation liquide ou semi-liquide, ordonner l'examen des selles, la prise des températures rectales, et, si l'on agit chirurgicalement, appliquer les indications que nous venons de voir.

S'il s'agit de corps irréguliers, mais petits, ne donnant pas lieu à des troubles fonctionnels graves, il faut attendre, s'abstenir de toute exploration systématique, ordonner le repos et le calme, l'alimentation liquide, la prise des températures rectales, l'examen des selles, etc.

Enfin, s'il y a des traces de sang soit dans la salive, soit sur un explorateur manié comme il a été dit, nous sommes à présent d'avis, au contraire de ce que nous pensions en 1902, d'attendre dans les conditions du précédent paragraphe, de résister à toute pensée d'exploration, métallique surtout, et de se tenir prêt à agir s'il se manifeste ultérieurement des signes d'infection œsophagienne ou périœsophagienne.

Séance du 23 mars 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

RÉSECTION TOTALE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR ; PROTHÈSE.

M. VALLAS. — Le jeune homme que je vous présente aujourd'hui a subi, l'an passé, dans mon service, la résection totale du maxillaire inférieur. Il était porteur d'un sarcome de la branche horizontale, pas très volumineux, mais ayant déterminé déjà une fracture spontanée de l'os. Les signes cliniques étaient ceux d'un sarcome à myélopaxes et en présence d'une tumeur de cette nature à malignité peu considérable, l'opportunité de la résection totale était à discuter. Une résection partielle, portant sur le fer à cheval seulement, était parfaitement justifiée.

Si je me suis décidé pour la résection totale, c'est uniquement pour des raisons relatives à la prothèse ultérieure. J'ai déjà fait un grand nombre d'opérations semblables avec le concours de M. Martin. Or, il m'avait souvent fait remarquer combien étaient gênantes les branches verticales du maxillaire inférieur, lorsqu'on les laissait en place. Attirées par les rétractions musculaires et cicatricielles vers l'intérieur de la bouche, elles deviennent un obstacle à la mise en place et au bon fonctionnement d'un appareil prothétique. Nous convînmes donc, avec M. Martin, de faire une résection totale et de placer immédiatement une pièce représentant l'os en entier.

Je veux attirer votre attention sur deux points du manuel opératoire que j'ai suivi, car ils ont de l'importance au point de vue prothétique.

Le premier consiste dans le placement de la ligne d'incision. Je ne la fais pas suivant le tracé classique qui suit le bord inférieur du maxillaire. Je la reporte à 2 cent. en arrière dans la région sus-hyoïdienne, et ceci afin d'éviter que la ligne de suture soit en rapport immédiat avec le bord de l'appareil prothétique mis en place. En effet, la pression de dedans en dehors exercée sur cette ligne tend à la disjoindre et, de ce fait, j'ai vu parfois des retards ennuyeux de la cicatrisation des parties molles.

En second lieu, et c'est la première fois que je me suis préoccupé de ce point, j'ai cherché à conserver sa musculature à la nouvelle mâchoire, afin que le malade retrouve rapidement ses mouvements actifs de mastication. Pour cela, j'ai respecté la bande de périoste, qui relie par dessous l'angle de la mâchoire, l'insertion du masséter et celle du ptérygoïdien interne. J'y suis arrivé en dénudant l'os à ce niveau, au détache-tendon, au lieu de me servir du bitouri. Ceci fait, j'avais, de chaque côté, une sangle contractile en forme de bât renversé, dans la concavité de laquelle M. Martin posa son appareil prothétique. Le résultat fut bien celui que j'attendais, car le malade, au bout de quelques jours, pouvait déjà actionner sa mâchoire artificielle.

Voici plus d'un an que cette opération a été faite et vous pouvez constater que le résultat est très satisfaisant. Le profil du menton est régulier, la cicatrice, dissimulée dans la région sus-hyoïdienne, ne se voit pas et le fonctionnement est bon, puisque le sujet ouvre et ferme la bouche à volonté et se sert de son appareil pour manger. Le résultat est même tel que le jeune homme a été pris au conseil de révision et qu'il est venu me demander un certificat attestant l'affection pour laquelle il a été opéré. C'est à cette circonstance que je dois de pouvoir vous le présenter aujourd'hui.

M. MARTIN. — J'insiste encore une fois, à propos de ce cas, sur la nécessité de combattre la rétraction cicatricielle, toujours rapide et très considérable, entre l'époque de l'opération et celle où l'on pratique la prothèse secondaire. Chez ce malade, j'avais appliqué une pièce d'attente, en étain, lourde de 170 gr. et néanmoins la rétraction s'est faite

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES CORPS ÉTRANGERS
DE L'ŒSOPHAGE.

M. BÉRARD. — Je suis heureux de profiter de l'occasion qui m'est offerte par la communication de M. Ecot, pour préciser certaines indications opératoires que nous avons formulées, M. Leriche et moi, dans un récent article de la *Semaine médicale*, et qui avaient soulevé les protestations d'un des chirurgiens les plus autorisés en la matière, M. le Prof. Kirmisson.

Nous avons soutenu que, dans le cas d'un corps étranger dans l'œsophage, chez l'enfant tout spécialement, la conduite du chirurgien devrait être la suivante :

Pendant les quarante-huit premières heures, *expectation attentive*, s'il n'y a pas d'accidents menaçants de suffocation, de douleurs, d'infection.

Durant cette période d'attente, administration de bouillies épaisses et de purées pour essayer de faire cheminer le corps étranger vers l'estomac. Nombre de corps étrangers, anguleux et mousses peuvent être ainsi évacués.

A ce moment comme plus tard, les vomitifs nous paraissent contre-indiqués. En effet, si les régurgitations spontanées ont amené souvent le rejet du corps étranger, lorsqu'il est encore pharyngé plutôt qu'œsophagien, les contractions brusques et répétées, provoquées par les vomitifs, ne servent d'ordinaire qu'à fixer davantage le corps étranger dans les tuniques œsophagiennes et à accroître le spasme déjà si gênant.

C'est en général au deuxième ou au troisième jour, après l'échec de ces petits moyens, que les malades nous sont amenés à l'hôpital. Et le précepte de Terrier doit alors leur être appliqué dans son intégrité : « Ainsi que dans la hernie étranglée, dans le cas de corps étranger de l'œsophage, le chirurgien ne doit quitter son malade qu'après l'avoir délivré du danger qui le menace ». Nul n'est autorisé à compter sur la prétendue tolérance de l'œsophage pour user de la temporisation; trop d'exemples désastreux le prouvent.

Que faire alors ? D'abord s'assurer que le corps dégluti n'est pas descendu dans l'estomac. La douleur souvent renseigne sur ce point. Mais actuellement deux méthodes peuvent nous donner des indications plus précises : la *radiographie*, pour les corps opaques aux rayons X (os, métal); l'*œsophagoscopie*, dans tous les cas, disent ses partisans. Par ces moyens d'investigation, on arrive à reconnaître que, 9 fois sur 10, pour ne pas dire 95 fois sur 100, avant toute exploration intra-œsophagienne intempestive, le corps dégluti s'arrête au contact du premier rétrécissement œsophagien, immédiatement au-dessus du sternum.

Le passage d'olives, d'éponges, de sondes est d'ordinaire inutile. Ces instruments, tantôt passent à côté du corps étranger sans le signaler,

tantôt l'appliquent plus étroitement contre les parois du conduit, et surtout ils risquent de le refouler dans la portion thoracique où l'extraction instrumentale devient ensuite beaucoup plus difficile. La sonde et l'olive seront donc réservés aux praticiens dépourvus de toute autre instrumentation ; ils seront maniés avec la plus grande douceur, même si l'on veut s'en servir pour refouler dans l'estomac certains corps inoffensifs. Nous n'admettrions le refoulement que pour des corps mousses, d'un diamètre tout au plus égal à celui de l'œsophage aplati et pour les bols alimentaires trop volumineux avalés gloutonnement.

Ce n'est pas à dire que la radioscopie et l'œsophagoscopie ne se trouvent jamais en défaut ; nous connaissons tous des erreurs de radiographies. Quant à l'œsophagoscopie, il n'y a que quelques semaines encore, M. Garel m'a adressé pour l'opérer, une jeune femme chez laquelle cette méthode s'était trouvée en défaut ; le tube n'avait pu être introduit qu'au prix des plus vives difficultés chez cette malade grasse au cou engoncé et court, dont la tête ne pouvait pas être assez rejetée en arrière. En outre l'examen par le tube n'avait pas décelé le corps étranger, un os plat et pointu, que l'instrument avait inclus sous un large repli de la muqueuse œsophagienne, ainsi que je le constatai au cours de l'œsophagotomie qui me fut imposée dès le lendemain par des douleurs très vives et de la fièvre, 39°, 1.

Le corps étranger repéré, comment l'extraire ? C'est là le point en litige. Passera-t-on par les voies naturelles, préférera-t-on l'œsophagotomie externe ? Si l'on en croit Rosenheim et von Hacker, dans quelques années, quand tous les médecins sauront se servir de l'œsophagoscope, c'est avec lui et à travers lui que tous les corps étrangers seront cueillis dans l'œsophage sous le contrôle de la vue. Cette perspective est des plus réconfortantes, mais en admettant même que toutes les difficultés de technique soient résolues, il y aurait sans doute nombre de cas où le mauvais état des parois œsophagiennes, constaté à l'œsophagoscope, rendrait l'opérateur circonspect et lui ferait interrompre ses manœuvres : c'est ce qui est arrivé à Löblein, et l'an dernier à M. Garel, chez un petit garçon qu'il me fit œsophagotomiser pour extraire un sou.

D'ailleurs l'œsophagoscope, pour le moment, n'est pas encore un instrument de trousse, ni même d'arsenal chirurgical ; de rares spécialistes le possèdent en France.

Et sans préjuger de l'avenir, si nous envisageons les cas qui peuvent se présenter à nous demain, nous devons pour extraire un corps étranger œsophagien recourir aux instruments et aux méthodes courants, soit aux divers modèles de pinces, soit au panier de de Graefe, soit aux crochets, et en particulier celui de Kirmisson, soit enfin à l'œsophagotomie. Nous laisserons de côté les corps intra-thoraciques profonds qui, je le répète, ne se rencontrent pas une fois sur vingt d'emblée, avant toute exploration fâcheuse, et qui imposent des indications spéciales.

La gastrotomie a fait ses preuves pour l'ablation des corps étrangers fixés au voisinage du cardia ; par l'œsophagotomie externe, on a pu avec la pince retirer des corps déjà parvenus à mi-hauteur du thorax. Quant aux œsophagotomies transmédiastines, elles ne semblent pas devoir passer du domaine du dilettantisme expérimental à la réalité clinique : nous leur préférons l'ablation par l'œsophagoscopie combinée, s'il le faut, à l'œsophagotomie externe, ainsi que nous l'avons préconisée avec M. Garel.

Tenons-nous-en donc aux cas habituels et aux instruments courants.

Avec la pince, en particulier avec le dernier modèle si ingénieux de M. Collin, j'ai retiré chez un enfant un sou engagé dans l'œsophage au-dessous du cricoïde, en m'aidant de la position en hyperextension de Rose, pour atteindre du bout de l'index gauche la tranche du sou, et pour orienter ainsi mes prises. Nombre de succès analogues ont été enregistrés, surtout lorsqu'on pouvait se guider sur le miroir pharyngé.

Pourtant presque toujours on a recours d'emblée au panier de de Graefe ou au crochet.

Le panier de de Graefe, honni par les uns, vanté hautement par les autres, et non par les moindres, puisqu'il compte MM. Vincent, Broca et Félizet parmi ses défenseurs, nous paraît devoir être condamné sans appel : avec son articulation folle au bout de la tige, il s'incline d'ordinaire sur l'axe de l'œsophage pour s'enfoncer comme un hameçon dans les tuniques de ce conduit avec le corps étranger qu'il a accroché. Il exige un doigté exceptionnellement délicat, presque un don chez l'opérateur, pour être relativement inoffensif. S'il n'a jamais causé de déboires à M. Broca, peu de médecins ou de chirurgiens pourraient en dire autant. Nous avons le devoir d'insister sur ses dangers.

M. Kirmisson en jugeait ainsi, quand il fit construire son crochet, monté sans articulation sur une tige métallique souple. Son instrument est certainement plus inoffensif que le panier ; mais bien que nous n'en ayons pas assez d'expérience pour le juger sans preuve, il nous semble passible des reproches que l'on est en droit d'adresser à tout instrument qui agit au hasard sans contrôle. Peut-être consentirions-nous à l'utiliser pour un sou ou pour un corps moussé ; ce ne serait pas sans inquiétude cependant. Et en tous cas nous nous refuserions absolument à l'introduire dans un œsophage déjà occupé par un corps étranger à arêtes vives.

A ce sujet, M. Kirmisson nous a incriminé d'avoir travesti sa pensée lorsque nous lui avons fait dire que le crochet, pour dépasser le corps étranger, suit une rigole œsophagienne antérieure, alors qu'il s'engage en réalité, d'après lui, dans une rigole postérieure. Nous avouons cette erreur de typographie, qui a prêté à M. Kirmisson l'opinion de M. Gross et réciproquement. Il ne nous semble pas pourtant que toute la question repose sur cet argument basal lapidaire : « La rigole est postérieure, le

crochet s'y engage et dès lors devient inoffensif. » En réalité, la rigole est virtuelle ; elle se fait où la pression s'exerce, sur la paroi antérieure aussi bien que sur la postérieure. Et même avec toutes les certitudes en faveur d'une rigole postérieure, je ne sais pas si j'y engagerais le crochet avec plus d'enthousiasme.

Reste donc l'œsophagotomie externe. Que lui reproche-t-on ? Elle est, disent ses adversaires, souvent inutile, de pratique assez difficile, et de suites incertaines.

Qu'on la juge inutile, ou du moins prématurée quand au deuxième ou au troisième jour le malade n'a pas de fièvre, pas de douleurs, pas de signes d'infection, nous le comprenons. Et pourtant, dans ces conditions, si le corps étranger peut accrocher la paroi au passage, même par conséquent pour une pièce de monnaie assez large, nous préférons l'œsophagotomie à l'extraction par les voies naturelles au panier ou au crochet, toutes les fois que nous y serons autorisés par le patient ou son entourage s'il s'agit d'un enfant.

S'il y a de la fièvre ou des signes d'infection, on ne discute plus. Mais alors nous estimons qu'il est déjà trop tard ; l'œsophagotomie n'est plus une opération choisie, mais imposée pour le drainage. Et c'est dans ces conditions, en effet, qu'elle peut être difficile et surtout dangereuse dans ses suites.

Quand, au contraire, la paroi œsophagienne n'est ni sphacélée, ni incluse dans une masse phlegmoneuse, l'œsophagotomie externe est d'une extrême simplicité et d'une bénignité à peu près absolue, soit chez l'adulte, soit chez l'enfant.

En deux ans, dans mon service de la Charité, elle a été pratiquée 10 fois ; dans 2 cas par mon ami le Dr Thévenot, dans 8 par moi-même. Nous n'avons eu qu'une mort, soit 10 pour 100 ; et encore s'agissait-il d'un sou avalé depuis quatre jours par une petite fille qui nous fut amenée avec de la bronchite, avec un température de 38°5, et qui succomba quatre semaines après l'opération, à la continuation de ses accidents pulmonaires. Chez l'adulte, j'ai fait, il y a un mois, une œsophagotomie pour un os pointu avalé par une jeune femme de 24 ans. Depuis trois jours la malheureuse souffrait atrocement, elle avait le matin de l'opération des frissons et 39° ; elle guérit en quinze jours.

La seule précaution à prendre, dans le manuel opératoire, est d'opérer à sec, ce que j'ai fait toujours facilement, et de fermer par un surjet au catgut la brèche œsophagienne en drainant pendant quatre à cinq jours la plaie cutanée par un meche laissée au point déclive. Chez deux enfants j'eus ainsi une réunion immédiate de l'œsophage ; chez les autres opérés, la fistule alimentaire se tarit en moyenne au onzième jour ; une seule fois elle persista deux mois. Et pourtant l'alimentation buccale était reprise au bout de 48 heures.

Quant aux dangers de l'œsophagotomie, à ses complications telles que

la bronchopneumonie et les hémorragies secondaires, certainement on les éviterait presque toujours si l'on n'attendait pas pour opérer d'avoir la main forcée par l'infection déjà réalisée. De tels malades meurent malgré l'œsophagotomie et non à cause d'elle. C'est l'œsophagotomie de drainage qui a des suites parfois fâcheuses; mais l'œsophagotomie d'extraction doit être innocentée.

Bref, jusqu'au jour où l'ablation directe par l'œsophagoscope aura reçu de tous les chirurgiens le droit de cité, tant que nous ne serons ni outillés, ni assez éduqués, pour l'exécuter avec la maîtrise de certains spécialistes allemands (qui auront peut-être aussi leurs déboires), je crois pouvoir maintenir, avec MM. Nové Jossierand et Albertin, nos conclusions premières.

Il vaut mieux donner aux médecins l'impression très réelle qu'un corps étranger de l'œsophage réclame souvent l'examen et le secours du chirurgien, que de les engager par notre silence à ne pas tenir compte des dangers du panier dont ils se servent presque tous sans réserve.

S'ils veulent extraire les pièces de monnaie avec le crochet de Kirmisson, nous leur dirons que le succès est souvent possible, mais que la manœuvre comporte des risques et périls. Et, en tous cas, nous serons probablement dans le vrai quand nous préfererons une opération faite posément au grand jour, bien réglée, à un accrochage hasardeux, sans contrôle, soumis à de multiples contingences, à l'émotion du praticien et aux réactions de défense du patient.

M. VINCENT. — J'accepte l'argumentation de M. Bérard en faveur de l'œsophagotomie dans les conditions qu'il a énoncées, à savoir : lorsque un corps étranger séjourne depuis un certain temps dans l'œsophage et qu'il y a déterminé de l'inflammation de la muqueuse, lorsque sa surface ou sa forme sont de nature à blesser grièvement les tissus lorsqu'on essaie de les extraire avec une certaine violence.

Je demande à faire connaître quelques faits de ma pratique. Tout d'abord sur l'emploi des vomitifs.

Voici un fait : Étant interne à l'hôpital de la Croix-Rousse, je fus appelé par mon collègue de garde auprès d'un vieillard qui avait des crises de dyspnée très inquiétantes au milieu de la nuit. Mon collègue de médecine lui avait administré plusieurs injections d'apomorphine.

Les efforts de vomissement qui en furent l'effet étaient accompagnés d'une dyspnée telle qu'il y avait lieu de craindre un dénouement fatal. Le caractère de l'inspiration chez ce vieillard me fit penser à la présence du corps étranger au voisinage de la glotte.

Comme le cas pressait, je plongeais ma main dans l'arrière-gorge et j'eus la satisfaction d'extraire une rondelle de saucisson crû de Lyon qui était engagée à l'entrée du pharynx et qui se rabattait comme une seconde épiglotte sur le larynx à chaque inspiration. Cette extraction manuelle valut mieux qu'un vomitif.

Chez les enfants comme chez les grandes personnes, il y a un élément spasmodique, ou, si l'on veut, une tolérance extrêmement variable. Tel sujet déglutira n'importe quoi sans difficulté, tel autre de même âge retiendra captif dans son œsophage un objet de même volume et de même nature. Ma conduite a été l'expectation pour les corps pointus, tels que des clous, des arêtes, des aiguilles, des épingles, ou pour les dentiers et corps à aspérité du même genre. Je n'ai jamais eu à intervenir : mes cas se sont terminés par le cheminement et l'issue spontanée par les voies naturelles.

Comme moyen de diagnostic, je n'ai jamais eu recours à la radioscopie, ni à l'œsophagoscopie, à la façon de von Hacker. Cette dernière me paraît en général un supplice inutile pour le patient. Je me servais pour confirmer le diagnostic et déterminer l'existence du corps étranger et son siège dans l'œsophage; non point d'une baleine à bout olivaire, mais simplement d'une sonde urétrale plombée qui ne blesse pas, qui triomphe facilement du spasme et qui refoule le corps étranger du côté de l'estomac, s'il est mobilisable de ce côté-là. Je déclare que je repousse l'emploi du panier de de Graefe et des pinces, même celles du Prof. Ollier, pour les corps piquants quels qu'ils soient. Je les abandonne à eux-mêmes si, dans une tentative très douce, je n'ai pas pu les faire glisser avec la sonde plombée ou quelquefois avec une tige flexible se terminant par une éponge.

Quant aux corps ronds, tels que des sous, des médailles et autres objets analogues, je les ai toujours extraits avec le plus grand bonheur au moyen du panier de de Graefe, soit en laissant les enfants assis, soit en leur donnant la position de Rose. Si l'on veut réussir, il faut procéder avec douceur; il faut choisir un panier adapté à l'âge du sujet, par conséquent qui ne soit pas trop gros, tirer doucement à soi lorsque la prise est bien facile, en imprimant à la tige de petits mouvements de droite à gauche et de gauche à droite, grâce auxquels on franchit les écueils, tenant des angusties naturelles et de la saillie cricoïdienne.

Je ne connaissais pas avant la description de M. Bérard une scène comparable à celle de l'évidement d'un poisson. Je ne crois pas avoir extrait de l'œsophage avec le panier de de Graefe plus d'une quinzaine de pièces de monnaies ou médailles pendant mes dix-huit années de majorat. N'ayant jamais eu de complication ni d'accident, j'ai cru devoir vous le rapporter comme témoin à décharge dans ce débat, où M. Bérard a fait un réquisitoire contre le panier de de Graefe avec l'intention de le jeter au panier, condamnation qui me paraît injuste et regrettable.

Séance du 30 mars 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. BÉRARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

CANCER DU COL ET GROSSESSE ; HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE.

M. Auguste POLLÖSSON présente une observation récente d'hystérectomie pratiquée pour un cancer du col chez une femme enceinte de quatre mois.

OBSERVATION : M^{me} D..., femme Ch..., âgée de 34 ans, mariée à 26 ans, a eu quatre enfants, le dernier il y a trois ans. Jamais de fausse couche. Elle est donc actuellement dans sa cinquième grossesse. Les dernières règles ont eu lieu le 1^{er} novembre 1904 et l'intervention le 7 mars 1905. Les signes du néoplasme d'après les commémoratifs sont antérieurs de deux mois à la grossesse : pertes sanguines après le coït, petites hémorragies irrégulières entre les époques, pertes blanches à odeur légèrement fétide. Depuis le mois de novembre, il y a eu encore des pertes irrégulières, mais qui n'ont jamais eu le caractère et la régularité des règles. Amaigrissement. Pâleur.

A l'examen on constate un globe utérin, dont le développement correspond à une grossesse de quatre mois. Le col est détruit en grande partie par un néoplasme bourgeonnant, dont la surface malade atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs ; les deux lèvres sont envahies.

Opération le 7 mars 1905. Dans un premier temps on fait un raclage et une cautérisation au thermocautère de la surface du néoplasme. On se rend compte à ce moment que la tumeur s'étend dans la direction de la vessie et on prévoit de ce côté des difficultés opératoires.

Laparotomie (M. Aug. Pollosson). Incision médiane remontant au-dessus de l'ombilic. L'utérus est attiré en dehors. On fait la ligature du ligament large droit et du ligament rond correspondant; même conduite du côté gauche.

A ce moment, on incise le péritoine dans le cul-de-sac vésico-utérin; on décolle la vessie avec une facilité remarquable. En poursuivant le décollement à droite et à gauche, on voit très nettement les utérines dont le volume est notablement augmenté et sur lesquelles on place des ligatures isolées. Latéralement, le clivage de l'utérus se fait avec une facilité notablement plus grande que dans des opérations semblables en dehors de la grossesse, au point qu'il ne semble pas nécessaire de faire une dissection minutieuse des uretères, qui se trouvent évidemment en dehors du décollement pratiqué. On complète en arrière la section du péritoine au fond du Douglas. Le vagin, étant libéré de tous côtés dans sa moitié supérieure, est saisi transversalement par une grande pince coudée, au-dessous de laquelle est pratiquée la section. Le vagin est repéré avec des pinces. L'utérus est donc extirpé en totalité sans césarienne préalable, et d'autre part le cancer est enlevé *en vase clos*, grâce à l'ablation concomitante du dôme vaginal. On place dans la portion inférieure du vagin une mèche par dessus laquelle on suture le péritoine pelvien et la paroi abdominale est réunie par trois plans de suture. Dans une exploration de la paroi postérieure du pelvis, on ne constate la présence d'aucun ganglion.

L'opération a duré dans l'ensemble 1 heure 10, sutures comprises.

Il est évident qu'elle a été plus facile qu'une opération semblable en dehors de la lésion.

A l'examen de la pièce, on constate que l'induration cancéreuse se trouve très notablement dépassée dans tous les sens; la section de la tranche vaginale dépasse l'ulcération cancéreuse de 2 centimètres dans tous les sens. A l'examen histologique, on constate qu'il s'agit d'un épithélioma du type ectodermique.

Les suites opératoires ont été tout à fait simples. La température est montée le lendemain soir à 38°,2, et le jour suivant, après l'ablation de la mèche, à 38°,4 (temp. rectale). A partir de ce moment, la température a oscillé entre 37° et 37°,6.

M. POLLOSSON rappelle une autre observation analogue, publiée dans la thèse de Gailly (Lyon, 1900).

Il s'agissait d'une femme de 21 ans, qui se trouvait déjà dans sa quatrième grossesse. Les premiers symptômes du néoplasme remontaient à huit mois au moment de l'opération et la grossesse était de cinq mois. A deux mois et demi de grossesse, cette malade fut traitée par M. le Dr Condamin, qui avait renoncé à une intervention et avait pratiqué sur le

col des cautérisations au chlorure de zinc. Les pertes reparurent bientôt, accompagnées de douleurs violentes et constantes, qui lui firent réclamer une intervention. Elle fut opérée, par M. Auguste Pollosson, en février 1900. La surface cancéreuse occupait une surface comme la paume de la main ; mais les culs-de-sacs vaginaux étaient restés souples, et les ligaments larges ne paraissaient pas envahis. Raclage de la tumeur. On essaye de pratiquer la « *péritomie* », c'est-à-dire l'incision circulaire des culs-de-sacs vaginaux ; les dimensions du vagin, très large en haut, étroit à la vulve, la rend impossible. On doit se borner à ouvrir le cul-de-sac postérieur et à amener l'ouverture du cul-de-sac antérieur sans toucher aux latéraux.

On pratique alors une laparotomie et l'on enlève l'utérus et son contenu par une hystérectomie totale. Au cours des manœuvres, il se fit une déchirure dans le tissu cancéreux. On dut extirper secondairement le reste de la masse néoplasique, toujours par voie abdominale. Au cours de ces manœuvres, la vessie fut ouverte. On la referma par une suture à deux plans. On termine en faisant un drainage abdomino-vaginal et un tamponnement à la Mikulicz.

Les suites opératoires furent tout à fait simples. L'état général s'améliora et les douleurs disparurent, mais trois mois après l'opération, une récurrence eut lieu dans la cicatrice vaginale.

Le cas que je présente aujourd'hui se présente dans des conditions plus favorables que le premier et permet d'espérer une survie prolongée ou une guérison définitive. D'autre part, l'opération a été faite avec une technique plus régulière se rapprochant de l'opération de Wertheim.

Cette observation permet quelques réflexions générales sur la conduite à tenir dans les cas de cancer et grossesse.

Tout d'abord faut-il dans ces cas avoir recours à un traitement opératoire ? En France, MM. Bouilly, Pinard en 1901, avaient exprimé devant la Société d'obstétrique de Paris une opinion négative. Considérant la gravité des opérations, mais surtout la fréquence des récurrences, ces auteurs ont préconisé l'abstention systématique.

Nous ne pouvons souscrire à une opinion aussi découragée, et déjà en 1900 je pensais que « lorsque le cancer peut être considéré comme opérable, il faut intervenir sans retard et ne pas hésiter, si c'est nécessaire, à sacrifier l'enfant ». Cette opinion mériterait à peine d'être émise ; mais en France les partisans de l'abstention sont encore nombreux et les cas d'intervention sont rares.

En Allemagne, la question est depuis longtemps tranchée dans le sens interventionniste. Dans le livre classique de Veit, O. Sarwey écrivait en 1899 un article documenté sur le traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse. A cette époque des cas déjà nombreux avaient donné non seulement des résultats opératoires satisfaisants, mais des guérisons durables.

Postérieurement les travaux de Hense (*Zeits. f. G. und G.*, 1901), de Glockner (*Beiträge Hegar's*, Bd. VI, 1902), de Orthmann (*Monatsch. f. G. und G.*, Bd. XVIII, 1903) ont apporté de nouveaux faits qui confirment la possibilité de résultats durables.

Récemment, MM. R. et A. Condamin (*Annales de Gynécologie*, mars 1905) ont rassemblé les cas publiés auxquels ils ont ajouté trois cas personnels et sont venus défendre en France la thèse interventionniste.

Il faut discuter à présent quelle est la voie chirurgicale par laquelle on doit aborder les cancers compliqués de grossesse. O. Sarwey, dans son article de 1899, résumait la question de la façon suivante :

Pendant les quatre premiers mois (mois lunaires de vingt-huit jours) l'accord est fait, on reconnaît l'hystérectomie vaginale totale exécutée sans retard et le plus largement possible.

Pendant les 5^e, 6^e et 7^e mois (toujours mois lunaires) les conduites varient :

A) Certains auteurs font l'hystérectomie abdominale totale.

B) D'autres font une hystérectomie abdomino-vaginale combinée, enlevant par l'abdomen le corps utérin et extirpant par le vagin le moignon cervical.

C) Un troisième groupe de chirurgiens pratique l'hystérectomie vaginale totale immédiatement après l'avortement provoqué ou spontané.

Quant à la conduite ancienne d'après laquelle on provoquait l'avortement pour pouvoir quelque temps après faire l'hystérectomie vaginale, on considère que cette méthode en deux temps doit être laissée de côté et remplacée par une des conduites précédentes.

Pendant les 8^e, 9^e et 10^e mois (lunaires) de la grossesse, le fœtus est viable, on doit considérer les deux vies de la mère et

de l'enfant. On pratique alors une césarienne abdominale ou vaginale, et l'utérus est extirpé, soit par voie vaginale, soit par voie abdominale, soit par voie combinée.

Je ne parle pas des cancers inopérables où la vie de l'enfant devient la préoccupation dominante. Dans ces dernières années, c'est l'hystérectomie vaginale qui a été pratiquée le plus souvent et avec le plus de succès. On s'est aperçu d'une façon progressive que la voie vaginale était applicable dans des cas où primitivement on croyait son utilisation impossible. Les conditions particulières résultant de la grossesse, la souplesse de la vulve et du vagin, le clivage plus facile de l'utérus au niveau des ligaments larges ont étendu le domaine primitif de l'hystérectomie vaginale. Dans leur article déjà cité, MM. R. et A. Condamin se déclarent partisans presque exclusifs de l'opération vaginale. A l'heure actuelle, les observations d'hystérectomies vaginales sont les plus nombreuses; c'est elle qui a donné le plus grand nombre de succès opératoires et aussi de guérisons définitives. Les observations d'hystérectomie abdominale sont moins nombreuses, la mortalité est plus considérable, les récurrences plus fréquentes. Si l'on jugeait la question par les documents actuels, elle devrait être tranchée en faveur de l'hystérectomie vaginale.

Mais je crois qu'il y a lieu de tenir compte à l'heure actuelle de considérations autres que celles qui se dégagent des observations.

Si l'on envisage la question générale de l'hystérectomie pour cancer en dehors de la grossesse, je suis convaincu que le mouvement actuel de la chirurgie nous entraîne vers l'adoption plus fréquente, peut-être exclusive de l'hystérectomie abdominale. Il n'y a pas de doute que l'opérabilité est plus étendue par les opérations abdominales, et cette même opérabilité plus grande s'applique évidemment aussi aux cas de cancer compliqué de grossesse. Nous voyons, en effet, des chirurgiens partisans de la voie vaginale attaquer par la voie haute des cas qui leur ont semblé inopérables par le vagin.

L'opération se fait d'une manière plus large; les limites du mal sont plus largement dépassées, le paramétrium est enlevé d'une façon plus étendue, des ganglions peuvent être extirpés, et si l'on procède en fermant le vagin par des pinces avant de

le sectionner, les greffes opératoires, sources de récidives fréquentes, sont plus sûrement évitées.

Toutes ces considérations s'appliquent évidemment aux cancers compliqués de grossesse.

Quant aux résultats opératoires ils doivent bénéficier d'une façon évidente de la technique meilleure des méthodes nouvelles.

Si les résultats des opérations abdominales sont à l'heure actuelle dans leur ensemble si mauvais, c'est qu'on leur a réservé les cas les plus défavorables; c'est aussi parce qu'il faut compter un grand nombre d'observations anciennes antérieures à la phase de l'hystérectomie vaginale, opération pratiquée avec une technique et dans des conditions chirurgicales tout à fait défavorables. Nous croyons qu'à l'avenir, et dès l'heure présente, nous devons faire bénéficier les cancers utérins compliqués de grossesse des avantages de la voie haute.

*
* *

DISCUSSION SUR LES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE.

M. TIXIER. — Voici une pièce de 50 centimes que j'ai retirée vendredi dernier de l'œsophage d'un jeune garçon de 15 ans. L'extraction en a été simple et facile.

Vendredi, à onze heures du matin, se présentait dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, un jeune employé de soierie qui me déclara qu'en jouant il avait avalé une pièce de 50 centimes. Le corps du délit ne semblait pas le gêner, car c'est en riant qu'il racontait son aventure. Devant nous il se mit à boire avec facilité de l'eau qu'on lui présentait. Il accusait une légère douleur au-dessus de la fourchette sternale : aucun autre symptôme. L'accident datait d'une heure à peine.

J'avoue que j'hésitais à croire qu'une pièce aussi petite ait pu s'arrêter dans l'œsophage d'un garçon de quinze ans. Aussi immédiatement avant tout autre examen, je priais M. Barjon de radiographier le cou du malade. La pièce était arrêtée au lieu d'élection au-dessus de la fourchette sternale. Que faire ?

La veille, on avait tellement dit du mal, ici même, de l'extraction par les voies naturelles de ces malheureux corps étrangers, que je craignais de paraître très audacieux en introduisant un instrument quelconque dans cet œsophage. Cependant le cas était bien tentant : une heure à peine s'était écoulée depuis l'accident et aucun symptôme grave ne se révélait.

Aussi je fis chercher le crochet de M. Kirmisson : malheureusement il était entre les mains d'un chirurgien et on ne trouvait à l'Hôtel-Dieu que le panier de de Græfe. Fallait-il donc reculer devant cette pièce ?

Un peu de cocaïne sur le voile du palais, mon index gauche sur la base de la langue, le panier dans l'œsophage, la pièce dehors en une minute : ce fut la fin de ce petit drame.

J'avais évidemment eu la sensation d'accrocher légèrement, mais en faisant exécuter une rotation minime à l'instrument, en forçant l'extension du cou du malade, cet ennemi avait été tellement passager !

Messieurs, ce cas ne signifie rien, car ce n'est pas avec une observation qu'on tranche des questions de thérapeutique chirurgicale. Aussi puisque la discussion est ouverte sur cette question, je me permettrai de vous exposer mon opinion.

Avec les instruments, pinces dans un cas pour un noyau de pêche arrêté dans le pharynx, panier pour des sous, j'ai eu des succès. Avec l'œsophagotomie j'ai vu enlever des corps étrangers, et une fois avec mort par broncho-pneumonie. Je ne discuterai pas chaque observation, chaque fait clinique pour défendre telle ou telle théorie. Pour moi, les indications thérapeutiques ne doivent pas être fondées sur des tendances d'école, mais sur les données cliniques de la chirurgie générale.

Quand un malade a depuis quelque temps un corps étranger dans l'œsophage, qu'il présente une très légère élévation de température, des signes d'infection, *a fortiori* quand nous savons que le corps étranger est dangereux par ses aspérités, nous exécutons l'œsophagotomie sans hésiter. Cette opération a pour but alors non seulement d'enlever le corps du délit, mais de drainer une région dont l'infection est excessivement dangereuse. C'est la conduite qu'on met en pratique pour tous les conduits de l'organisme.

Quand on contraire il s'agit d'un corps moussé, comme une pièce de monnaie, que l'accident est récent, très récent comme pour mon jeune homme à la pièce de 50 centimes, qu'il n'y a aucun signe local ou général d'infection, je crois que les appareils extracteurs maniés par une main chirurgicale sont de mise et donnent des succès à très peu de frais.

Telle est mon opinion très brièvement résumée : le bon sens du chirurgien le mettra à l'abri de toutes les exagérations en faveur de l'une ou l'autre méthode.

M. DESTOT. — En raison de ma spécialité, j'ai eu l'occasion depuis 1896 de voir un nombre considérable de corps étrangers les plus bizarres et les plus baroques.

Quand il s'agit de corps métalliques, la radioscopie rend les plus grands services, mais encore faut-il distinguer les petits corps piquants, épingles, aiguilles, des sous et des médailles. La petitesse du corps fait souvent qu'il échappe. Il faut remarquer que le système stylo-hyoïdien est très développé chez certains sujets et peut induire en erreur.

Pour les sous et les médailles il existe des différences de tolérance extraordinaires. Une pièce de 50 centimes détermine des spasmes et un gros sou est toléré pendant six mois sans réaction.

M. Vincent dit qu'il n'a retiré que quinze sous pendant son majorat à la Charité au moyen du panier de de Graefe. Ce chiffre est très faible, et certainement je vois à la Charité par an plus de quinze sous. Ce fait démontre qu'avant l'emploi de la radioscopie beaucoup de sous échappaient et c'étaient les plus graves. On voit le plus souvent arriver des parents qui prétendent que leur enfant a avalé un sou, et s'ils sont de la campagne, ils arrivent huit ou quinze jours après l'accident. L'enfant boit, mange et ne paraît nullement incommodé. On passe une sonde, on ne sent rien et le panier de de Graefe remonte à vide. Cependant la radioscopie montre que le sou est bien au lieu d'élection, mais il est enveloppé par la muqueuse qui forme bourrelet.

J'ai vu chercher des sous soit avec des pinces sans résultats, soit avec le panier de Graefe sans résultats. J'ai vu mourir des enfants chez lesquels on avait fait du refoulement.

La radioscopie n'est pas toujours sans reproche. J'ai vu un enfant qui avait avalé un dé. Comme il était fort difficile à tenir, on examina rapidement le cou et le thorax, et je déclarai que je ne voyais rien. Quatre jours après l'enfant rendit le dé à coudre qui s'était logé dans le cavum. Pour les dentiers, le problème est très difficile en raison de la semi-transparence de ce corps. Je rappelle une observation de M. Gangolphe dans laquelle la malade était porteur d'un petit goitre kystique dont l'ombre en imposait pour un dentier. Mais il est des manières de mettre en évidence même un dentier. Il suffit de faire avaler une pâte épaisse de bismuth qui s'arrête au niveau du corps et le rend ainsi plus sensible.

Je rappelle la gravité des fragments d'os qui sont horriblement septiques. La variété des corps étrangers de l'œsophage est incroyable. Outre les bols alimentaires trop gros, comme cette colonne vertébrale de lapin que j'eus l'occasion de voir avec M. Garel, voici une nomenclature que j'ai pu voir : sous, médailles de piété, aiguilles, épingles, épingles anglaises, crochets à boutons de gants, boutons de manchettes, têterelle avec son disque d'os, pierres, billes, dentier, fragments d'os, canules, et jusqu'à un œil de verre.

Ce qui complique la question, c'est que quelquefois le corps étranger est passé en faisant une légère ulcération et le malade en conserve la sensation malgré tout ce qu'on peut lui dire. C'est ainsi que j'ai vu un prêtre qui prétendait avoir avalé un os de grive et que j'examinai à plusieurs reprises. Quelque temps après survinrent des ganglions symptomatiques d'un cancer de l'œsophage.

M. Écor. — Je suis heureux d'avoir provoqué les communications aussi intéressantes que judicieuses de MM. Bérard, Vincent, Tixier,

Destot sur les corps étrangers de l'œsophage, et d'avoir en particulier donné l'occasion à M. Bérard de s'expliquer à nouveau sur cette importante question de chirurgie d'urgence.

Toutefois, de par ces communications elles-mêmes et de par mes observations personnelles, j'estime qu'une *formule chirurgicale unique ne varietur est inacceptable*. Sans doute elle serait commode et désirable, surtout pour les intéressés, mais une loi unique ne peut être généralisée à tous les cas et les indications vitales doivent avoir ici, plus qu'ailleurs peut-être, une importance primordiale.

Le diagnostic ferme est souvent difficile, la radioscopie infidèle, l'œsophagoscope peu répandu encore ; bon nombre de malades affirment qu'ils sentent en place le corps étranger depuis longtemps expulsé par la bouche ou les voies digestives, et cette sensation persistante n'est pas une des moindres difficultés de la pratique pour le médecin. On a pu citer le cas de certain dentier prétendu dégluti, donnant lieu à des douleurs vives et pénibles, et bel et bien retrouvé sous le lit de la malade. L'opération n'est pas toujours acceptée, au moins au début des accidents. Dans un cas analogue au nôtre, comment aurait-on pu extraire par la plaie de l'œsophagotomie cervicale neuf morceaux de viande et de débris fibro-cartilagineux ? Il ne peut être indifférent de se tirer d'affaire sans subir une opération sanglante, et dans ce cas particulier qui a motivé ma communication, l'expulsion par régurgitation de tous ces produits alimentaires fut singulièrement favorable à côté de ce qu'eussent été et l'opération et ses suites possibles.

J'en arriverai donc encore aujourd'hui, plus fermement qu'en 1902, aux conclusions suivantes, réduites à quatre paragraphes principaux :

1° Bol alimentaire mousse donnant lieu à des signes fonctionnels graves : *propulsion* prudente, si elle est possible et l'obstacle situé plutôt bas ; — *vomissement* favorisé par la cocaïne ou l'introduction des doigts (je dis vomissement et non pas vomitif) ; *intervention* opératoire si les accidents continuent sans expulsion plus ou moins naturelle de l'obstacle œsophagien ;

2° Pièces de monnaie : avant tout signe d'infection, emploi d'un *panier de de Graefe* de dimensions variant avec l'âge du sujet (Vincent) et manié chirurgicalement, ou mieux du *crochet de Kirmisson*.

Dès qu'il y a un signe d'infection *opérer*. Si l'on croit l'exploration nécessaire (rôle moral possible, etc.), user seulement d'une *sonde urétrale à mandrin de plomb* chez les enfants (Vincent), ou d'une *sonde œsophagienne en caoutchouc rouge avec mandrin de plomb* chez les adultes (Gangolphe) et toujours très prudemment.

3° Corps étranger gros, irrégulier de forme, dangereux pour la muqueuse de par ses aspérités, avec signes fonctionnels ; *opérer* immédiatement ; ne *jamais* faire des tentatives d'extraction ni de propulsion ; — pas de signes fonctionnels sérieux : *attendre*, ordonner des purées ali-

mentaires, faire relever soigneusement les *températures rectales*, agir au moindre signe d'infection ou de gêne fonctionnelle ultérieure.

4° Corps étranger petit, irrégulier de forme, pointu, sans signe fonctionnel vital : *attendre, ne pas faire d'exploration*, alimentation liquide mise en observation, relevé des températures fait avec soin, etc., — apparition de signes fonctionnels nets ou d'une indication vitale quelconque : *opérer* aussitôt pour tenter l'extraction, en obtenir au moins le *drainage* au voisinage des lésions œsophagiennes ou parœsophagiennes.

Telle est, à mon sens, la façon dont on doit envisager la question au point de vue de la pratique de chaque jour.

M. BÉRARD. — De cette discussion, il semble bien ressortir que nous sommes à peu près tous d'accord pour préférer les interventions chirurgicales réglées aux manœuvres aveugles de l'extraction avec le panier ou avec le crochet. Seul, M. Vincent a déclaré rester fidèle au panier de Graefe, et seulement pour l'extraction des pièces de monnaie.

Dans le détail des cas, nous différons sur quelques points.

Je n'ai jamais eu l'intention, personnellement, de conformer ma conduite à des règles absolues et, comme on a semblé le croire, d'opérer toujours et malgré tout. Dans le dernier cas présenté par M. Tixier, par exemple, pour une pièce de cinquante centimes, avalée deux heures auparavant par un jeune homme de 16 ans, et qui devait, selon toute probabilité, être expulsée dans l'estomac, je me serais abstenu de toute manœuvre et j'aurais attendu pendant deux ou trois jours, puisque rien ne pressait, l'effet de l'alimentation par des bouillies et des purées. Je n'aurais, en tous cas, pas eu recours au panier qui, même dans ces circonstances, pouvait excorier la muqueuse.

M. Albertin réclame pour lui-même et pour son élève Channac l'originalité des conclusions que nous avons formulées avec M. Leriche. Nous reconnaissons volontiers n'avoir rien inventé, que nous avons édifié une partie de notre argumentation sur les conclusions de Channac, en citant nos auteurs.

Je regrette simplement que M. Albertin n'ait pas fait de ses idées une publication personnelle, qui aurait probablement attiré sur sa tête les foudres dont nous ont accablé certains chirurgiens parisiens, notamment M. Kirmisson. En ce qui concerne le panier, que M. Albertin conseille d'utiliser pour les pièces de monnaie, le malade étant anesthésié préalablement, et tout préparé pour une intervention immédiate en cas d'échec, nous ne sommes pourtant pas du même avis. M. Albertin déclare que l'on doit innocenter le panier de nombre d'accidents septicémiques observés après son emploi, et qui seraient causés, d'après lui, par les corps étrangers eux-mêmes. Cette assertion n'est pas conforme aux constatations d'autopsies que nous avons citées ; souvent le panier est responsable de tout le mal. Et même quand il ne blesse pas l'œsophage, le panier, dans les cas avec infection, est à condamner, en ce qu'il ne peut

rien contre cette infection, tandis que l'œsophagotomie sert alors autant au drainage qu'à l'extraction du corps infectant.

Quant à l'argumentation de M. Ecot, si nous l'admettons pour nombre d'indications et de cas, nous n'en persistons pas moins à condamner les régurgitations provoquées, aussi bien que les vomitifs, avec ou sans l'emploi de la cocaïne, même pour les corps étrangers volumineux et mousses, comme ceux qu'il a présentés. Et surtout, où nous nous séparons de lui, c'est lorsqu'il recommande l'expectation dans les cas de corps étrangers, même anguleux, dont le séjour dans l'œsophage ne déterminerait pas d'accidents septiques et douloureux notables. Cette indication serait très dangereuse à suivre, car elle autorise toutes les tergiversations. Comment apprécier le degré exact de la température qui devient de la fièvre septique ? Quel est le degré de douleur qui devient dangereux ? Certains malades ulcèrent leurs parois œsophagiennes presque sans réagir ; la perforation s'achève sans que rien l'ait fait prévoir.

Une des observations de M. Ecot [lui-même (petit débris de cartilage ayant amené une hémorragie mortelle), le cas déjà cité de M. Gangolphe (dentier ayant ulcéré l'aorte), viennent à l'encontre de l'innocuité de l'expectation.

Nous terminerons en disant que le médecin ne semble pas plus autorisé à attendre dans l'apparition de la fièvre et de la douleur une indication d'intervenir, qu'il ne doit d'emblée et sans autre examen recourir à l'extirpation par les voies naturelles avec le panier ou le crochet.

M. VINCENT. — De la réplique de M. Bérard, je retiens les deux mots : agressif et pomme de terre. Il me semble que M. Destot veut être agressif à l'égard de ma pratique ; il me reproche presque de n'avoir pas eu plus de cas de corps étrangers et d'avoir toujours été heureux dans l'emploi du panier de Graefe. S'il en est ainsi, qu'y faire ? Pomme de terre me fournit l'occasion de vous dire que j'ai réussi à faire descendre un bol alimentaire très dur avec des blocs de beurre ingérés coup sur coup. Il y a peu de temps, le plus grand orateur peut-être de notre ville était à un grand dîner : il discourait, discourait..., et à la fin d'une période il prit dans son assiette un gros morceau de poitrail de faisan peu cuit. A peine l'eut-il mis dans sa bouche qu'on l'interpelle, et comme il a la réplique rapide, il avale sans avoir mâché, et le faisan ne descendant pas, l'orateur resta pour la première fois à court. Il en fut étonné et son auditoire plus encore.

Il ne fit qu'un bond de la maison de ses convives jusque chez moi. En arrivant, il me fit comprendre qu'il étouffait et qu'il avait dans l'œsophage quelque chose qui ne pouvait pas glisser. Je n'avais pas de pomme de terre, mais je demandais à la cuisine du beurre dont il avala bien des morceaux, et à la fin la lubrification permit au corps étranger alimentaire de glisser jusque dans l'estomac. Pendant huit ou dix jours, mon illustre client resta avec toutes les sensations de la présence d'un

corps étranger dans son œsophage. Comme il respirait très bien, et que tous ses repas s'effectuaient sans difficulté, je résistais à son désir d'une exploration instrumentale.

C'est une chose qu'il faut savoir, que cette persistance des sensations d'un corps étranger, alors qu'il a filé depuis longtemps du côté des voies gastro-intestinales, pour ne pas se laisser entraîner à faire des explorations et des recherches inutiles. En terminant, qu'il me soit permis de déclarer que je trouve les conclusions de M. le D^r Écot, notre distingué confrère de l'armée, extrêmement sages, cliniques, rationnelles, et que par suite, je les adopte sans réserve.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 6 avril 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. BÉRARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

CANCER DU COL ET GROSSESSE.

M. CONDAMIN. — Dans une séance précédente, M. Pollosson a présenté à la Société de chirurgie un utérus gravide de quatre mois, extirpé par la voie abdominale pour un cancer du col. Antérieurement, j'avais déjà présenté à la Société deux utérus gravidés cancéreux enlevés par la voie vaginale, l'un de trois mois, l'autre de cinq. Cette thérapeutique interventionniste, adoptée par M. Pollosson et par moi dans les cas de cancer du col sur utérus gravide, est actuellement repoussée par la plupart des chirurgiens et accoucheurs français, qui en pareil cas se croisent les bras pour n'intervenir qu'au moment de l'accouchement par la césarienne si l'accouchement spontané n'est pas possible, césarienne qu'ils font suivre de l'hystérectomie totale lorsque le cancer n'est pas trop étendu, ce qui est rare, car la néoplasie évolue très rapidement en pareil cas.

Le seul et unique argument donné par les accoucheurs, car ce sont eux surtout qui se occupés de cette question, est le suivant : « Une femme enceinte atteinte d'un cancer du col est fatalement condamnée, que l'on intervienne ou non, par conséquent il n'y a plus qu'un facteur d'intéressant : l'enfant. »

Mais les faits ne sont pas d'accord avec la théorie, et contrairement à cette croyance de l'incurabilité de l'utérus cancéreux gravide, il existe d'assez nombreuses observations de

cancers du col opérés pendant le cours de la grossesse et n'ayant cependant pas récidivé.

Nous avons pu réunir dans un travail que nous avons publié dans les *Annales de gynécologie* sur cette question, 30 cas constatés sans récurrence un temps plus ou moins long après l'opération.

Sur ces 30 observations, l'absence de récurrence fut constatée 11 fois plus de 4 ans après l'opération; par conséquent, on peut, pour ces cas prononcer le mot de « cure radicale ». Nous n'avons d'ailleurs réuni que les cas d'hystérectomies vaginales laissant de côté ceux opérés par la voie haute, parmi lesquels un certain nombre également restèrent sans récurrence.

D'ailleurs, cette coïncidence du cancer et de la grossesse est relativement rare, comme le prouvent les recherches entreprises par quelques auteurs allemands dans différents services d'obstétrique et de gynécologie.

Orthmann (1), sur 4.028 femmes s'étant présentées aux consultations d'obstétrique ou de gynécologie, ne trouve que 6 cas de cancer et grossesse, soit 0,14 ‰.

Glockner (2), sur 26.000, en trouve seulement 17 cas, soit 0,07 ‰.

Sarvey (3), sur 5.600, ne trouve que 7 cas, soit 0,14 ‰.

En somme, nous pensons que la curabilité du cancer limité du col, même évoluant sur un utérus gravide, est actuellement suffisamment démontrée, pour qu'on ne puisse plus justifier l'abstention thérapeutique en pareil cas, par un simple aveu d'impuissance.

Si nous sommes d'accord M. Pollosson et moi sur l'indication opératoire, nous ne le sommes plus, quant à la voie à employer.

Pour ma part, je reste fidèle à l'hystérectomie vaginale dont la mortalité est insignifiante et dont les résultats éloignés dans les cas de cancer du col sont relativement assez satisfaisants.

Dans le cas de cancer du col sur utérus gravide n'ayant pas envahi le paramétrium, l'hystérectomie vaginale me semble indiquée tant que le volume du fœtus n'est pas trop considérable, c'est-à-dire jusqu'au moment où l'enfant est viable.

(1) ORTHMANN. *Monatschrift für Geb. und. Gyn.*, t. XVIII.

Nombre de chirurgiens allemands interviennent encore par la voie vaginale dans des cas plus avancés, pendant les deux derniers mois de la grossesse, et même à terme, pratiquant l'opération que Dührsen a appelée : césarienne vaginale. Voyons quel est le pronostic pour la mère et l'enfant de cette intervention.

Les recherches faites par Orthmann (1), qui a rassemblé les diverses observations publiées de césarienne vaginale permettent de répondre à ces deux questions.

L'auteur allemand a pu réunir 29 cas d'hystérectomies vaginales pour cancer du col précédées de l'extraction de l'enfant par les voies naturelles après section de la paroi antérieure du col, qui dans la plupart des cas fut suffisante :

9 fois la mort du fœtus eut lieu pendant l'opération ou peu de temps après. Cependant l'auteur fait remarquer que sur ces 9 cas de mort de l'enfant, six fois ce dernier n'avait que six mois ou sept mois, et deux fois 8 mois. Sur 12 cas de césarienne vaginale pratiquée à terme ou même passé le terme, n'y eut qu'un cas de mort de l'enfant, mort qui même n'aurait pas été le fait de l'opération et aurait été diagnostiquée avant celle-ci. L'extraction foetale fut faite 24 fois par version et 5 fois au forceps.

Le pronostic pour le fœtus serait donc bon, et la mortalité foetale dans ces cas dépendrait surtout de l'âge de la grossesse.

Pour la mère, le pronostic est beaucoup plus sombre. En effet, sur ces 29 cas de césarienne vaginale il y eut 5 décès, 2 par anémie aiguë, 3 par péritonites, soit une mortalité de 17 %.

Cette mortalité beaucoup trop élevée, la possibilité de mort par hémorragie démontre le danger de cette méthode lorsque l'enfant a atteint un certain volume, pouvant rendre l'extraction difficile à un moment de l'opération où il faut aller vite.

Nous croyons donc qu'en pareil cas il est préférable d'intervenir par la voie haute.

Une deuxième contre-indication de l'hystérectomie vaginale, c'est l'extension du cancer au paramétrium, c'est l'envahissement des ligaments larges, de la paroi vésicale par la néoplasie ; il est bien évident, en effet, que lorsque le cancer a

(1) ORTHMANN. *Monatschrift f. Geburt. und. G.*, t. XVIII.

dépassé le muscle utérin, si l'on veut intervenir on ne pourra faire une opération rationnelle que par la voie abdominale. Mais nous croyons pour ces cas avancés que le sort de la mère est bien compromis, et nous reprendrions alors volontiers l'argumentation des abstentionnistes : Que l'on intervienne ou que l'on n'intervienne pas, qu'on opère par en haut ou par en bas, le résultat pour la mère sera toujours le même.

Le chirurgien devra avant tout essayer de sauver l'enfant, c'est-à-dire n'intervenir qu'à la fin de la grossesse par la césarienne abdominale. Tant qu'on aura pas démontré que ces opérations étendues « ces évidements pelviens » qu'exécutent quelques chirurgiens dans les cas de cancer ayant envahi les ligaments larges, peuvent donner des résultats; que ces tumeurs ayant envahi le paramétrium peuvent à la suite de pareilles interventions ne pas récidiver, nous attendrons la fin de la grossesse pour intervenir.

D'ailleurs, les résultats obtenus en pareil cas, ne sont guère encourageants. Lorsque le cancer ne continue pas simplement son évolution, à laquelle l'opération vient donner un coup de fouet, le chirurgien n'ayant pu enlever la totalité de la tumeur, on voit ordinairement survenir une récurrence précoce; Jacobs (1), sur 89 cas opérés par la voie haute, avec évidement pelvien, et ayant été suivis, ne peut citer que 3 cas de non récurrence deux ans après l'opération; 4 autres sont en bonne santé; mais un an ne s'est pas encore écoulé depuis l'intervention. Or, ces 3 cas sans récurrence plus de deux ans après l'opération, concernent précisément des cancers qui n'avaient pas encore diffusé dans le paramétrium.

Mais en dehors de ces deux contre-indications, le volume trop considérable de l'enfant, et l'extension du cancer au paramétrium, nous pensons que l'hystérectomie vaginale doit être préférée à l'abdominale, la mortalité opératoire de celle-ci étant infiniment plus élevée.

On a adressé, à l'hystérectomie vaginale pour cancer du col, un certain nombre d'objections. La première en date et la principale, c'est qu'elle ne permet pas d'extirper les ganglions et que, par conséquent, lorsqu'on opère par cette voie, on fait souvent une opération incomplète.

(1) JACOBS. *Annales d'obst. et de gynéc.*, mars 1905.

Cette objection qui, au début, paraissait condamner définitivement l'hystérectomie vaginale, a actuellement perdu toute valeur. Les nombreux travaux qui ont paru, soit à l'étranger, soit en France, sur cette question de l'envahissement ganglionnaire au cours du cancer utérin ont démontré :

1° Que l'envahissement ganglionnaire par les cellules cancéreuses est tardif et a lieu presque toujours en même temps que l'infiltration cancéreuse du paramétrium. D'après les recherches anatomo-pathologiques de Winter, de Schauta, tant que le cancer n'a pas dépassé le muscle utérin, l'existence des ganglions cancéreux est l'exception, 20 % seulement en moyenne.

2° Lorsque les cellules cancéreuses ont envahi le système lymphatique, il est absolument chimérique d'espérer pouvoir extirper tous les ganglions envahis, ceux-ci ne se distinguant en rien des ganglions simplement enflammés, les plus gros n'étant souvent pas cancéreux, alors que de petits sont envahis, ainsi que les fentes lymphatiques.

D'autre part, certains groupes ganglionnaires souvent pris dans le cancer utérin, sont chirurgicalement inaccessibles. L'utérus, en effet, ne saurait être comparé au sein, dont les lymphatiques se rendent à des groupes ganglionnaires situés dans une seule région facilement accessible, celle du creux de l'aisselle. Les ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques du col utérin ne sont pas groupés dans une seule région, mais disséminés dans toutes les directions, et le plus souvent isolés et non en groupes. Si donc, on veut enlever les ganglions, on sera réduit à en extirper *absolument au hasard* quelques-uns; on augmentera la durée de l'opération et par conséquent sa gravité sans la faire plus complète. D'ailleurs, la plupart des partisans de la voie haute ont renoncé actuellement à l'*extirpation systématique* des ganglions, se contentant d'enlever ceux qu'ils aperçoivent, mais sans les rechercher de parti pris.

Cette objection des ganglions, que laisse l'hystérectomie vaginale, ayant perdu toute valeur, on a reproché à cette opération de ne pas enlever suffisamment du tissu cellulaire de la base des ligaments larges, 1 centimètre à peine de chaque côté, tandis que par la voie haute, il est possible de récliner les uretères latéralement et d'enlever ainsi tout le tissu cellulaire des

ligaments larges, ainsi que la portion supérieure du vagin. A ceci je répondrai :

1^o Cette collerette vaginale, que l'opération abdominale permet d'enlever, peut l'être tout aussi bien dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Même dans les débuts de l'hystérectomie abdominale, les chirurgiens avaient l'habitude de toujours disséquer cette collerette vaginale par en bas, avant de commencer l'opération, ce qui simplifiait les derniers temps; ils combinaient les deux voies. Cette pratique a été abandonnée à la suite des perfectionnements apportés dans la technique de l'hystérectomie abdominale, notamment la section du vagin entre deux pinces au-dessous du col.

Quant à la question des ligaments larges, s'ils sont envahis par les cellules cancéreuses, si le néoplasme a dépassé le muscle utérin, la curabilité est bien compromise, que l'on fasse l'hystérectomie vaginale ou abdominale. Dans ces cas, en effet, les cellules cancéreuses ont déjà, le plus souvent, pénétré dans les voies lymphatiques, et si, par hasard, celles-ci sont encore indemnes, il est illusoire d'espérer pouvoir disséquer les uretères au milieu d'une gangue néoplasique, sans laisser en place des cellules cancéreuses. D'autre part, dans ces cas, où les ligaments larges sont pris de bonne heure, l'infiltration cancéreuse se fait, non seulement sur les côtés, mais aussi en avant du côté de la vessie. (Même dans les cancers de l'isthme, celle-ci est habituellement envahie avant les ligaments larges) (1).

(1) MM. HARTMANN et LECÈNE ont publié dans les *Annales d'obst. et de gynécologie* (mars 1905), 2 observations de malades atteintes d'un cancer du col, et ayant succombé accidentellement, l'une à la suite d'une broncho-pneumonie, l'autre à la suite d'une hémorragie cérébrale. Ces auteurs ont pratiqué l'examen histologique de tous les ganglions, ainsi que du paramétrium. Les résultats de ces examens concordent absolument avec ceux que des recherches anatomo-pathologiques beaucoup plus étendues avaient donné à Schauta et qu'il a publiées dans le *Monatschrift für Geburtsh und gyn.*, tom XIX. Dans le premier cas, il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux ayant envahi le ligament large droit. De nombreux ganglions ne présentaient que des lésions inflammatoires; deux étaient cancéreux, l'un situé au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive, l'autre au niveau de l'émergence de la mésentérique inférieure, entre l'aorte et la veine cave. La paroi de l'uretère droit

En résumé, nous devons avouer que le pronostic du cancer du col dépend bien plus de la précocité de l'intervention, que de la voie employée qui varie suivant le tempéramment et les habitudes de chaque chirurgien. Jusqu'à preuve du contraire, je considérerai l'envahissement du paramétrium dans le cancer du col comme une contre-indication opératoire. Ces considérations, que je viens d'émettre sur le cancer en dehors de la grossesse, s'appliquent, à plus forte raison, aux cas où le chirurgien a à considérer non seulement l'intérêt de la malade, mais aussi celui du fœtus, qu'on ne doit sacrifier que si l'on a des présomptions suffisantes de guérison de la mère.

M. GOULLIoud. — Bien que je n'aie pas d'observations analogues à celles de MM. Pollosson et Condamin, je viens vous indiquer ma manière de voir sur cette question : c'est un assentiment complet à ce que vous a dit M. Pollosson dans sa communication.

Tout d'abord, puisque nous espérons sauver par l'hystérectomie hâtive des femmes atteintes de cancer du col, nous ne devons pas renoncer à cet espoir, parce qu'elles sont enceintes. Les faits publiés par MM. René et André Condamin, qu'il s'agisse de leurs observations personnelles ou de faits appartenant à d'autres chirurgiens, prouvent bien que l'on a eu tort jadis de considérer comme perdues sans espoir les femmes atteintes de cancer et gravides. Nous ne pouvons pas les condamner, parce qu'elles sont enceintes. Il faut seulement les opérer le plus hâtivement possible. Je ne ferai qu'une réserve : c'est que pour accepter le sacrifice de l'enfant, il faut qu'il y ait des chances sérieuses de guérison pour la mère et qu'il ne s'agisse pas pour ainsi dire d'opérations palliatives.

Un second point soulevé est celui de la voie à suivre pour faire l'hystérectomie. Avec nos tendances à préférer l'hystérectomie abdominale, l'augmentation de volume de l'utérus due à la grossesse, ne peut que nous pousser à cette voie.

était infiltrée de cellules cancéreuses. Dans ce cas, l'un des deux ganglions cancéreux aurait été impossible à enlever de par sa situation ; quant à l'extirpation du paramétrium, elle n'aurait été efficace que par la résection de l'uretère droit.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un cancer n'ayant pas encore envahi le paramétrium (cancer du canal cervical, épithélioma cylindrique). De nombreux ganglions étaient augmentés de volume, aucun n'était cancéreux. La base des ligaments larges, étudiés sur une série de coupes sagittales, en partant du bord de l'utérus, ne montrait pas trace d'envahissement néoplasique.

Je n'oublie pas les résultats heureux obtenus par M. Condamin dans ses cas de cancer et grossesse. Je n'oublie pas non plus les guérisons durables que m'a données l'hystérectomie vaginale. En 1891, je présentais à la Société de médecine six cas de cancer utérin opérés avec succès par voie vaginale. A part un cas antérieur de M. Maurice Pollosson, c'était, je crois, les premières observations lyonnaises de cette opération.

En 1902, donc dix ans après, je donnais les suites éloignées de mes interventions : deux malades étaient encore sans récurrences. Elles avaient été opérées dans des conditions très favorables ; elles vivent encore. Dernièrement, j'apprenais chez une autre opérée une récurrence ganglionnaire dix ans après une hystérectomie vaginale.

Je ne connais rien de plus concluant sur l'utilité de nos efforts que ces récurrences très lointaines, car elles éloignent toute idée d'erreur de diagnostic. Les statistiques citées par M. Condamin montrent que la gravité n'empêche pas ces bons résultats d'être obtenus dans les cas opérés à temps.

Je ne proscriis donc aucunement l'hystérectomie vaginale, et cependant je tends à opérer de plus en plus par voie abdominale : l'hémostase est plus facilement assurée, l'uretère est plus sûrement évité dans les cas difficiles ; l'occlusion post opératoire est plus rare encore. Cependant dans les cas douteux, à la limite de l'opérabilité, il est plus facile de s'arrêter devant les adhérences par voie vaginale que par voie abdominale. Mais l'opérabilité est portée plus loin avec l'hystérectomie abdominale, nous disent M. Pollosson et M. Violet. Aussi devant les progrès de la technique, devant la diminution progressive de la mortalité, devenons-nous de plus en plus partisan de la voie haute.

L'hystérectomie, d'autre part, et de l'avis de tous, n'est pas plus difficile, et par suite pas plus grave pendant la grossesse. Elle est même rendue plus aisée par la laxité des ligaments larges et du vagin.

Nous avons pu nous-même l'éprouver bien nettement : il s'agissait d'une hystérectomie à faire à terme, avec fœtus mort, dans un cas de dystocie par fibrome enclavé du segment inférieur. La poche des eaux était rompue depuis le commencement du travail, depuis 72 heures. Une césarienne était rendue inutile par la cessation certaine de la vie fœtale. L'hystérectomie, faite comme pour un fibrome, fut facile, et je pus employer aisément mon procédé de l'occlusion sous-cervicale du vagin, sûr ainsi de n'avoir aucun écoulement suspect utérin sur le champ opératoire.

J'aurais donc affaire à un cas d'utérus gravide avec cancer du col opérable, que je n'hésiterais pas à suivre la ligne de conduite adoptée et conseillée par M. Pollosson, à faire l'hystérectomie abdominale avec incision césarienne si l'âge du sujet le comportait.

M. Aug. POLLOSSON insiste à nouveau sur les réflexions précédemment exposées, et pense que si les observations actuellement publiées sont en

faveur de l'hystérectomie vaginale, il n'en serait pas de même si l'on appliquait d'une façon systématique et avec la rigueur des techniques modernes la méthode abdominale. Cette méthode présente plusieurs avantages : une opérabilité plus grande ; une extension plus large de la zone enlevée ; la possibilité d'enlever les ganglions. En laissant de côté les cas extrêmes de cancers très étendus, on voit que la mortalité des opérations abdominales se rapproche de celle des opérations vaginales.

Séance du 13 avril 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. BÉRARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

FRACTURES DU NEZ TRAITÉES PAR LES APPAREILS
DU DOCTEUR MARTIN.

M. MARTIN. — Voici deux malades qui ont été atteints de fracture du nez. Chez l'un, c'est un coup de poing américain qui avait effondré la charpente nasale. Chez l'autre, un coup de pied de cheval avait déterminé des dégâts encore plus redoutables.

Par la mise en place de mes appareils on peut constater combien la forme est bien conservée. De plus, on peut se rendre compte combien ces instruments sont facilement tolérés.

M. VINCENT. — Je félicite très vivement M. Martin des excellents résultats qu'il nous appelle à constater. Je lui demanderai si dans les cas où l'aplatissement du nez est dû à une malformation congénitale de la voûte palatine, comme dans la gueule de loup, il serait possible d'obtenir le même résultat.

M. MARTIN. — Je n'ai pas d'expérience au sujet de ces cas de malformation, mais je crois qu'en plaçant une pièce artificielle dans la fissure palatine il serait aisé de prendre un point d'appui sur elle pour adapter les appareils redresseurs du nez.

M. VINCENT. — Un seul appareil formant voûte palatine et redressant le nez pourrait peut-être suffire.

M. MARTIN. — Je crois qu'il serait préférable d'adapter deux appareils distincts.

* * *

DOUBLE ENTÉRECTOMIE POUR ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES STÉNOSANTES MULTIPLES DE L'INTESTIN GRÊLE ET DU CÆCUM.

M. ARNAUD, interne de l'hôpital Saint-Joseph, présente des pièces provenant d'une double entérectomie faite dans la même séance par M. Goullioud pour des ulcérations tuberculeuses multiples de l'intestin grêle et du cæcum.

Il s'agissait d'une femme de 37 ans, qui souffrait d'une prétendue affection gastrique depuis trois ans et de douleurs abdominales. Dans son histoire, outre ses troubles digestifs, on trouve des poussées plus aiguës qui furent considérées comme d'origine péri-utérine. Elle souffrait aussi du côté de l'appendice, et depuis a conservé une douleur dans la fosse iliaque droite, mais la malade accuse surtout des douleurs abdominales qui s'exaspèrent peu de temps après le repas. Elle a maigri de 20 kilogs depuis trois ans et a un aspect cachectique. De la constipation, jamais de la diarrhée. Après le repas quelquefois le ventre est ballonné, mais elle n'a cependant pas de symptômes nets d'obstruction intestinale. On sent dans la fosse iliaque droite une induration diffuse, pas très dure, qui remonte le long du côlon.

La malade ne s'améliorant pas après un séjour de quelques semaines à l'hôpital, on se décide à une intervention qui portera sur le cæcum, pour lequel on craint une lésion chronique, tuberculose ou cancer.

L'intervention eut lieu le 12 avril 1905. Une incision dans la fosse iliaque droite fait reconnaître sur le cæcum des indurations multiples verruqueuses avec adhérence au cæcum d'une anse grêle voisine. Sur cette anse grêle on constate en deux points assez distincts deux indurations annulaires, rappelant ce que l'on observe dans les rétrécissements multiples de l'intestin grêle; mais la sténose est peu prononcée, car il n'y a pas de forte distension de l'intestin au-dessus, bien que celui-ci ait un calibre assez inégal. Il y a de nombreux ganglions dans le mésentère.

On résèque donc, après anastomose sus et sous-jacente aux points sténosés extrêmes, une anse grêle assez importante. On résèque ensuite le cæcum induré après avoir aussi établi d'abord une anastomose latérale entre l'extrémité inférieure de l'iléon et le côlon ascendant et fermé en cæcum par une ligature les bouts de l'intestin correspondant à l'entérectomie (les anastomoses ont été faites par sutures). L'opération, malgré cette double entérectomie, a duré une heure un quart, sous anesthésie discontinue.

Les pièces présentées comprennent donc le cæcum d'une part, et une anse grêle de l'autre. La pièce cæcale a une longueur de 18 centimètres. Sur cette première pièce, on sent deux indurations circulaires, l'une au niveau de l'orifice iléo-cæcal, et l'autre situé sur la terminaison de l'intestin grêle, à 5 centimètres de l'orifice. Il y a à ce niveau une sténose incomplète laissant passer le petit doigt. L'intestin ouvert on constate au niveau de l'orifice iléo-cæcal une vaste ulcération annulaire mesurant 3 cent. de hauteur, ulcération parsemée de granulations riziformes, à bords taillés à pic, un peu indurés. Une autre ulcération analogue, sur la terminaison de l'iléon, de 2 cent. de hauteur. L'appendice est à peu près sain. De nombreux ganglions péri-appendiculaires dans une gangue inflammatoire indurée.

La seconde pièce est formée par une anse grêle de 37 cent. de longueur qui, ouverte, présente en trois points différents des ulcérations analogues, légèrement sténosantes avec de nombreux ganglions aussi dans le mésentère.

Ces ulcérations ne semblent pas répondre à une lésion aiguë tuberculeuse, mais plutôt à une forme subaiguë avec tendance à la sclérose et au rétrécissement consécutif.

Les suites immédiates de l'opération ont été des plus simples, apyrétiques.

Le résultat ultérieur sera communiqué à la Société.

M. GOULLIoud fait les réflexions suivantes : Nous nous sommes décidé à opérer cette malade parce qu'elle présentait une tumeur cæcale et des troubles mécaniques de la circulation intestinale, sans signes positifs de sténose et qu'elle allait se cachectisant.

Les pièces montrent qu'il s'agissait d'ulcérations tubercu-

leuses, à évolution lente, qui devait aboutir à la formation de rétrécissements multiples.

Ce cas est intéressant parce qu'il correspond, pour ainsi dire, à une lésion intermédiaire entre les rétrécissements multiples tuberculeux cicatriciels, dont nous avons présenté à la Société deux observations, et les cas d'ulcérations tuberculeuses en évolution, dont MM. Bérard, Patel, Leriche, nous ont présenté d'intéressantes pièces dans le courant de cette année. Dans ces cas, où la tuberculose est en pleine évolution, les lésions sont très diffuses et les interventions telles que les anastomoses pour occlusion ne peuvent donner de bons résultats. Les ulcérations multiples sont répandues quelquefois sur un mètre ou deux. La diarrhée est incoercible et les malades meurent emportés par leur tuberculose plus ou moins généralisée.

Dans les lésions cicatricielles, au contraire, comme chez mes malades, et comme dans plusieurs cas présentés par M. Bérard, Jaboulay, etc., la guérison par simple anastomose est définitive.

Chez ma malade l'évolution avait plutôt une tendance chronique. Elle n'avait pas de diarrhée et pas non plus d'obstruction complète. Elle avait une tuberculose du cæcum, et aussi des ulcérations distantes de l'intestin grêle. C'est pourquoi nous avons été amenés à faire une double entérectomie. Nous n'avons pas déroulé tout l'intestin grêle, ce qui nous eût peut-être découragé et arrêté dans notre intervention.

Si des troubles mécaniques persistent, peut-être intervien-drons-nous de nouveau.

Nous avons cru intéressant de présenter ces pièces qui viennent compléter les nombreuses communications faites cette année à la Société sur les rétrécissements multiples de l'intestin grêle.

M. BÉRARD. — La malade de M. Goullioud présentait-elle de la fièvre et de la diarrhée ?

M. GOULLILOUD. — Il n'y avait pas de selles diarrhéiques, et jamais la malade n'avait eu d'hémorragies intestinales, c'était donc une bonne condition opératoire.

Le Gérant, D^r. VALLAS.

Séance du 4 mai 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

SUR QUELQUES DÉFORMATIONS DE LA FACE ET DE LA
BOUCHE CONSÉCUTIVES AUX RÉSECTIONS DU MAXILLAIRE
INFÉRIEUR.

M. MARTIN. — Voici un malade qui a subi, il y a deux ans, une résection partielle unilatérale du maxillaire inférieur gauche. La résection a porté en avant en dehors de l'incisive gauche et en arrière à la base de la branche montante en ne laissant que quelques millimètres du corps horizontal de l'os.

Ce malade est venu me voir parce que la mastication est très difficile et qu'il voudrait que je pusse lui établir un appareil la facilitant. Or voici les déformations consécutives à sa résection qu'il présente. D'abord on est frappé en l'examinant de profil de voir quelle dépression existe en avant du conduit externe au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, puis en passant le doigt dans la bouche on s'explique pourquoi la mastication est si gênée.

Le fragment du maxillaire constitué par la branche montante et le petit fragment du corps du maxillaire a été progressivement attiré en dedans de la cavité buccale. Il vient s'interposer sous la voûte palatine et forme comme un coin empêchant la mastication. Et c'est cette propulsion du maxil-

laire en dedans qui aplatit la joue et détermine cette dépression de l'articulation temporo-maxillaire.

Ce cas est absolument typique pour montrer quelles sont les déformations qui se produisent après les résections du maxillaire inférieur qui n'ont pas été faites avec les précautions que j'ai indiquées depuis longtemps. Il ne faut jamais laisser au niveau de la branche montante un fragment soumis à la contraction du muscle ptérygoïdien interne sans que ce fragment puisse être soumis à l'action d'un appareil. Aussi il est indispensable, ou bien que ce fragment soit constitué par une partie assez longue du corps horizontal du maxillaire pour qu'on y puisse fixer un appareil prothétique, ou bien que le chirurgien, sacrifiant davantage de la branche montante, sectionne en pleine branche montante, au-dessus des insertions inférieures du ptérygoïdien interne. Dans ce cas, pour certains chirurgiens il vaut mieux désarticuler franchement que sectionner sous l'apophyse coronoïde.

Cette règle peut paraître un peu trop radicale quand il s'agit de lésions peu étendues du maxillaire inférieur; c'est la seule cependant qui permette consécutivement un bon fonctionnement des appareils prothétiques.

Quand il s'agit d'une résection médiane portant sur toute la symphyse, par exemple, on n'a pas à redouter ces inconvénients ultérieurs, car il est toujours facile alors de prendre un point d'appui solide sur les fragments du maxillaire inférieur qui restent de chaque côté.

M. TIXIER. — Le malade que vous présente M. Martin a été opéré par moi il y a deux ans. Je suis très heureux que l'occasion me soit aussi donnée incidemment de le revoir. En effet, comme pour la plupart des malades de la clientèle hospitalière, je n'avais jamais eu de ses nouvelles.

Je viens de l'examiner à l'instant et j'ai pu constater avec grand plaisir qu'il n'y avait aucune trace de récurrence. Pourquoi lui ai-je fait une résection partielle? Je ne me l'explique pas, parce que mes souvenirs ne sont pas assez précis.

En effet, je connais très bien la nécessité de réséquer très haut la branche montante pour n'être pas gêné par le fragment persistant. Je vais le plus souvent jusqu'à la désarticulation au lieu de la section : c'est l'opération que M. Martin

m'a vu pratiquer dernièrement chez trois de mes malades de Saint-Louis, actuellement entre ses mains pour la mise en place d'appareils prothétiques. On peut constater chez eux que la dépression préauriculaire n'existe pas, et que rien ne gêne la mastication exécutée par l'intermédiaire de pièces artificielles.

Je chercherai dans mes notes l'histoire de ce malade et je le rapporterai à la Société.

*
**

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M. le Dr Cantaz, professeur-agrégé à la Faculté de médecine d'Athènes, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société.

Divers extraits de travaux personnels et une observation inédite de chirurgie crânienne sont présentés à l'appui de la candidature.

La demande est renvoyée à une commission constituée par MM. Vallas, Albertin et Durand.

Séance du 11 mai 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

CORRESPONDANCE.

M. VALLAS, secrétaire général, donne lecture d'une lettre de M. le Dr Sorel, de Dijon, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société.

A l'appui de sa candidature, M. Sorel envoie un mémoire sur l'hystérectomie abdominale subtotale.

Renvoyé à une Commission composée de MM. Auguste Pollosson, Condamin, et Goullioud, rapporteur.

*
* *

RÉSECTION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M. TIXIER (à l'occasion du procès-verbal) :

Je suis en mesure de donner à la Société quelques renseignements précis sur le malade que vous a présenté jeudi dernier M. Martin. Voici son observation et la pièce conservée dans le formol, représentant la tumeur du maxillaire inférieur que je lui ai enlevée.

Ce malade, âgé de 41 ans, est venu au mois de mai 1903 dans mon service de Saint-Pothin. Il présentait alors une grosse adénite génienne qui avait été incisée à l'Hôtel-Dieu. Une fistule s'était établie au niveau de l'incision, et un stylet introduit dans son trajet conduisait sur le maxillaire inférieur. Celui-ci était boursoufflé et montrait des dents déchaussées d'une muqueuse suppurante. Les dents étaient prêtes à tomber. Quant à la dernière molaire, elle n'avait jamais poussé.

A cause de cette suppuration abondante par l'intermédiaire de la fistule de la joue, de l'absence d'une dent, de la limitation bien précise de la tumeur du maxillaire, le diagnostic était hésitant entre kyste dentaire suppuré, ostéo-périostite simple et enfin tumeur. J'endormis le malade.

Au davier, je pratiquais rapidement l'avulsion des dents, ce qui me permit de m'assurer que les alvéoles étaient remplies par des bourgeons néoplasiques. Aussi, immédiatement, je me décidais à une résection du maxillaire inférieur. Par une incision partant de la commissure gauche de la bouche, je circonscrivais d'abord la fistule suppurante en enlevant un large lambeau de la joue. Mon incision gagnait le bord inférieur du maxillaire et allait jusqu'à l'angle postérieur. C'est cette incision anormale qui me permit d'enlever, comme vous pouvez le voir sur cette pièce en une seule masse ; la fistule, les ganglions suppurés et le maxillaire. La section du maxillaire fut faite en arrière à la base de la branche montante. Les suites opératoires furent très simples, un mois après l'intervention le malade quittait mon service.

Quant à la coupe de la pièce que j'ai exécutée à la scie, elle nous montre que la tumeur est développée dans l'intérieur même de l'os dont les deux tables sont comme soufflées. Cette tumeur est remarquablement dure et bien limitée. Elle est probablement de nature bénigne, quoique je ne puisse pas vous donner d'examen histologique. Du reste, nous avons pu constater que deux ans après son ablation le malade n'avait aucune trace de récurrence.

M. VALLAS. — J'ai reconnu depuis longtemps les avantages de la résection telle que la préconise M. Martin, et je m'applique toujours soit à conserver une sangle musculaire complète en ménageant la continuité du masséter et du ptérygoïdien interne, soit à supprimer tous les points d'attache du ptérygoïdien interne en faisant porter la section de la branche montante aussi haut que possible, ou même en désarticulant cette branche.

Il ne faut pas se dissimuler que le manuel opératoire se trouve de ce fait un peu compliqué, surtout si l'on veut en même temps conserver l'intégrité de l'orbiculaire des lèvres. Il me paraît, en effet, indispensable de ménager ce muscle, sous peine de condamner pour la suite l'opéré à un écoulement perpétuel de la salive qui ne peut plus être gardée dans la bouche.

Cet inconvénient est tel que pour l'éviter, même dans les extirpations des tumeurs du pharynx par voie bucco-maxillaire, bien que presque tous les tracés d'incision remontent jusqu'à la commissure, je ne dépasse jamais le rebord inférieur de la mâchoire. Je m'efforce de cacher la cicatrice dans la région sous-hyoïdienne ; ce faisant, je facilite d'autant l'adaptation et le support de la pièce prothétique.

M. MARTIN. — Il est, en effet, très important de ménager l'orbicu-

laire des lèvres, non seulement pour éviter la salivation, mais encore pour assurer le maintien de l'appareil prothétique. Je me souviens que chez deux opérés, un enfant du service de Levrat, et un adulte du service d'Ollier, dont l'orbiculaire avait été sectionné, en très peu de temps, l'appareil fut presque totalement à découvert en avant, la peau de la lèvre et du menton ayant été peu à peu refoulée en bas et en arrière de lui. Au bout de quelques jours, lorsque l'orbiculaire cicatrisé retrouva ses fonctions, les téguments reprirent progressivement leur situation normale.

*
* *

TUBERCULOSE UTÉRO-ANNEXIELLE; HYSTÉRO-OVARIOTOMIE;
EXTÉRIORISATION DU FOYER DRAINÉ PAR LE DOUGLAS.

M. TAVERNIER, interne, présente au nom de M. ALBERTIN des pièces de tuberculose utéro-annexielles. Voici l'histoire de la malade.

OBSERVATION.

S... (Aline), 24 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires pathologiques; son mari est bien portant. Régulée à 12 ans, régulièrement. Elle a eu deux enfants vivants séparés par deux fausses couches.

C'est depuis sa première fausse couche, qui eut lieu il y a trois ans, qu'elle commença à souffrir du ventre et à perdre en blanc; elle a donc eu depuis une fausse couche et un enfant à terme; cette dernière grossesse fut très pénible : douleurs abdominales vives.

Elle a un facies pâle, mais ne tousse pas, n'a pas eu d'hémoptysie et ne présente aucun signe à l'auscultation des sommets. Pas de troubles digestifs.

Les douleurs ont pour siège les deux fosses iliaques avec irradiations lombaires; elles sont constantes depuis trois ans sans avoir présenté jamais d'épisode aigu. Les pertes blanches n'ont pas été accompagnées de cuisson en urinant. Pas de fièvre.

Au toucher : gros col granuleux, utérus fixé en antéversion et repoussé en avant par une tumeur grosse comme une mandarine, un peu bosselée, extrêmement dure et fixée dans le Douglas. Cette tumeur est modérément douloureuse à la pression et paraît constituée par la trompe gauche prolabée. Les annexes droites en situation normale sont peu volumineuses, mais assez douloureuses à la pression.

Aucune modification pendant les quelques jours que passe la malade au repos avant d'être opérée.

Le 14 avril. Laparotomie. On découvre alors les lésions que vous voyez sur les pièces : le fond utérin est attiré en avant par deux adhérences

filamenteuses zymotiques qui relient chacune de ses cornes au péritoine de la paroi abdominale antérieure. Au niveau de l'insertion de ces adhérences sur les cornes apparaît de chaque côté un petit nodule dur qui présente à la coupe l'aspect net d'un tubercule en voie de caséification. La trompe gauche est prolabée et se termine dans le Douglas par une masse très dure adhérente à la fois au rectum et au plancher pelvien; son méso rabattu sur la face postérieure de l'utérus coiffe un ovaire gauche sclérokystique. La trompe droite est libre, un peu épaisse et dure seulement; de même l'ovaire droit paraît en assez bon état malgré un petit kyste.

En présence de ces lésions ont fait d'abord une hystérectomie subtotale enlevant les deux trompes et l'ovaire gauche, respectant le droit; mais il reste derrière le moignon utérin une masse inflammatoire dont on a détaché la trompe gauche, manœuvre qui a laissé couler un peu de pus; l'adhérence de cette masse au rectum empêche de l'enlever. Pour mieux l'extérioriser du péritoine, on enlève le moignon utérin, on fend à la fois cette masse et la paroi vaginale postérieure sur la ligne médiane; on place sur le tout une grosse mèche de gaze sortant par le vagin, et l'on refait au dessus un toit péritonéal en se servant du méso de l'anse sigmoïde pour suppléer à l'insuffisance du péritoine en arrière. L'ovaire droit, qui a pu être contaminé au cours des manœuvres, est laissé au-dessous de ce toit.

Suture de la paroi abdominale sans drainage.

Les suites opératoires ne furent marquées que par un hématome de la paroi.

La mèche vaginale fut enlevée le troisième jour, puis changée tous les deux ou trois jours comme pour panser une colpotomie. La suppuration se tarit progressivement et le malade a quitté l'hôpital le 7 mai avec un vagin terminé par une petite cavité anfractueuse où l'on reconnaît encore l'ovaire à sa consistance spéciale.

Si nous avons présenté ce cas, c'est autant pour l'aspect curieux de ces pièces que pour avoir l'occasion d'attirer votre attention sur le procédé de drainage de notre maître Albertin, procédé que nous lui avons vu employer plusieurs fois et dont les avantages nous ont vivement frappé.

Lorsqu'après une intervention sur le petit bassin chez la femme se pose une indication de drainage, soit à cause de l'hémorragie, soit à cause de l'infection, il s'efforce de refermer le péritoine par dessus les lésions qui demandent à être drainées, tout en assurant le drainage de ces lésions et de l'espace mort pelvien par une large ouverture du vagin. Pour former ce toit péritonéal au-dessus des lésions, l'étoffe ne manque pas

d'habitude en avant où elle est fournie par le péritoine vésical; mais assez souvent elle fait défaut en arrière où siégeaient les adhérences qui ont été rompues et ont laissé de larges surfaces déperitonisées. Pour remédier à cette insuffisance du péritoine en arrière, le méso de l'anse sigmoïde est précieux, il permet de refaire le plancher pelvien, même au-dessus du Douglas.

Ce procédé d'extériorisation systématique des foyers drainés est, croyons-nous, peu employé, à Lyon tout au moins; ce n'est pas le drainage vaginal préconisé par Goullioud dans la thèse de Perrier, puisque c'est un drainage extra-péritonéal. Ce n'est pas non plus la simple péritonisation pelvienne dont Condamin a précisé la technique, puisque notre péritonisation exclut du péritoine des organes qui y sont normalement contenus, dans le cas que nous présentons, par exemple, un ovaire suspect et une masse inflammatoire appendue au rectum. C'est un procédé qui nous paraît réunir les avantages des deux méthodes dont nous venons de parler; d'une part il évite tous les inconvénients du Mikulicz abdominal: longue persistance des fistules, éventrations secondaires, etc.; d'autre part il laisse une cavité péritonéale entièrement revêtue de péritoine, sans risque d'infection précoce ni d'adhérences tardives.

Les résultats pratiques n'ont pas été inférieurs à ce que pouvaient faire espérer ces considérations théoriques. Aucun des malades opérés dans ces conditions n'a présenté la moindre réaction péritonéale; les seuls incidents que nous ayons observés se sont déroulés du côté de la cavité drainée; ils étaient prévus, puisque leur perspective avait précisément motivé cette exclusion de la cavité infectée de la grande cavité péritonéale.

M. ALBERTIN. — J'insiste bien sur ce fait, que je ne décris pas un mode nouveau de péritonisation de la cavité pelvienne, mais j'estime que quel que soit le mode de reconstitution du péritoine pelvien, il faut, toutes les fois qu'on peut le faire, extérioriser les foyers intra-pelviens que l'on veut drainer, cette extériorisation peut se faire pour des foyers très haut situés, comme dans deux de mes observations, où il s'agissait d'une cavité tubaire distendue par une grossesse extra-utérine et

débordant dans le grand bassin et dans le second cas d'un foyer d'appendicite suppurée chronique surajouté à un utérus fibromateux.

Grâce à la mobilité du péritoine vésical et à l'étalement du côlon pelvien, on peut clore en haut la cavité abdominale en s'aidant sur les côtés par les insertions des ligaments larges et laisser au-dessous des foyers péritonéaux infectés. C'est sur l'utilité de l'exclusion de la grande cavité péritonéale de ces foyers drainés que j'insiste et sur la possibilité de le faire dans un grand nombre de cas.

M. CONDAMIN. — Cette méthode de péritonisation, reconnue excellente par tous, a été utilisée avec diverses variantes par nombre de chirurgiens. On en trouve la description détaillée dans le Manuel des procureurs, où ont été réunis les procédés classiques de la médecine opératoire.

M. GOULLIoud. — Depuis quelques années, j'assure le drainage du pelvis par le vagin, au moyen d'une mèche, laissée au fond du cul-de-sac postérieur. Et pour éviter l'occlusion post-opératoire, j'étaie maintenant l'S iliaque sur la ligne de sutures péritonéales ainsi que sur la mèche, auxquelles les anses grêles ne peuvent plus adhérer. J'ai été amené à cette pratique par la constatation que j'avais faite de la fréquence relative des occlusions post-opératoires après résection de l'S iliaque.

Je laisse cependant le péritoine un peu ouvert par en bas ; c'est en cela que ma méthode diffère de celle de M. Albertin.

Quant à la péritonisation du pelvis, les communications de Duret (de Lille), de Doyen, de Jonnesco, plusieurs thèses de Paris, l'ont fait connaître depuis plusieurs années.

M. ALBERTIN. — Après l'ablation d'une tumeur intéressant le péritoine pelvien, on péritonise comme on le peut et je connais les modes de péritonisation décrits. Mais tous les chirurgiens ne se conduisent pas de la même façon au point de vue du drainage péritonéal. M. Goullioud, par exemple, laisse une mèche en communication avec la grande cavité péritonéale. Je suis d'avis, au contraire, que l'on doit, autant que possible, fermer la grande cavité péritonéale et extérioriser par rapport à elle les foyers à drainer.

C'est donc moins le mode de péritonisation que l'exclusion du foyer drainé qui nous paraît constituer un procédé utile et dont l'application mérite d'être recommandée.

Si le foyer drainé réagit, il réagit en dehors de la grande cavité péritonéale, c'est le point important de la question.

Je publierai d'ailleurs in extenso une série d'observations bien démonstratives sur ce point.

*
* *

PYLORECTOMIE PARTIELLE POUR NÉOPLASME, SUIVIE DE PYLORECTOMIE TOTALE AVEC GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE.

M. ALBERTIN. — Je vous présente une malade dont j'ai déjà signalé l'observation. Le 11 mars 1904, je lui fis une pylorectomie partielle pour un néoplasme très limité. La résection portait plutôt sur l'antra du pylore que sur le sphincter pylorique. Les vomissements cessèrent, mais les phénomènes spasmodiques persistèrent avec digestions pénibles et persistance de l'amaigrissement. Aussi je lui ai fait, le 7 avril 1905, une pylorectomie totale, suivie de gastro-entéro-anastomose.

L'ablation du pylore m'a permis de faire examiner l'ancienne cicatrice où, d'ailleurs, il n'a pas été constaté de récurrence néoplasique, soit un an après l'intervention.

L'examen histologique fait, lors de la première intervention, par M. Paviot, avait révélé un épithélioma des glandes à mucus du pylore.

Cette observation est intéressante en ce sens que l'ablation de la tumeur n'avait pas fait cesser les spasmes pyloriques et que j'ai dû compléter ma première intervention par une pylorectomie totale avec gastro-entéro-anastomose. La malade digère bien depuis la dernière opération, elle a augmenté de plus d'un kilog. en un mois, se déclare satisfaite du résultat.

*
* *

TUMEUR RÉNALE EXTRÊMEMENT VASCULAIRE, SOLIDE ET FLUCTUANTE; ABLATION PAR LA VOIE ABDOMINALE; GUÉRISON.

M. ALBERTIN. — Je vous présente cette malade à qui j'ai enlevé une volumineuse tumeur du rein gauche. Ce néoplasme s'est développé sans hématuries, sans douleurs; le volume seul de la tumeur a révélé sa présence.

Après l'avoir examinée, je conclus à une tumeur liquide et crus avoir affaire à un rein mobile hydronéphrosé. La laparo-

tomie me permit d'enlever la tumeur que voici. C'est une tumeur solide, d'aspect encéphaloïde, qui pesait 1.300 gr. En sectionnant la tumeur sur son grand axe, qui mesurait 20 centimètres, on vit s'écouler 750 gr. de sang.

Cette énorme proportion de liquide sanguin, contenu dans la tumeur, permet d'expliquer la fluctuation perçue pendant l'examen.

Après l'ablation, j'ai réséqué la capsule qui entourait la tumeur et j'ai reconstitué le péritoine postérieur devant la loge rénale, puis j'ai complètement réuni l'incision de la laparotomie.

La malade a guéri sans incident.

Séance du 18 mai 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. BÉRARD, secrétaire, lit le procès verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

SYMPHYSE STAPHYLO-PHARYNGÉE, SYPHILITIQUE.

M. DURAND. — J'ai l'honneur de vous présenter au nom de M. Martin et au mien un malade que nous avons traité ensemble pour une symphyse staphylo-pharyngée syphilitique.

Cet homme âgé aujourd'hui de 55 ans a eu un chancre syphilitique il y neuf ans et ne s'est traité que pendant la période primaire. Bien qu'il ait eu dans les délais normaux des accidents secondaires cutanés et muqueux, des céphalées, il ne fit aucun traitement une fois le chancre cicatrisé.

En septembre dernier apparurent les premiers troubles survenus depuis les accidents secondaires, des symptômes pharyngiens, douleurs, sensation de sécheresse, déglutition pénible. Cette « angine » fut traitée, mais se montra très rebelle et ne s'atténua même pas.

Bientôt, la respiration nasale devint difficile, puis impossible, et le malade dut ne respirer que par la bouche, ce qui augmenta les signes pharyngiens. Vers le mois d'octobre, il commença à ne plus pouvoir se moucher, et rapidement se confirmèrent les signes révélateurs d'un défaut de communication entre le pharynx buccal et les fosses nasales.

Le traitement spécifique fut appliqué sans résultat, et le malade, entré dans le service de clinique de l'Antiquaille, me

fut montré par M. Nicolas, chargé de ce service. A ce moment les troubles de la symphyse staphylo-pharyngée étaient très intenses, et l'examen local était très démonstratif.

A première et superficielle inspection, rien ne révélait la lésion, le bord du voile, la luette, les piliers antérieurs et les amygdales paraissaient en état normal. En examinant de plus près, on remarquait vite que les piliers postérieurs n'avaient pas leur saillie normale et étaient collés à la paroi postérieure du pharynx dont ils étaient à peine distincts. Le toucher révélait de même que le dos du voile adhérait au pharynx, sauf au niveau de la luette où persistait un orifice admettant environ une bougie n° 18. La paroi postérieure du pharynx était à peu près normale sur la ligne médiane; elle montrait latéralement de chaque côté, une bande d'aspect cicatriciel. L'état général n'était pas touché.

J'opérai ce malade le 4 avril, la cocaïne me donna une anesthésie suffisante, permit au malade de rester assis, et d'expulser ainsi plus facilement les sécrétions et l'hémorragie que l'adrénaline rendit insignifiante et peu gênante.

La séparation du voile et du pharynx se fit très facilement à l'aide des simples ciseaux courbes. Leur tâche était facilitée par des tractions faites sur la luette et sur le bord du voile à l'aide de deux des pinces érignes à petites dents, dites pinces de Tuffier, qu'on emploie pour la chirurgie intestinale. Le voile parfaitement tendu, les adhérences se voyaient nettement et se sectionnaient très simplement.

On a beaucoup plus de jour que je ne le supposais, et deux doigts trouvèrent vite place dans le pharynx restauré. Quelques coups de ciseaux tentèrent de détacher les piliers postérieurs, mais n'y parvinrent qu'incomplètement.

Mon rôle était terminé : M. Martin intervint alors, et mit en place l'élégant et ingénieux appareil qu'il a inventé, et dont il va vous entretenir. Grâce au port continu de cet appareil à pressions douces, la cicatrisation a pu se faire sans sténose fâcheuse et l'état du malade est actuellement très satisfaisant. Il a pu porter son dilatateur sans en éprouver aucun inconvénient, même léger, il a appris à le sortir et à le remettre en place après nettoyage, ce qu'il fait sans la moindre difficulté. Il sera bientôt en état de le quitter après en avoir obtenu la perméabilité complète et définitive, je l'espère, de sa cavité pharyngienne.

J'insiste en terminant sur la nécessité qu'il y a de maintenir longtemps en place le dilatateur et sur l'excellence de l'appareil Martin qui résout parfaitement cette difficulté et peut rester des mois en place sans amener aucune gêne. Il résout aussi d'une façon complète le problème du traitement des adhérences staphylo-palatines en conservant l'orifice de diamètre normal que lui a rendu l'intervention et que, sans lui, la cicatrisation rétractile ferait rapidement disparaître.

M. VALLAS. — J'ai eu l'occasion d'employer cette méthode chez une malade de Valence. Le résultat a été excellent.

L'acte opératoire dans ce cas est très simple, mais ce sont les suites du traitement qui étaient compliquées avant les découvertes de M. Martin. Actuellement avec les appareils de M. Martin notre tâche est très facilitée et seuls les appareils qu'il nous fournit sont capables de nous donner ces excellents résultats.

M. MARTIN. — Depuis longtemps déjà divers appareils avaient été appliqués pour mettre un obstacle à la formation de nouvelles adhérences entre le voile libéré et la paroi du pharynx, dans le cas de symphyse staphylo-pharyngée; mais les résultats n'avaient pas répondu aux espérances des chirurgiens, parce que ces appareils n'avaient pas pu être supportés.

Jusqu'en 1893, la question n'avait, pour ainsi dire, nullement progressé, ou plutôt était restée en suspens.

A cette époque, M. Albertin me proposa d'essayer à nouveau la prothèse. Après avoir réfléchi sur la forme et la disposition à donner à un appareil pouvant être maintenu entre les surfaces cruentées de la plaie après libération sanglante du voile, j'établis un appareil que je vous présente, et qui est formé d'une plaque de caoutchouc mou renforcée sur les bords et terminée à sa partie supérieure par deux prolongements pénétrant dans les choanes et se mettant à cheval sur le bord postérieur de la cloison. Ces deux prolongements se continuaient par des tubes de caoutchouc qui sortaient par les narines et étaient fixés en avant.

De l'extrémité inférieure de cette plaque partaient deux autres prolongements qui descendaient un peu plus bas que les piliers du voile. La plaque mesurait environ trois centimètres de largeur à sa partie moyenne.

L'application de cet appareil fut très facile, et il fut très bien supporté. Rousset, dans sa thèse (1897), inspirée par Albertin, donnait trois observations avec des résultats très satisfaisants.

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'appliquer trois ou quatre fois cet appareil, et toujours avec le même succès que chez la malade qui vous est présentée aujourd'hui. Elle a été opérée par M. Albertin il y a

trois ans, et, comme vous pouvez le constater, le résultat s'est parfaitement maintenu.

M. Berini, de Barcelone, qui a essayé les méthodes les plus usitées pour le traitement de cette lésion, a, dans une conférence qu'il fit en 1902, à Barcelone, déclaré que la méthode Albertin-Martin est de beaucoup supérieure aux autres ; il en a obtenu d'excellents résultats.

Les deux autres malades ici présents ont été opérés, l'un par M. Albertin, l'autre par M. Durand. Ces deux interventions ont été faites il y a quelques semaines ; les malades sont encore porteurs de leurs appareils, qui sont invisibles. En effet, les premiers appareils que j'ai établis pour ce genre de lésions venaient prendre leur point d'attache en avant sous la cloison ; ils présentaient par cela même de sérieux inconvénients, celui entre autres d'être beaucoup trop apparents pour des appareils qui doivent être portés assez longtemps.

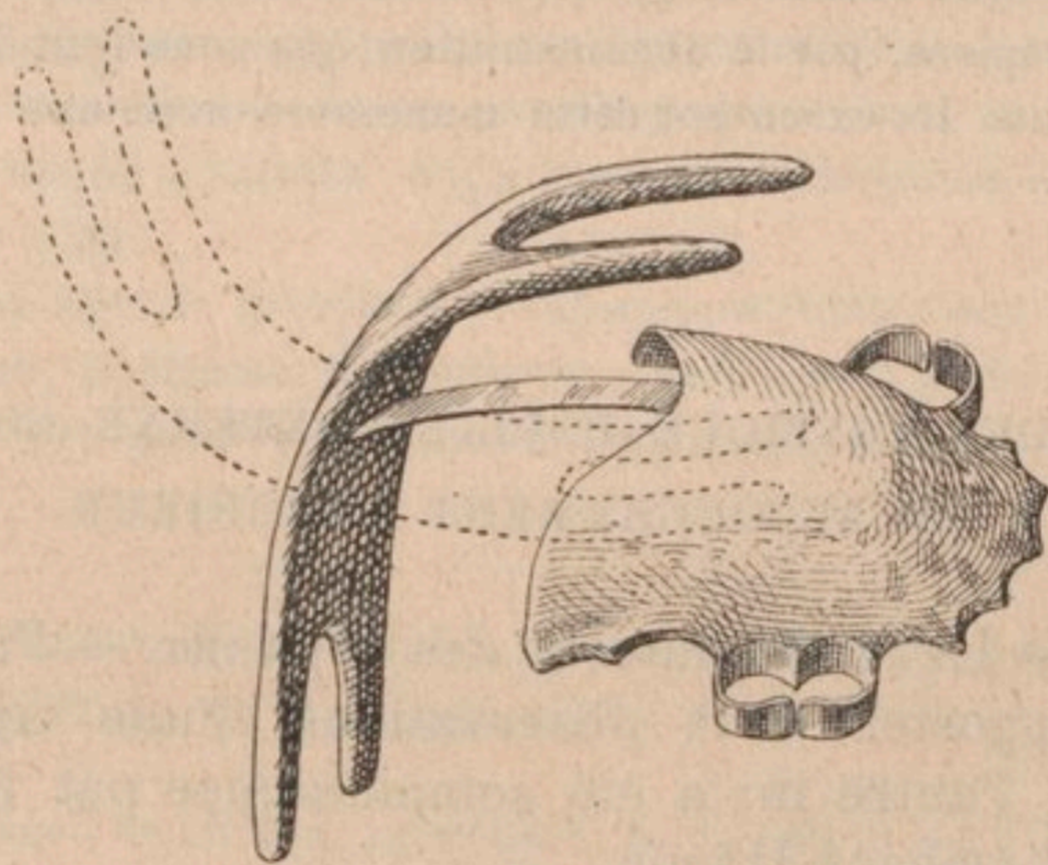


Fig. 1.

Dans une nouvelle série d'appareils j'ai supprimé les tubes de caoutchouc, et j'ai fixé l'appareil au moyen d'une tige prenant son point d'appui sur une pièce dentaire. Mais comme cet appareil a une longueur totale de 8 à 10 centimètres, il était difficile de le faire pénétrer derrière le voile. C'est alors que nous avons eu l'idée, mon fils et moi, d'appliquer à cette pièce pharyngienne le dispositif qui me sert depuis longtemps déjà pour l'application des obturateurs, c'est-à-dire d'articuler par une charnière la pièce pharyngienne à sa tige de fixation au niveau de leur point de réunion (fig. 1).

C'est une malade de M. Vallas qui nous a inspiré ce procédé. Au moment de l'opération, M. Vallas lui avait appliqué le premier appareil avec tube venant s'attacher en avant sous la cloison ; il était parfaitement sup-

porté et tout allait très bien ; mais la malade ne voulait pas quitter l'hôpital avec un appareil aussi visible. C'est alors que nous l'avons remplacé par le nouveau dispositif que je viens de vous décrire.

Ce dernier a l'avantage de permettre l'introduction de la pièce pharyngienne dans la bouche, parallèlement à la voûte palatine jusqu'à ce que son extrémité se soit insinuée entre le voile et le pharynx. Il suffit alors d'un simple mouvement de bascule de la pièce autour de son articulation pour qu'elle se mette en place : son extrémité supérieure remonte dans le pharynx, et par son mouvement de rotation en contournant le voile, s'introduit jusqu'au milieu du plancher des fosses nasales, tandis que son extrémité inférieure prend contact avec la paroi pharyngienne sans qu'il soit nécessaire qu'elle descende très bas dans cette cavité.

Ce genre d'appareil, outre l'avantage d'être invisible, a celui de pouvoir être nettoyé très facilement.

Vous pouvez vous rendre compte de la facilité avec laquelle l'appareil s'enlève et se replace, par la démonstration que vous font les deux malades ici présents. Ils exécutent cette manœuvre avec une rapidité surprenante.

*
**

PARALYSIE DU SCIATIQUE POPLITÉ EXTERNE CONSÉCUTIVE A UN ACCOUCHEMENT LABORIEUX.

M. Georges LECLERC, interne des hôpitaux. — J'ai l'honneur de vous rapporter deux observations, l'une appartient à M. Albertin, l'autre lui a été communiquée par les docteurs Chanoz et Chambard-Hénon.

La malade de M. Albertin entre dans son service pour des pertes purulentes accompagnées d'une température à grandes oscillations. Ces symptômes étaient survenus à la suite d'un accouchement qui se passa dans les conditions suivantes : La malade, primipare, âgée de 33 ans, n'ayant aucun antécédent pathologique, eut une grossesse normale. Les douleurs commencèrent le 16 janvier et l'enfant se présenta par la face ; le travail fut très long, très pénible et dut se terminer par une application de forceps, qui entraîna une déchirure du périnée ; l'enfant d'ailleurs était mort pendant le travail.

Aussitôt après l'accouchement, au moment où la femme se réveilla, elle s'aperçut que ses deux membres inférieurs étaient complètement paralysés. Cette paraplégie resta complète pendant huit jours, sans s'accompagner d'aucun trouble sensitif ni d'aucune douleur. A ce moment les phénomènes paralytiques diminuèrent rapidement ; en peu de temps

ils avaient complètement disparu à gauche, tandis qu'à droite ils s'étaient limités nettement dans le domaine du nerf sciatique poplité externe.

A l'entrée dans le service, on constate tous les signes d'une paralysie complète du sciatique poplité externe droit : le pied est en varus équin ; la flexion dorsale du pied, l'extension des orteils, l'abduction et la supination du pied sont impossibles ; la malade marche avec beaucoup de difficulté et en steppant. Il existe en outre une atrophie déjà considérable des groupes musculaires atteints. Les réflexes rotuliens sont conservés. Il n'existe aucun trouble sensitif, ni subjectif ni objectif.

Au toucher vaginal, on trouve sur les parois postéro-latérales du vagin, de chaque côté de la fourchette, deux plaques de sphacèle qui conduisent dans des clapiers purulents remontant le long du rectum, dans le tissu cellulaire périvaginal ; ces clapiers remontent très haut surtout du côté droit.

Grâce à des pansements modificateurs (baume du Pérou, crayons xéroformés), ces clapiers se comblèrent peu à peu et au bout de deux mois la malade pouvait partir : son pied droit à ce moment était toujours tombant et la gênait considérablement pour marcher, aussi lui fit-on faire un appareil à traction élastique, suppléant ses fléchisseurs et remédiant à la chute de son pied.

Nous avons revu la malade il y a quelques jours : son pied s'est beaucoup amélioré ; il persiste toujours un degré assez accentué de paralysie des muscles fléchisseurs et péroniens ; mais elle marche bien, même sans appareil.

L'autre observation nous a été communiquée par le docteur Chambard-Hénon et M. Chanoz :

M^{me} C..., âgée de 27 ans, primipare, a un début de grossesse normal.

Vers les 2^e, 3^e et 6^e mois, elle fait des chutes accidentelles ; la dernière, dans un escalier, amène une menace d'avortement, pendant conjurée.

Vers le septième mois, à la suite d'une promenade un peu longue, une douleur sciatique droite apparaît. Les sensations intermittentes d'abord localisées dans la cuisse, s'irradient dans le mollet, le pied ; elles augmentent de fréquence, de durée et d'intensité jusqu'à l'accouchement, mais sans signe de paralysie.

Le 23 mars, la patiente est à terme. Le travail débute, accompagné de douleurs atroces de toute la jambe droite, accentuées surtout dans le mollet au moment des contractions utérines. Après plus de cinq heures de séjour de l'enfant à la vulve, le Dr Chambard-Hénon est appelé. Il fait une application pour O. I. D. P., sans difficulté. L'enfant ne put être ramené.

Au moment de la traction, la malade a ressenti une douleur très vive

dans les trois premiers orteils droits et les trois premiers doigts de la main droite. La muqueuse du vagin s'est sphacélée dans la suite. Pendant un mois et demi a persisté une paralysie de la vessie. Il n'y eut pas d'élévation de la température.

Deux jours après l'accouchement, on constate les signes de paralysie : chute de la pointe du pied, abduction de la cuisse. Pendant un mois ce sont les phénomènes douloureux, surtout accusés la nuit, qui dominent la scène : la jambe, la cuisse, sont immobilisées et traitées par des applications calmantes diverses.

Le 25 avril, les constatations suivantes sont faites avec le Dr Baurand, suppléant M. Chambard-Hénon : abaissement du pli fessier, chute de la pointe du pied en dedans ; faible abduction de la cuisse. Signe de Lasègue ; douleur provoquée par la pression aux points d'élection. Pas de modifications appréciables du réflexe rotulien, ni de la sensibilité cutanée. Atrophie très marquée de la jambe droite.

L'examen électrique donne ces résultats :

1° Diminution de l'excitabilité faradique des muscles de la région interne de la cuisse ;

2° Réaction de dégénérescence à peu près complète dans le territoire du nerf sciatique poplité externe : a) perte totale de l'excitabilité faradique des muscles ; b) légère augmentation de l'excitabilité galvanique des muscles ; c) les secousses provoquées par la fermeture du courant continu sont lentes. Elles apparaissent à peu près pour la même intensité aux deux pôles : positif et négatif.

On institue le traitement suivant : courant continu de faible intensité appliqué au moyen d'une large électrode représentant le pôle positif au-dessus de l'émergence du sciatique, et d'un bain pour le pied, réuni au pôle négatif.

Le 14 mai, les douleurs ont à peu près disparu. La tonicité musculaire paraît accrue, la pointe du pied tombe moins. La malade peut marcher en s'aidant d'une béquille.

On conseille les précautions connues pour éviter les déformations ultérieures : bandage du pied, forte chaussure montant très haut. Aux applications quotidiennes de courant continu on ajoutera quelques secousses galvaniques espacées pour amener la contraction des muscles malades. Plus tard, s'il y a lieu, on fera de la faradisation.

Les paralysies des membres inférieurs survenant à la suite d'un accouchement constituent un accident exceptionnel, bien connu cependant et bien étudié par Bianchi qui en fit le premier une étude très complète (thèse de Paris, 1867), puis par Lefebvre (thèse de Paris, 1896), Dorion, Brivois, enfin par M. Vinay dans son livre sur les maladies de la grossesse ; cet

auteur publia en outre une observation fort intéressante dans la *Revue de Médecine*, 1887

Les paralysies consécutives à un accouchement rentrent d'ailleurs dans deux catégories bien différentes : les unes sont dues à des névrites périphériques, elles-mêmes sous la dépendance de l'infection ; les autres sont des paralysies traumatiques : elles surviennent à la suite d'un accouchement laborieux, terminé ou non par une application de forceps et sont dues à la compression du plexus sacré.

Il est de toute évidence que les deux cas que nous venons de vous communiquer rentrent dans la seconde catégorie, celle des paralysies traumatiques : il suffit en effet, pour s'en convaincre, de remarquer que les phénomènes paralytiques sont survenus immédiatement après l'accouchement chez la première malade, très peu de temps après la seconde. Chez toutes deux, d'ailleurs, le traumatisme a laissé des traces persistantes, le sphacèle des parois du vagin et du tissu cellulaire sous-jacent témoignent de son intensité. Le forceps a été employé dans les deux cas, mais ce n'est certainement pas lui qui est la cause des dégâts.

Bien que nous n'ayons aucun détail sur la façon dont il fut appliqué chez la malade de M. Albertin, nous pouvons affirmer que la pression de l'instrument n'a pu être ni assez intense, ni surtout assez prolongée pour créer de pareils désordres ; quant à la seconde malade, la question ne se pose même pas, puisque M. Chambard-Hénon fit une application de forceps à la vulve et qu'une traction très faible suffit à dégager la tête.

La cause des désordres observés (sphacèle et paralysie) réside certainement, au contraire, dans la longueur du travail : la tête séjournant longtemps dans l'excavation et à la vulve, a comprimé le plexus sacré et amené la mortification du tissu cellulaire périvaginal et de la muqueuse du vagin.

La preuve que c'est la cause ordinaire des paralysies traumatiques post-partum, c'est que les observations qu'on en peut lire relatent toutes la longue durée du travail, tandis qu'un certain nombre seulement d'entre elles mentionnent une application du forceps : la fréquence relative de ces derniers cas perd d'ailleurs toute signification, si on remarque que les accouchements où le travail est long et pénible, se termi-

ment précisément dans beaucoup de cas par une application de forceps.

Les paralysies que nous venons rapporter sont dues à la compression du plexus sacré par la tête fœtale, au cours d'un travail prolongé. Mais ce qui est curieux, c'est la limitation de ces phénomènes paralytiques au domaine du nerf sciatique poplité externe : or dans la plupart des observations de paralysie traumatique d'origine obstétricale, il en est ainsi : la paralysie est presque toujours unilatérale et limitée au sciatique poplité externe, soit d'emblée comme dans l'observation II, soit, dans la grande majorité des cas, après une période assez courte de paralysie plus ou moins complète du membre inférieur.

La cause de cette vulnérabilité particulière du nerf sciatique poplité externe a été montrée par Lefebvre et exposée par M. Vinay. La compression porterait sur le nerf lombo-sacré : ce nerf, branche antérieure du cinquième nerf lombaire, contribue à former le grand nerf sciatique ; il fournit la partie externe de ce nerf, celle dont les fibres vont précisément former le sciatique poplité externe. Or le nerf lombo-sacré avant d'atteindre le plexus sacré, passe isolément sur la crête innominée : c'est là qu'il serait comprimé par la tête fœtale au cours d'un accouchement laborieux.

M. PATEL. — Répondant à la demande de M. Albertin, je viens vous communiquer l'histoire d'une paralysie du sciatique poplité externe, survenue au cinquième mois de la grossesse, et durant encore quatre mois après l'accouchement. Comme il s'agit de faits relativement rares, je vous donne l'observation avec tous les détails que j'ai pu recueillir.

Observation. — Jeune femme, âgée de 27 ans.

Ses antécédents personnels sont les suivants : Jusqu'à l'âge de 7 ans, elle eut des affections légères (rougeole, scarlatine, plusieurs bronchites) ; à l'âge de 13 ans, diphtérie. A 17 ans, elle eut une poussée douloureuse au niveau du pied gauche, affection qualifiée de rhumatismale ; les autres articulations cependant ne furent pas envahies. Depuis, la malade n'a jamais eu d'accidents analogues.

A l'âge de 20 ans, elle fut soignée pour une appendicite, qui sembla n'avoir été qu'un embarras stercoral du cæcum ; il n'y eut aucune autre crise depuis. Pendant cette maladie, et après, la malade n'a jamais ressenti de douleurs dans son membre inférieur droit. Peu après, fièvre typhoïde légère.

A l'âge de 25 ans, le 16 juin 1903, premier accouchement, tout à fait

normal; le fœtus était en O I G A; le bassin était bien conformé, le promontoire inaccessible. On avait noté cependant à cette époque un léger relèvement de l'arc antérieur du côté droit, qui ne gêna nullement l'accouchement.

Celui-ci fut tout à fait normal; le travail dura huit heures; l'enfant pesait 2580 grammes; le frontal et le pariétal du côté gauche étaient légèrement déprimés. La malade se leva au onzième jour.

Elle nourrit son enfant jusqu'au début du mois d'août 1904. A cette époque, la malade ressentit des mouvements dans l'abdomen: un médecin consulté reconnut une grossesse au cinquième mois. L'allaitement fut interrompu le 4 août 1904. Aucun trouble immédiat ne s'en suivit.

Le 14 août, c'est-à-dire dix jours après la cessation de l'allaitement, brusquement, dans la matinée, la malade ressentit une douleur extrêmement violente dans tout le membre inférieur droit; elle fut obligée de s'aliter, et, dans l'espace d'une journée, la perte des mouvements dans ce membre fut complète. Dès ce premier jour, le pied tombait en avant; toute tentative de redressement demeurait inutile.

Les douleurs persistèrent huit jours, avec toute leur intensité; on dut recourir à la morphine.

Au bout de huit jours, la douleur s'était calmée, mais l'impotence fonctionnelle était toujours absolue; aucun mouvement du pied ou de la jambe n'était possible.

Cette perte complète des mouvements du membre inférieur droit ne persista pas longtemps; peu à peu la malade put détacher le talon du lit, fléchir la main et la jambe; et à mesure que tous ces mouvements se rétablissaient, le pied tombait encore davantage en avant et en dedans.

En somme, dès les premiers jours de septembre, trois semaines environ après le début des accidents douloureux, la paralysie du sciatique poplitée externe persistait seule; la malade put se lever, marcher en step-pant; le varus devint moins accusé, et la gêne fonctionnelle fut atténuée. Pendant toute la durée de la grossesse, cet état persista, sans modification aucune.

L'accouchement se fit le 21 décembre 1904; les douleurs commencèrent le 20 décembre, à huit heures du soir; et dans la nuit du 21 décembre, à trois heures du matin, on fit une application de forceps. Il semble qu'il se soit agi d'un forceps à la vulve; l'application des branches de l'instrument fut très douloureuse; les tractions provoquèrent des tiraillements dans la région lombaire; elles ne durèrent cependant que *cinq minutes* et furent exécutées par le médecin seul. L'enfant était bien conformé, pesait 2630 grammes. Une déchirure périnéale, faite au moment du dégagement, fut suturée immédiatement.

Après son accouchement, la malade sentit sa jambe plus légère; elle

n'eut aucun fourmillement, aucune sensation douloureuse; néanmoins, le pied tombait toujours.

La malade se leva au onzième jour après son accouchement, se mit à marcher, comme elle le faisait pendant sa grossesse, avec son pied tombant toujours en avant et en dedans.

On fit des séances de *courants interrompus* à la fin de mars (trois mois après l'accouchement); il n'y eut à aucun moment de contractions musculaires dans le territoire du sciatique poplité externe; la malade ne souffrit pas pendant les applications du courant; il lui sembla cependant, qu'au bout de quelque temps, le pied était un peu plus ferme.

Je vis la malade au début du mois de mai 1904; elle a toutes les apparences d'une santé parfaite; elle allaite elle-même son enfant et se plaint seulement de la difficulté qu'elle éprouve en marchant. La marche, en effet, s'effectue sans grande douleur, mais avec peine; la malade est obligée de s'appuyer sur une forte canne, elle *steppe*, d'une façon tout à fait caractéristique, ce qui laisse déjà supposer la lésion dont elle est atteinte.

Les appareils viscéraux sont sains; elle ne porte aucune trace d'affection antérieure; pas d'albumine dans les urines. Il n'y a ni amaigrissement, ni trouble générale.

A l'examen du membre inférieur droit, on constate immédiatement que la jambe est considérablement atrophiée, principalement par la partie antéro-externe, où l'on devine aisément les saillies du bord antérieur du tibia et de la face externe du péroné. Le pied tombe en avant et sa face dorsale est dirigée en dehors, tandis que la face plantaire tend à regarder en dedans.

La malade ne peut relever le pied sur la jambe, ni le porter en dehors; elle peut seulement exécuter quelques mouvements de rotation en dedans; la flexion en arrière est possible. Les orteils exécutent des mouvements de flexion, l'adduction et l'abduction (ceux-ci mêmes sont exagérés); l'extension de la première phalange est permanente, mais les deux dernières restent fléchies; la malade ne peut absolument pas les relever.

A la palpation, on se rend compte que la peau est un peu moins souple que du côté opposé; les masses musculaires antéro-externes sont atrophiées très notablement. Le trajet du sciatique poplité externe est nettement douloureux en deux points: au niveau de son passage au-dessus de la tête du péroné et au niveau de son émergence, sur la face dorsale du pied, au-dessous du ligament annulaire du cou-de-pied.

La sensibilité est intacte à la jambe et au pied (sensibilité au tact, à la piqure, à la chaleur).

Réflexe rotulien diminué à droite.

L'appareil vasculaire est intact; les artères tibiale postérieure et pé-

dieuse battent normalement; il n'y a pas d'œdème, aucun trouble trophique.

On note quelques mouvements de latéralité dans l'articulation tibio-tarsienne et une laxité particulière dans les autres articulations du pied.

Les mensurations donnent les résultats suivants ;

Dans le sens de la longueur, aucune modification ;

Dans le sens de la largeur :

Du côté gauche (à 10 cent. de la pointe de la rotule), 30 cent.

Du côté droit, 27 cent.

Il y a donc 3 centimètres de diminution dans la circonférence (ce qui représente la mesure de l'atrophie).

Le reste du membre inférieur droit est normal. La cuisse est intacte comme force et comme dimensions ; la hanche et le genou ont leurs mouvements habituels non gênés.

Rien au membre inférieur gauche.

Le bassin, la colonne vertébrale ne paraissent nullement déviés ; le reste du squelette est absolument sain.

L'examen électrique a montré que les courants interrompus n'amaient aucune contraction dans le territoire du sciatique poplité externe droit ; les courants continus provoquent au contraire des contractures très nettes, principalement dans le muscle du jambier antérieur.

Comme on le voit, il s'agit d'une paralysie du sciatique poplité externe, qui a débuté brusquement au 5^e mois de la grossesse, qui s'est maintenue pendant toute sa durée, et qui persiste encore sans s'être modifiée plus de quatre mois après l'accident. La paralysie est complète, puisque la réaction de dégénérescence est des plus nettes.

Si j'ai rapporté cette observation en détail, c'est qu'il s'agit de cas relativement rares et que la question des paralysies du sciatique poplité externe qui surviennent pendant la grossesse et après l'accouchement est encore entourée d'obscurités si l'on veut préciser l'étiologie et le mécanisme.

Il ne s'agit pas ici d'une paralysie vraiment obstétricale au sens exact du mot, analogue à celles qui sont rapportées par Bianchi (th. de Paris, 1867, Paralysies traumatiques des membres inférieurs chez les nouvelles accouchées), par Lefebvre (Th. de Paris, 1876, Paralysies traumatiques des membres inférieurs consécutives à l'accouchement laborieux), par Vinay (*Revue de médecine*, 1887, Paralysies obstétricales du sciatique poplité externe), etc. Dans tous ces cas, la paralysie est survenue au moment de l'accouchement, ou peu après, et on note toujours cette donnée étiologique importante : un accouchement laborieux, une tête volumineuse, des tractions prolongées avec le forceps, appliquées le plus souvent au détroit supérieur.

Dans l'observation rapportée, on voit que *la paralysie est survenue pendant la grossesse* et sa cause n'apparaît pas très nettement au premier abord. Il s'agit de faits, sans doute, peu fréquents, mais bien connus aujourd'hui. Vinay, dans son *Traité des maladies de la grossesse*, décrit bien des paralysies survenant pendant la gestation. En 1896, à Lyon, Bayle consacrait sa thèse aux névrites puerpérales, et dans la thèse récente de Puyo (Paris, 1904-1905, *Névrites gravidiques*), on peut trouver la plupart des cas publiés à ce sujet.

Tantôt, il s'agit de lésions généralisées, polynévrite généralisées, tantôt de lésions localisées pouvant siéger un peu partout ; mais quand on les voit au membre inférieur, c'est le poplité externe surtout qui est envahi.

Dans la plupart de ces observations, les névrites sont survenues à la suite d'un état infectieux grave ; les malades ont déjà depuis quelque temps des céphalées, des vomissements lorsque surviennent des accidents nerveux ; il s'agit de véritables *névrites périphériques d'origine infectieuse*.

Si on se reporte aux détails de l'observation précédente, on voit qu'il n'y a eu aucune maladie infectieuse antérieure, pas d'albuminurie, pas de vomissements ; les symptômes sont survenus en pleine santé : diffus d'abord pendant quelques mois, sans élévation de température sur tout le membre inférieur, puis localisées secondairement sur le sciatique poplité externe.

Un fait seulement est frappant, c'est que les accidents sont survenus dix jours seulement après la cessation de l'allaitement. Faudrait-il supposer qu'il y ait eu à ce moment résorption de toxines dans l'organisme de la mère ? La chose paraît peu vraisemblable ; la sécrétion lactée ne sert pas à l'élimination de toxines, et, de plus, la mère n'a rien eu, après son sevrage, qui laisse supposer une infection générale, même minime.

En 1902 (*American Journal of Observation*, septembre, p. 326), Aldrich, dans un article sur les paralysies survenant pendant la grossesse et pendant les suites de couches, différencie nettement ces deux catégories. Pour lui, les *paralysies post-partum* sont dues à des phénomènes de compression (en particulier du trou lombo-sacré). Les *paralysies qui surviennent pendant la grossesse* peuvent être dues à des infections générales graves, et on a affaire à des névrites périphériques d'origine infectieuse. Mais, dans les cas où l'on ne peut admettre une origine névritique, Aldrich cherche une autre explication ; il la trouve dans des phénomènes de compression dus à une tête fœtale, même peu volumineuse, qui appuie peut-être sur les racines du sciatique poplité externe, peut-être aussi sur les vaisseaux iliaques, principalement le tronc veineux. Dans le premier cas, on invoque le même mécanisme que dans les paralysies post-partum, mais plus lent. Dans le second cas la compression des vaisseaux iliaques déterminerait dans le tronc ner-

veux une sorte de *paralysie ischémique*, analogue à la paralysie ischémique de Volkmann atteignant les muscles eux-mêmes, survenant à la suite d'une compression prolongée, celle qu'exerce la bande d'Esmarch, par exemple. Dans les deux cas on peut avoir au début de simples troubles fonctionnels, et plus tard des lésions définitives qui créent des désordres irréparables.

Je ne sais si on est en droit d'admettre une semblable théorie dans l'observation mentionnée. L'état infectieux étant hors de cause, faudrait-il invoquer la présence d'un fœtus dans la cavité abdominale et dire que celui-ci a bien pu agir par compression directe, soit des racines nerveuses elles-mêmes, soit des troncs vasculaires ? Je ne saurais me prononcer.

Quoi qu'il en soit de la cause, on ne peut s'empêcher d'être étonné de la sensibilité spéciale du nerf sciatique poplité externe et de la facilité avec laquelle il est paralysé. On peut rapprocher ce nerf du nerf cubital, qui est, ainsi que le dit M. Jaboulay, le nerf sensible du membre supérieur. Quand il s'agit de phénomènes de compression directe, on peut invoquer la situation et les rapports des racines nerveuses. Quant il s'agit de paralysies toxiques ou ischémiques, on en est réduit à des hypothèses qui viendront peut-être lever des examens approfondis de la texture même de ces nerfs.

M. VINCENT. — J'ai observé une malade, qui, au début d'une grossesse normale, avait brusquement présenté une paraplégie hystérique. De fait après l'accouchement la guérison fut complète.

*
* *

DE L'ÉTALEMENT PELVIEN DU COLON TERMINAL ET DE L'OCCLUSION POST-OPÉRATOIRE PAR ADHÉRENCE.

M. GOULLIoud. — A la fin de la laparotomie, pour affections de l'utérus ou des ovaires, nous avons recours maintenant à une précaution que nous négligions jadis, ne l'ayant point vu recommander, ni exécuter. Cette précaution consiste à étaler comme un voile l'S iliaque entre le champ opératoire et l'intestin grêle. C'est bien simple et c'est utile, et cependant si quelques chirurgiens agissent de même, ils sont peu nombreux.

Pendant la laparotomie avec position de Trendelenburg, l'intestin grêle est remonté au-dessus du détroit supérieur et souvent aussi le côlon terminal. L'opération terminée, la malade est remise dans la position horizontale : anses grêles et

côlon terminal retombent dans l'excavation. C'est alors que nous avons pris l'habitude de rechercher l'anse recto-sigmoïde, de l'étendre transversalement comme un voile qui recouvre l'entrée du petit bassin, et de ne laisser qu'après les anses grêles glisser doucement sur ce voile.

Le côlon terminal, tel qu'on le décrit actuellement, est bien différent de l'S iliaque des traités classiques.

Dans la description de Sappey, l'S iliaque du côlon décrit deux courbures en S romaine dans la fosse iliaque interne et sans descendre dans le bassin, se continuer avec le rectum au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche. Pareille disposition existe, mais elle est l'exception; nous ne pouvons dire quel parti nous pourrions en tirer.

Nous trouvons à peu près toujours la disposition nouvellement décrite, bien qu'elle fût déjà signalée par Cruveihier et Huguier, d'une anse légèrement flexueuse et presque fixe dans la fosse iliaque, prenant à l'entrée du bassin un large méso, y descendant transversalement sous le promontoire, s'étendant jusqu'à la paroi pelvienne droite du bassin, puis s'infléchissant en bas pour regagner la ligne médiane dans l'excavation et se continuer avec le rectum. C'est du moins la disposition que nous lui donnons aisément, après avoir débarrassé le bassin d'une tumeur utérine ou ovarienne.

Cette anse inférieure, pelvienne, flexueuse, dite anse sigmoïde de Merkel, anse oméga de Trèves, côlon pelvien de Jonnesco, côlon terminal de Mauras, se prête admirablement au but que nous nous proposons. Chez la femme, à l'âge de la plupart des opérations abdominales, cette anse est ample; elle est souvent chargée d'une épaisse frange graisseuse qui la développe encore.

On sait bien déjà qu'on peut l'utiliser pour la suturer au péritoine des parois latérales du bassin, au péritoine de la vessie ou à celui de la paroi antérieure de l'abdomen pour péritoniser un pelvis dont le péritoine a été plus ou moins enlevé au cours d'une opération.

Donc le côlon terminal est, dans la majorité des cas, suffisant pour recouvrir d'un opercule l'entrée du bassin. Sans doute si on ne fixe pas l'anse sigmoïde, elle s'étale moins parfaitement; le cul-de-sac antérieur ne sera pas toujours absolument recouvert; si les pédicules des ligatures de l'utéro-

ovarienne gauche et ceux des deux utérines sont voilées, le pédicule de l'artère utéro-ovarienne droite reste visible. Mais l'important est que le côlon terminal ne reste pas dans la fosse iliaque, dans la grande cavité péritonéale, alors que les anses grêles s'engouffrent dans le bassin.

Il faut que le côlon terminal reprenne d'abord sa place sous le promontoire, cache le cul-de-sac de Douglas, recouvre à peu près les espaces cruentés ou suturés laissés par l'ablation de l'utérus ou de ses annexes ; puis que les anses grêles terminales de l'iléon s'étagent lentement sur la surface large et lisse du mésocôlon terminal et soutiennent elles-mêmes les anses élevées de l'iléon ou du jéjunum. C'est une remise en place progressive de tout le paquet intestinal. Il suffit pour cela de bien étaler l'S iliaque d'abord, puis de laisser le paquet des anses grêles glisser doucement, au lieu de se précipiter pêle-mêle dans le pelvis lors d'un brusque redressement du lit de Trendelenburg ou lors du retrait des compresses protectrices.

Il y a une différence sensible entre cette simple précaution que nous recommandons d'étaler l'S iliaque, et les péritonisations diverses du bassin au moyen de cette même anse du gros intestin.

Étudions d'abord celles-ci : quelques exemples nous feront ensuite saisir la différence de ces deux manières de procéder, qui d'ailleurs ne s'excluent pas.

Au dire même de M. Quénu, le premier travail dans lequel se trouve nettement exposée l'idée de la péritonisation préventive fut l'article où M. Condamin, alors assistant de notre maître, M. Laroyenne, conseille de recouvrir la surface cruentée des pédicules intra-abdominaux en adossant les bords de la séreuse par une suture au catgut fin. (*Lyon Médical*, 1894.)

Quénu et Judet, dans la *Revue de chirurgie*, de 1901, consacrent un important travail à la péritonisation dans les laparotomies, et citent dans leur historique les noms de Hégar, de Schiffer, de Riedel, Condamin, de Delbet, de Terrier et Hartmann, de Sneguireff, de Jonnesco, de Amann, de Duret. C'est contre l'occlusion par adhérence que leurs efforts sont dirigés.

Hégar a conseillé d'étaler l'épiploon et de l'étendre, quand cela est possible, jusqu'au pelvis, pour isoler les lésions pel-

viennes : nous le réservons plutôt pour séparer les anses grêles de la ligne de suture abdominale.

Schiffer a inauguré la discussion sur l'asepsie humide, pour ménager le péritoine et diminuer les adhérences post-opératoires.

Riedel, en 1904, a pratiqué la péritonisation dans les cas de laparotomie pour adhérences circonscrites.

Delbet, Terrier et beaucoup d'autres ont péritonisé avec soin, soit après l'hystérectomie abdominale, soit après les ablations d'annexes suppurées.

Sneguireff, Jonnesco, Quénu utilisent l'anse sigmoïde pour la péritonisation du petit bassin après les grands délabrements pelviens. Amann, au *Congrès international de 1900*, insiste sur l'utilisation de l'S iliaque (*die Flexur*) pour suppléer aux pertes de substance du péritoine pelvien.

De même Duret, qui traitant (*Sem. gynéc.*, 1901) de quelques modes opératoires particuliers dans le traitement des fibromes utérins, étudie en détail les procédés pour recouvrir de séreuses les espaces pelviens dénudés, et décrit enfin l'*exclusion sous-séreuse des organes pelviens* réalisée en fixant le péritoine pariétal de la paroi antérieure de l'abdomen au péritoine de la région du promontoire ou au péritoine de l'anse sigmoïde.

Enfin, dans leur communication récente, MM. Albertin et Tavernier, arrivent à recourir aussi à l'S iliaque et au péritoine vésical, non plus seulement pour péritoniser le bassin, mais dans l'idée dominante d'extérioriser hors de la grande cavité péritonéale, une cavité infectée ou susceptible de le devenir. Ils préfèrent isoler par une autoplastie séreuse plutôt que par la pose d'un large Mikulicz abdominal.

L'étalement pelvien du côlon terminal est différent de la péritonisation avec la même anse du côlon. Il nous sera facile de l'établir par quelques exemples.

Soit une myomectomie pour fibromes. L'utérus reste avec une longue incision suturée sur le fond et la face postérieure. Malgré une hémostase soignée, quelques gouttes de sang filtrent des points de suture comme de toute piqûre de l'utérus, même avec une aiguille non tranchante. Les partisans de la péritonisation considèrent leur rôle terminé après le surjet séro-séreux, et nul n'aurait l'idée de compliquer par une suture de

l'S iliaque. Nous isolons en étalant l'S iliaque, cet utérus et le drain mis dans le Douglas.

Soit une hystérectomie totale : elle nous laisse une fissure du péritoine, allant de chaque côté de la ligature de l'utéro-ovarienne à la ligature de l'utérine et une petite mèche de drainage de quelques centimètres qui va du Douglas dans le vagin. Notre tablier colique va recouvrir tout cela et l'intestin grêle retombe sur lui. C'est à peine souvent si la ligature de l'utéro-ovarienne droite apparaît. Cette manière de faire permet le drainage du péritoine par le Douglas et supprime tout drainage par la plaie de la laparotomie. C'est plus simple qu'une péritonisation. C'est peut-être moins parfait, mais très suffisant. Quant à la péritonisation, nous la ferons en cas de suintement échappant à la ligature.

Soit enfin une ablation de cancer ovarien non pédiculé avec hystérectomie et large résection du péritoine pelvien : souvent alors il est prudent de drainer et de tamponner à la gaze. Que la mèche de tamponnement sorte par le vagin ou par le bas de la plaie abdominale, le tablier colique recouvre surfaces cruentées ou mèches de gaze. C'est le cas pour être sûr que l'anse colique terminale reste bien en place, de la fixer par quelques points de suture, placés sur sa séreuse ou sur ses franges ; mais alors nous arrivons à la péritonisation pelvienne par l'S iliaque.

Nous ne prétendons aucunement la faire abandonner ; elle est plus parfaite, réalisant mieux qu'un simple étalement de l'S iliaque, l'hémostase, l'isolement des surfaces suspectes, la péritonisation de la cavité péritonéale ; mais elle n'est pas toujours nécessaire.

Dans quelques cas rares, l'S iliaque est insuffisante, ayant été refoulée ou comprimée par la présence d'une tumeur. Nous nous sommes efforcé d'y suppléer avec les anses grêles terminales, mais sans les fixer bien entendu.

Que l'on ait recours à la péritonisation ou à l'étalement du côlon terminal, un triple but est à poursuivre à la fin des interventions pelviennes :

1° L'hémostase de suintements légers : celle-ci est réalisée par la péritonisation par suture ; elle peut l'être aussi par le tamponnement avec recouvrement de tampons par l'anse sigmoïde.

2° L'isolement d'un champ opératoire suspect : tel est surtout le cas dans les lésions suppurées des annexes. On a encore ici le choix entre la péritonisation ou le Mikulicz, plus ou moins isolé des anses grêles par l'interposition du côlon terminal.

3° La préservation contre l'occlusion post-opératoire par adhérence. C'est surtout à ce point de vue que la précaution que nous conseillons pourra rendre des services.

Cette occlusion n'aboutit pas toujours à l'occlusion complète, grave, mortelle. Elle a ses formes atténuées : ce sont ces cas où, après l'opération, le ventre se ballonne, où il y a quelques vomissements verdâtres deux ou trois jours ; de la difficulté du rétablissement du cours des gaz et des matières et où tout trouble disparaît après une ou plusieurs purgations, ou mieux après une ou deux selles provoquées par des lavements. Il nous semble que depuis que nous avons recours à l'*étalement* du côlon terminal, ces fatigues des premiers jours deviennent de plus en plus rares. Ce serait beaucoup d'éviter aux opérées la somme de douleurs et d'anxiété que représente le rétablissement difficile du cours de la circulation intestinale.

D'ailleurs ces adhérences créent aussi des coliques persistantes et pour lesquelles on a dû réintervenir.

Quant à l'occlusion post-opératoire par adhérence, aboutissant à la mort, que l'on doit craindre et chercher à éviter, elle existe bien réellement.

Nous commençons à douter de sa réalité quand nous avons eu à constater deux cas, pour nous indiscutables. Ces deux occlusions tenaient précisément à ce que nous avons supprimé le côlon du petit bassin. Une anse grêle élevée, appartenant à peu près à la jonction du tiers supérieur de l'intestin grêle, était venue contracter une adhérence solide dans le pelvis.

Dans notre première observation, il s'agissait d'une femme âgée de 48 ans, atteinte d'un cancer ano-rectal déjà très avancé, puisqu'il avait amené une communication recto-vaginale. Cependant on nous avait pressé de l'opérer, et il était encore possible de dépasser les limites apparentes du mal par une large exérèse. Nous devons pour cela recourir à la méthode de M. Maurice Pollosson, à l'établissement préalable d'un anus iliaque.

L'opération eut lieu le 10 octobre 1903.

Voulant fermer le bout inférieur de l'intestin dans la fosse iliaque pour éviter tout passage des matières du côté du rectum, et pour être bien sûr de former un bon bout, nous dûmes, l'S iliaque étant très flexueuse, tirer un bout pour être certain de la direction de l'intestin. Ceci nous amena à notre insu à tirer en haut le côlon terminal et à placer l'anus artificiel très bas sur cette anse. Il en résulta qu'il n'y avait plus du côlon sigmoïde dans le bassin et qu'un paquet intestinal grêle considérable s'y précipita. Une occlusion intestinale se produisit. Un second anus artificiel, créé d'urgence, dans la fosse iliaque droite, le 13 octobre, permit de reconnaître qu'il n'y avait pas de péritonite, et amena la cessation des accidents d'occlusion. On put croire la malade guérie, mais cet anus de nécessité était sur un point élevé de l'intestin grêle, d'où inanition. La malade, déjà faible au moment de son opération, ne put résister à ces suites compliquées et succomba le 16^e jour après l'intervention.

A l'autopsie, on put constater ce qui suit :

L'anus artificiel droit créé contre l'occlusion est situé à la rencontre du tiers supérieur avec le tiers moyen de l'intestin grêle. Le point de l'intestin qui était adhérent à la mèche de drainage du Douglas mise à la place du cancer ano-rectal, était situé un peu au-dessous, c'est-à-dire dans le tiers moyen de l'intestin grêle, près du tiers supérieur.

Du côté de l'anus iliaque gauche, créé suivant l'indication de M. Pollosson, on remarque que le côlon terminal n'occupait pas le bassin, mais avait été remonté dans l'abdomen, qu'il était très long et avait subi une sorte de torsion, de volvulus; mais l'anse tordue n'était pas distendue, ne recevant ni gaz, ni liquide par son bout supérieur.

Du côté du bout rectal il ne reste plus qu'une dizaine de centimètres d'intestin affaissé.

Le Douglas présente à la place du rectum un large orifice qui avait d'abord été rempli par une grosse mèche iodoformée, et qui n'était plus fermé que par des anses grêles adhérentes, dont une anse élevée appartenant presque à la jonction du tiers supérieur et du tiers moyen.

Voici ce qui expliquait, selon nous, les accidents non observés.

C'est là, croyons-nous, un cas non discutable d'occlusion post-opératoire par adhérence.

Une seconde observation, presque aussi concluante, fut celle d'un homme à qui nous avons fait l'amputation abdomino-périnéale du rectum, dont nous avons publié l'observation complète dans le *Lyon Médical* (juillet 1904), ce qui fut notre seul insuccès sur huit cas de cancer du rectum ainsi traités.

L'opération eut lieu le 1^{er} juin 1904. Pas de shock opératoire; pouls excellent, à 80, le soir de l'opération.

Le second jour, le soir à cinq heures, le malade commence à éprouver des nausées, puis du hoquet, plus tard et le lendemain, des vomissements plutôt jaunâtres que verts; peu de douleur, plutôt de la prostration; très peu de météorisme, toujours bonne expansion diaphragmatique.

On pense à de la difficulté du rétablissement de la circulation intestinale plutôt qu'à de la péritonite.

On se propose de faire un anus artificiel sur une anse grêle si la débâcle ne se produit pas; mais on croit pouvoir attendre le lendemain.

Le lendemain 4 juin, on trouve le malade abattu, les extrémités refroidies, le pouls petit, incomptable; peu de douleurs, pleine lucidité, ventre souple et indolore; mais de la dyspnée et un peu de cyanose des membres. L'anus iliaque est desséché, et on a recueilli des vomissements de coloration brunâtre, fécaloïde, mais sans odeur.

Pensant toujours à l'obstruction par adhérence, et malgré l'état presque désespéré du malade, on se décide à faire une fistule intestinale dans la fosse iliaque droite, sous anesthésie incomplète.

Le ventre n'est pas ballonné, et quand le péritoine est ouvert, aucun liquide ne s'écoule, aucune anse dilatée ne se présente. La fosse iliaque droite est remplie par des anses intestinales rétractées comme un intestin de poulet. Le doigt doit pénétrer à une certaine profondeur pour sentir une anse distendue et l'amener avec peine à la plaie.

Une fistule intestinale est rapidement établie. Le liquide, qui s'écoule abondant, est identique à celui des vomissements.

Malgré les excitants habituels, le malade s'affaiblit et meurt deux heures après.

A l'autopsie, le ventre ouvert, rien qui rappelle la péritonite.

On peut être absolument affirmatif, connaissant bien cependant la péritonite sans fausse membrane, ni liquide.

L'épiploon, très développé, est étendu sous la paroi abdominale. En le tirant, on ramène la mèche de gaze iodoformée de drainage. Il adhère fortement à cette gaze.

On enlève ensuite les anses grêles distendues, en les déroulant à partir de l'angle jéjuno-duodéal. Après avoir ainsi déroulé environ un mètre d'intestin très distendu, on rencontre un changement brusque du calibre intestinal, et il a fallu, pour l'amener au dehors, tirer sur l'extrémité de l'anse distendue, car elle adhérait dans le Douglas.

Tout l'intestin grêle sous-jacent est uniformément réduit comme dans les occlusions intestinales. Il en est de même de ce qui reste du gros intestin.

Voici donc deux observations d'occlusion post-opératoires typiques.

Déjà au moment où l'on établit un anus artificiel contre les accidents d'occlusion, on remarqua un faible ballonnement du ventre, parce qu'il n'y avait qu'un tiers de l'intestin qui fût distendu, tout le reste était affaissé, et, dans un cas, on eut même de la peine à amener à la plaie une anse distendue.

Puis l'aspect du péritoine et des anses affaissées était absolument normal. Il n'en est plus de même dans la péritonite, même dans ses formes qui ne s'accompagnent d'aucun exsudat.

Enfin, dans notre premier cas, un anus créé sur une anse distendue amène la cessation des accidents.

Or, dans ces deux cas, *l'adhérence portait sur un point élevé de l'intestin grêle*. C'est pour nous ce qui fait sa gravité.

Nous savons bien que la plupart des grandes laparotomies s'accompagnent d'adhérences intestinales; il s'en produit au niveau même des surjets les mieux faits; mais cela est en général sans conséquence grave.

Tout d'abord l'adhérence de l'anse sigmoïde est bien supportée. La preuve en est donnée par ce fait qu'on ne craint pas de la fixer par une suture pour péritoniser le bassin, et nous ne connaissons pas d'observation où cette manière de faire ait occasionné des troubles graves de la circulation intestinale.

De même les adhérences des dernières anses de l'intestin grêle n'empêchent pas le rétablissement de cette circulation. C'est ce qui explique d'énormes Mikulicz abdominaux pelviens,

admirablement tolérés. Dans nos sept amputations abdomino-périnéales du rectum, suivies de succès, il en a été ainsi; mais le retour des selles fut quelquefois tardif et pénible.

Ce qui détermine les accidents, c'est la coudure de l'intestin et on comprend que celle-ci soit plus facile ou plus accentuée quand une anse grêle élevée adhère au fond du pelvis. On comprend aussi une gravité plus grande et plus prompte de l'obstruction : des réflexes, vomissements par régurgitation intestinale et hoquet par irritation du diaphragme, plus intenses et plus rapides; un affaiblissement plus accentué; du prolapsus presque immédiat. Nous tenions à faire ressortir cette idée, la considérant comme très suggestive et importante dans la pratique.

Enfin, il est remarquable que, dans ces deux cas typiques, *l'anse sigmoïde n'était plus dans le bassin*, relevée dans l'abdomen dans le premier fait, réséquée dans le second.

Ces deux observations nous ont révélé le rôle important joué sans doute, et souvent à notre insu, par cette anse volumineuse, douée d'un large méso, qui remplit ou protège la moitié postérieure du pelvis, le lieu d'implantation de l'utérus dans le Douglas.

C'est alors que nous est venue l'idée d'utiliser systématiquement l'anse sigmoïde, indépendamment de la péritonisation par suture de cette même anse qui a des indications plus limitées.

M. VINCENT. — Pour moi, dans la plupart des cas, les obstructions post-opératoires sont des infections. C'est ainsi que chez une malade qu'on avait considérée comme atteinte d'occlusion, à l'autopsie le ventre fut trouvé plein de pus.

M. CONDAMIN. — On pourrait greffer des lambeaux d'épiploon détachés. Le fait a été démontré excellent par l'expérimentation, peut-être en serait-il de même en clinique.

M. GOULLIoud. — Comme mes collègues, je crois qu'on a jadis abusé du diagnostic d'occlusion post-opératoire par adhérence, et je considère comme d'une interprétation suspecte les observations anciennes, celles remontant à l'époque de la thèse de Tuja. J'ai douté un moment de la réalité de cette entité. Mais depuis, j'ai observé des cas qui me paraissent indiscutables. Nous voyons des cas d'occlusion par brides, par coudure au niveau d'une adhérence, des mois ou des années après une opération

et tout le monde admet ces cas. Pourquoi ne pourraient-ils pas se produire plus vite après une opération ?

M. Villard dit que dans les pseudo-occlusions par péritonite, l'intestin est rétracté par places, et dilaté ailleurs.

Le fait est très exact. Mais dans l'occlusion vraie, ce qu'il y a de caractéristique, c'est de trouver l'intestin avec une distension excessive et continue depuis le début du jéjunum jusqu'à un point adhérent, puis le reste de l'intestin, iléon et gros intestin, absolument et régulièrement réduit de volume, comme dans l'occlusion typique.

Une autre preuve est fournie par les cas où l'anus contre nature fait de suite et définitivement cesser les phénomènes les plus alarmants. Ce n'est pas l'amélioration progressive qu'on peut voir dans la péritonite, c'est la guérison d'emblée de symptômes immédiatement menaçants pour la vie. J'ai une très concluante observation.

Aussi, tout en admettant que l'occlusion post-opératoire par adhérence soit rare et qu'il faille être très circonspect dans son diagnostic, je ne puis pas ne pas croire à sa réalité.

Ceci admis, je n'attache pas aux adhérences qui existent après la laparotomie, au niveau d'un Mikulicz par exemple, plus d'importance qu'il ne faut. Je crois, pour que l'occlusion grave se produise, qu'il faut des conditions très spéciales ; il faut qu'il y ait une coudure brusque, et je crois celle-ci d'autant plus dangereuse qu'elle se produit sur une anse plus élevée de l'intestin grêle.

Quant à l'objection, que le côlon terminal ne restera pas dans la place où on le met, c'est possible au bout d'un certain temps, mais je ferai remarquer qu'on le met dans une situation très proche de sa situation normale, puis, qu'avec les conditions que je viens de préciser, il me suffit que dans les premières heures, au moment où se contractent les adhérences, le côlon terminal soit bien en place et les anses grêles normalement étagées. Ce sera en tout cas une précaution utile de ne pas laisser l'intestin grêle se précipiter dans le bassin, avant qu'on y ait étalé le côlon terminal.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 8 juin 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

M. LE PRÉSIDENT est heureux d'annoncer à la Société la nomination d'un de ses membres, M. le Dr Georges Gayet, au dernier concours de chirurgien des hôpitaux.

*
* *

M, LE PRÉSIDENT communique une demande de M. le Dr Kaepelin, ancien interne des hôpitaux de Lyon, au titre de membre correspondant de la Société.

Renvoyé, avec le mémoire à l'appui, à l'examen d'une Commission composée de MM. Gangolphe, Rochet et Tixier, rapporteur.

*
* *

SUR DEUX CAS D'ENTÉRO-ANASTOMOSE POUR LÉSIONS INEXTIRPABLES DE L'INTESTIN GRÊLE ET DU CÆCUM (TUBERCULOSE ET CANCER).

MM. BÉRARD et PATEL. — Les deux observations que nous avons l'honneur de vous communiquer nous ont semblé dignes d'intérêt : la première comme un beau type de tuberculose du type entéro-péritonéal, avec ses lésions diffuses créant un syndrome d'occlusion progressive, qui céda à l'entéro-anastomose ; la seconde comme un exemple de ces tumeurs cæcales pour lesquelles, les pièces en mains, on hésite encore entre la tuberculose et le cancer.

OBSERVATION I.

Tuberculose entéro-péritonéale. — Rétrécissement du tiers inférieur de l'intestin grêle. — Syndrome de Kienig. — Granulations péritonéales diffuses. — Entéro-anastomose. — Amélioration notable.

S..., âgée de 44 ans, entre dans le service de M. Bérard, salle Sainte-Catherine, à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 12 avril 1905, pour des troubles abdominaux qui remontent à plus de deux ans.

On ne relève rien dans ses antécédents héréditaires, une sœur bien portante.

Personnellement, elle a eu des bronchites dans son enfance. Deux enfants : l'un, né avant terme, est mort au moment de sa naissance ; l'autre est mort à trois mois.

La malade a été réglée à l'âge de 14 ans ; elle l'a toujours été régulièrement, sauf il y a huit mois ; actuellement, tout est rentré dans l'ordre.

Depuis deux ans, elle se plaint de souffrir du ventre ; c'étaient, au début, des coliques véritables accompagnées de vomissements et de diarrhée, encore imprécises, survenant très irrégulièrement, mais principalement au moment des règles.

Il y a un an, les douleurs s'accrochèrent ; la malade vomit même un peu de sang à ce moment ; cet accident ne se reproduisit pas. Les coliques, par contre, devinrent plus fréquentes, se reproduisaient tous les quinze jours, puis tous les huit jours, présentant toujours le même caractère, localisées au niveau de la partie médiane de l'abdomen, suivies de diarrhée et aussi de vomissements.

A son entrée, la malade se présente avec un facies tiré, très amaigri. Elle insiste surtout sur ses coliques très pénibles. En lui faisant préciser certains points, on vint à savoir qu'elles surviennent, pour ainsi dire, à heure fixe, quatre ou cinq heures après le repas, qu'à ce moment le ventre se ballonne au niveau de l'ombilic ; puis, quand la tuméfaction s'affaïsse, des bruits se produisent à l'intérieur de l'abdomen, et presque toujours une évacuation diarrhéique a lieu à ce moment.

En dehors de ces accès, pas de douleur à proprement parler, mais sensation constante de pesanteur.

Aucun autre trouble fonctionnel bien marqué.

A l'examen de l'abdomen, on constate un météorisme léger, généralisé ; quelques anses intestinales se dessinent au voisinage de l'ombilic, et les contractions deviennent plus fortes si l'on frappe la paroi abdominale. Ce péristaltisme semble se propager dans le flanc droit.

La palpation est facile, la paroi est souple, dépressible ; on explore l'abdomen en entier, mais sans rien y rencontrer d'anormal ; à la percussion, on révèle une sonorité exagérée. Clapotage net intestinal, un peu en dedans du flanc droit.

Au toucher vaginal, l'utérus est en rétraction normale; le col est gros, mou; les culs-de-sac sont un peu empâtés, non douloureux.

Scoliose à convexité droite. L'examen des poumons révèle au sommet droit, une légère augmentation des vibrations thoraciques; quelques sibilances aux deux sommets.

Pas de température; pas d'albuminurie.

En présence de ces symptômes intestinaux, on porte le diagnostic de sténose de l'intestin grêle, et on admet la tuberculose à l'origine de la lésion; on pense aussi que la sténose siège dans le tiers inférieur de l'intestin grêle, étant données l'intensité du péristaltisme et sa direction.

Le 14 avril 1905. Anesthésie. Examinée à ce moment, la malade présente un abdomen un peu moins météorisé que les jours précédents (elle a été purgée la veille). On note, à gauche de l'ombilic, une zone un peu plus résistante. La palpation ne révèle toujours rien; aucune tumeur à l'intérieur de l'abdomen.

Laparotomie sous-ombilicale, en position inclinée. On voit un côlon transverse très abaissé, présentant sur sa face extérieure de petites granulations, nettement tuberculeuses. Le grand épiploon est également couvert de semblables granulations.

L'intestin grêle est exploré facilement: on rencontre presque aussitôt une anse distendue, épaissie, qui adhère fortement dans la profondeur; on est conduit aussitôt vers le fond de l'utérus; les adhérences sont très solides, et il est impossible de songer à les libérer. Le calibre de l'intestin grêle est considérablement réduit à ce niveau; sa paroi propre est très épaissie; le rétrécissement est très serré et n'admet pas l'extrémité de l'index. Au-dessus, l'anse intestinale est distendue; ses tuniques sont épaissies, cartonnées sur une hauteur de plus de 15 centimètres; au-dessous l'anse est amincie, aplatie.

En raison des lésions péritonéales concomitantes, on ne songe pas à une opération radicale. Une entéro-anastomose à la suture est pratiquée entre les deux segments intestinaux, de part et d'autre du rétrécissement.

Au cours de l'intervention, en explorant la cavité pelvienne, on trouve un ovaire gauche, volumineux, kystique, suspect; il est extirpé. Fermeture de la paroi abdominale.

Suites opératoires. — Après son intervention, la malade a eu une recrudescence de ses phénomènes pulmonaires: dyspnée, expectoration; pas de température. Les fils ont été enlevés au dixième jour. Pas d'incident abdominal.

Revue le 7 juin, c'est-à-dire près de deux mois après l'opération, on constate que les troubles abdominaux ont cessé: la malade n'a pas eu de coliques; ses digestions sont faciles, sans diarrhée; le ventre n'est pas météorisé; la palpation ne révèle rien, ainsi que le toucher vaginal.

Il existe seulement un peu de pesanteur épigastrique. Les lésions pulmonaires, par contre, semblent évoluer; la toux est plus fréquente, les crachats sont abondants, les sommets plus infiltrés. Néanmoins, l'état est meilleur, au point de vue local, et même, au point de vue général, la malade se sent plus forte et a repris quelque embonpoint.

Il s'agissait donc bien, chez cette femme, ainsi que nous le supposions, d'une localisation polyviscérale de la tuberculose, avec prédominance des lésions et des troubles fonctionnels au niveau d'une sténose de l'intestin grêle.

Malgré la recrudescence des phénomènes pulmonaires depuis l'opération, peut-être du fait de l'anesthésie, nous espérons néanmoins que l'entéro-anastomose, qui seule était possible, donnera à la malade une amélioration durable, et lui permettra peut-être même, en s'alimentant mieux, de réparer ses lésions pulmonaires.

Pour le deuxième malade, nous serons plus brefs sur les détails de l'histoire clinique.

OBSERVATION II.

Au mois de février dernier, M. Devic, dans le service de qu'il était en traitement pour des troubles digestives, nous le fit passer dans la salle Saint-Pothin avec le diagnostic de sténose iléo-cæcale par tumeur, tuberculose ou cancer.

De fait, le malade âgé de 46 ans, tuberculeux pulmonaire ancien, avait des lésions des sommets en évolution. Depuis un an, il se plaignait d'alternatives de diarrhée et de constipation avec coliques localisées dans la fosse iliaque droite. Depuis un mois, il était en état d'occlusion chronique.

L'examen de l'abdomen révélait une tumeur probablement cæcale dans la fosse iliaque droite, tumeur dure, diffuse, assez mobile sous la paroi, mais paraissant présenter des adhérences profondes, avec un péristaltisme assez net, allant de l'ombilic jusqu'à cette masse.

Par une première laparotomie sous-ombilicale médiane, pratiquée le 4 mars, nous ne reconnûmes avec la main plongée dans la fosse iliaque droite que la tumeur située à l'angle iléo-cæcal paraissait englober dans une assez grande étendue du côlon et avait déterminé une adénite mésentérique considérable : on la mobilisait difficilement. Pour ces raisons, et comme d'autre part le malade était opéré en état d'occlusion subaiguë, nous nous sommes bornés à faire une anastomose iléo-sigmoïdale, à la suture.

Très amélioré, le malade quitta le service au bout de 13 jours, digérant bien. Au milieu d'avril, nous le retrouvons, engraisé d'un kilo-

gramme, avec une tumeur cæcale qui semble plus mobile et plus limitée. Dans l'espoir qu'il peut s'agir d'une lésion tuberculeuse, nous lui proposons une deuxième intervention qui permettrait de tenter une extirpation du cæcum et du côlon.

Il accepte, et le 4 mai nous faisons une laparotomie iliaque droite, qui nous conduit sur une masse solidement fixée contre l'aponévrose iliaque qu'elle infiltre, englobant tout le côlon ascendant sous un gâteau d'épiploon qui le masque avec de gros ganglions infiltrés dans le mésocôlon et le mésentère, et des nodules blanchâtres du volume d'un pois, en saillie sur les anses grêles voisines.

L'aspect de ces noyaux de généralisation nous permet seul de reconnaître que nous avons affaire à du cancer et nous décide à nous en tenir là.

Suture à trois plans de la paroi avec mèche de tamponnement sur des adhérences décollées qui saignent.

Suites simples, persistance du bon fonctionnement de l'anastomose intestinale. Mais les lésions pulmonaires prennent au bout de trois semaines une allure plus aiguë. Elles amenèrent la mort du malade au bout d'un mois.

Sur la pièce que nous vous présentons ici et qui comprend la fin de l'iléon, l'anastomose iléo-sigmoïde, le cæcum et le côlon ascendant envahis par la tumeur, on constate au-dessus de l'anastomose une ulcération à bords décollés qui a tous les caractères des ulcérations tuberculeuses, tandis que la tumeur principale qui s'arrête à la valvule de Bauhin et occupe la hauteur du côlon ascendant, ainsi que les noyaux péritonéaux et intestinaux, ont plutôt les caractères de l'épithélioma.

Les deux poumons étaient le siège de lésions tuberculeuses, avec de petites cavernes au sommet droit et une poussée de granulations récentes diffuses des deux côtés.

L'examen histologique sera pratiqué.

M. GOULLIQUET. — Cette association de la tuberculose et du cancer est en effet des plus intéressantes par les hésitations auxquelles elle pouvait donner lieu. Plusieurs fois moi-même j'ai eu besoin du microscope pour être fixé sur de semblables lésions cæcales, même après leur extirpation.

DES PROLAPSUS DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE L'URETÈRE
DANS LA VESSIE (URETÉROCÈLES VÉSICAUX).

M. ROCHET. — L'attention est appelée depuis peu de temps sur une disposition très anormale de l'abouchement uretérovésical; elle est caractérisée par une saillie très prononcée de l'extrémité inférieure dans la vessie, en forme de doigt de gant plus ou moins long pouvant aller parfois jusqu'à deux centimètres.

Les auteurs qui l'ont observée la dénomment du reste de façons très différentes, suivant l'idée qu'ils se font du mode de production de cette anomalie anatomique, suivant aussi la diversité des conditions dans lesquelles elles se présente, car il paraît bien que les cas où on l'observe sont de nature très différente et que ce ne sont pas de simples variantes d'un seul et même état, des effets divers d'une seule et même cause.

Les premiers qui l'ont signalée sont des auteurs allemands. Depuis lors Albarran, Pasteau (1) en ont rapporté des exemples.

Nous avons observé pour notre compte quatre cas de l'anomalie que nous étudions. Deux sont des découvertes de nécropsie, et dans ces deux cas la lésion était unilatérale; dans l'un d'eux la saillie de l'extrémité inférieure de l'uretère dans la vessie était considérable et mesurait près de 2 centimètres de long. Dans l'autre un centimètre seulement. Leur forme était conique très allongée, de volume d'un crayon ordinaire environ. Le troisième cas a été observé au cours d'une taille hypogastrique transversale faite pour cystite douloureuse; les deux uretères et leur extrémité inférieure faisaient une saillie intra-vésicale de plus d'un centimètre de forme presque cylindrique régulière, très peu conique, comme celle des cas précédents du reste, mais plus déliées, du volume d'une sonde n° 14 ou 15, et donnant l'aspect de petits tentacules terminés par les orifices urétéraux.

Nous verrons plus loin sur quel genre de maladie urinaire ces dispositions étaient greffées.

Dans ces trois cas, il ne s'agissait ni de prolapsus muqueux de l'uretère, ni de dilatations intra-vésicales de l'extrémité

(1) Congrès d'urologie, Paris, 1904.

inférieure du conduit urétéral. La lésion semblait constituée par l'allongement de l'extrémité inférieure de l'uretère, du côté de la vessie, qui avait peu à peu refoulé au devant d'elle la muqueuse vésicale en s'en coiffant.

Dans le cas observé sur le vivant, la sonde urétérale entrait directement dans les tentacules sans réduire au devant d'elle la muqueuse, comme dans un cas d'Albarran, c'est-à-dire sans refouler un prolapsus muqueux qui se serait produit à travers l'orifice urétéro-vésical.

Dans les cas trouvés sur le cadavre, le même phénomène s'observait, et du reste la dissection de la pièce montrait que l'uretère complet, avec toutes ses tuniques formait le prolapsus intra-vésical et que c'était la totalité du conduit qui avait glissé sous la muqueuse vésicale en la soulevant au devant de lui.

Le quatrième cas a été vu au cours d'une cystoscopie chez un malade qui souffrait vivement depuis plusieurs mois du rein droit. La saillie intra-vésicale de l'uretère était formée d'une sorte de boyau conique long d'un centimètre, les urines rénales de ce côté étaient louches. Nous n'avons malheureusement pas pu suivre ce malade à qui nous avons donné rendez-vous, mais qui ne s'est pas remontré à nous.

Au point de vue de la morphologie, cette anomalie offre d'assez grandes différences, correspondant vraisemblablement à diverses pathogénies. A la place de l'orifice urétéral normal, on voit une saillie, de volume et de longueur variables, de forme généralement conique allongée, ressemblant en petit avec l'orifice urétéral qui la termine, à un pénis étroit recouvert d'un phimosis ; la muqueuse qui la recouvre peut même, pour compléter l'analogie, être froncée de plis transversaux plus ou moins nombreux. Ou bien, comme dans les cas de dilatation intra-vésicale de l'extrémité inférieure de l'uretère derrière un orifice urétéral étroit, et quand la poche est remplie et tendue par l'urine (cas de Pasteau) la saillie revêt la forme d'une sorte de poire à petite extrémité saillante dans la vessie ou même d'un cône arrondi et lisse, mais très peu pointu.

D'autres fois, c'est une sorte de boudin presque régulièrement cylindrique, à extrémité terminale un peu plus étroite seulement, comme dans les cas que nous avons observés. La grosseur est variable, et nous avons vu que cette saillie pour-

rait même être assez déliée et ressembler à une sonde de moyen volume. On dirait alors comme une trompe intra - vésicale avec l'orifice urétéral plus ou moins élargi en fente ou en rond qui la termine.

La muqueuse vésicale qui enveloppe la saillie est de couleur normale, ou un peu plus rouge, plus vascularisée que dans les portions voisines. Dans les cas correspondant aux dilatations urétérales elle apparaît comme tendue, un peu amincie au devant du liquide accumulé derrière.

La plupart des auteurs qui ont observé et étudié ce genre de déformation de la région urétéro-vésicale, le mettent sur le compte de lésions congénitales.

Il faut distinguer cependant, et comme il semble y avoir plusieurs sortes de déformations, très différentes les unes des autres comme constitution anatomique, il y a sûrement aussi plusieurs modes de production; la pathogénie en d'autres termes n'en est pas univoque.

Voici d'abord les *dilatations intra-vésicales de l'extrémité inférieure de l'uretère*. Là évidemment l'atrésie congénitale de l'orifice urétéro-vésical peut jouer un rôle; derrière ce rétrécissement la dilatation urétérale se produit, des calculs urétraux peuvent même, comme on l'a vu plus haut, y rester enclavés, concourir encore par eux-mêmes à l'augmentation de volume de la poche qui arrive peu à peu à faire saillie dans la vessie et à s'y pédiculiser, cela est facile à comprendre. Mais la démonstration de ce mécanisme n'est pas encore faite de façon absolue, et la petitesse congénitale de l'orifice urétéro-vésical n'est peut-être pas suffisante pour expliquer à elle seule le développement de la lésion.

Mais voici des cas de *prolapsus muqueux* ou encore d'*invagination totale dans la vessie de l'uretère* à son extrémité inférieure. On ne peut évidemment les interpréter de même façon, et aussi simplement que les précédents.

En faire des malformations congénitales, n'est pas possible, bien entendu; aucun anatomiste n'a signalé pareilles dispositions sur des sujets dont les voies urinaires n'étaient pas malades et n'a pas eu l'idée de les rapporter, s'il en a observé, à d'autre chose qu'à des cas pathologiques.

On ne peut même pas dire avec quelques raisons valables à l'appui, comme pour les cas précédents de dilatation urétérale

intra-vésicale, que la disposition en question a été favorisée, amorcée par un vice congénital de l'abouchement urétéral dans la vessie.

Ce qui est à mettre en relief d'une façon nette avant de chercher à interpréter la pathogénie, c'est que, dans l'histoire symptomatique de tous ces cas, quels qu'ils soient (ceux qu'on a pu suivre, cliniquement bien entendu, et non ceux découverts par hasard à l'amphithéâtre et sur lesquels on n'a aucuns renseignements cliniques), *des douleurs vives ont été notées du côté du rein et de l'uretère correspondant*. Dans toutes les observations, on voit signalées des douleurs lombaires, des coliques urétérales, des crises vésicales souvent unilatérales et affectant la forme de douleurs ressenties immédiatement au-dessus de l'aîne. Dans toutes les observations, l'uretère et le rein correspondants au côté de la lésion sont malades à n'en pas douter; l'uretère est dilaté, il y a de la rétention rénale dans les cas les plus simples; ou bien, il y a de l'urétéro-pyérite, les urines sont louches, purulentes même; ou bien encore, dans les cas les plus graves, il y a des abcès dans le rein, et l'uretère est noueux, épaissi, avec une péri-urétérite plus ou moins intense. C'était le cas d'un de nos malades dont le rein était presque entièrement désorganisé par la tuberculose et dont l'uretère au-dessus de la vessie jusqu'au rein présentait le volume d'un doigt avec une induration générale considérable.

Dans un autre cas, c'étaient, en moins avancé, les mêmes lésions et de même nature. Dans le troisième enfin (celui qui avait subi l'opération de la taille) c'était encore la tuberculose, mais sans pyonéphrose, avec des douleurs de cystite très vives, mais aussi avec des douleurs lombaires venant par accès intermittents, occupant les deux reins, et le cathétérisme urétéral pratiqué chez le sujet au cours de la taille, avait ramené des urines sales des deux côtés. Nous ne pouvons parler en connaissance de cause du quatrième cas que nous n'avons vu qu'une fois. Si les lésions inflammatoires et douloureuses de l'arbre urinaire, coïncidant avec ces prolapsus urétéraux intra-vésicaux, sont connues et signalées par tous ceux qui ont observé ces prolapsus, l'accord n'existe plus quand il faut établir la relation de cause à effet.

Beaucoup voient ces lésions secondaires, consécutives à la

malformation urétéro-vésicale. Celle-ci s'est produite et développée peu à peu, à la suite d'une cause difficile à préciser, et elle a fini par créer un trouble dans l'écoulement de l'urine urétérale, de la dilatation ascendante, des douleurs, et un terrain favorable à l'infection.

D'autres, et nous sommes de ce nombre, verraient plutôt dans ces aspects pathologiques de la terminaison de l'uretère une conséquence directe d'une maladie du rein ou de l'uretère antérieure à elle.

Ne pourrait-on pas, par exemple, admettre le mécanisme suivant ? Quelle que soit la cause de l'affection rénale et urétérale primitive (tuberculose, calcul, etc.), il y a des douleurs, *et des douleurs vives*, puisque nous avons vu que l'intensité des crises douloureuses était notée dans tous les cas suivis en clinique. Qui dit douleurs urétérales, dit contractions douloureuses et énergiques de l'uretère lui-même, destinées soit à évacuer des calculs, soit à expulser des produits purulents ou caséux qui encombrant le conduit et l'irritent par leur présence. Sous l'influence de ces contractions énergiques et répétées, la muqueuse de l'uretère finit par prolaber du côté de la vessie comme prolabe la muqueuse rectale dans les efforts répétés de défécation, et en sera alors le simple prolapsus muqueux urétéro-vésical.

Mais il peut arriver que par suite de ces contractions, ce ne soit plus seulement la muqueuse, mais la totalité du conduit qui pénètre peu à peu, en s'y invaginant, sous la muqueuse vésicale et la repousse au devant de lui. Pour cela, deux conditions sont nécessaires : 1° l'allongement de l'uretère ; 2° l'augmentation de dureté de ses parois.

Or, rien n'est plus facile à réaliser que cette double condition dans les cas de tuberculose que nous avons observés, par exemple. L'uretère est infiltré dans ses parois propres par des produits d'inflammation chronique, son atmosphère celluleuse également ; il est devenu épais, a perdu sa souplesse, sa flexibilité qui lui fait épouser à l'état normal les sinuosités des régions qu'il traverse, ses courbures se sont redressées en totalité ou en partie, et de ce dernier fait, par conséquent, si la longueur du conduit n'est pas augmentée au point de vue absolu, elle l'est relativement par rapport à la distance qui sépare le rein de la vessie, car le conduit urétéral, relative-

vement à ces deux points restant fixes, s'est allongé par le redressement de ses courbures.

D'autre part, l'infiltration de ses parois rend le conduit rigide, parfois même très dur; il peut agir alors comme un corps résistant pour refouler en doigt de gant la muqueuse vésicale et s'en coiffer en venant faire dans la vessie une saillie plus ou moins appréciable.

Il n'est pas indifférent, au point de vue pratique, de bien connaître ces difformités, et l'interprétation de la pathogénie suivant les différents cas n'a pas seulement un intérêt doctrinal, théorique, elle peut conduire à une thérapeutique active dans certaines conditions.

Comme il est vrai d'abord que le prolapsus urétéro-vésical dénote toujours des lésions urétérales et rénales derrière, on conçoit l'importance qu'il y a à se rendre compte, par le seul moyen clinique dont nous disposons en l'espèce, c'est-à-dire par la cystoscopie, de ces prolapsus. Si on les constate, on pourra affirmer que l'appareil urinaire supérieur est malade derrière, et si on le note d'un seul côté, ce sera de ce côté-là que les lésions ont chances d'être localisées, ou tout au moins de prédominer.

Dans plusieurs cas, il n'y aura rien à tenter pour la cure de ces difformités, mais on peut être amené à les opérer quand on juge que cette difformité est *primitive* et est la cause des accidents observés en clinique, et que sa cure a chance de les guérir et de les amender. Si on admet, au contraire que la difformité n'est apparue que *secondairement* à une lésion urétérale ou rénale préexistante, et qu'elle ne fait que traduire un de ses effets, le traitement n'a pas à le viser spécialement. C'est le cas pour les urétérocèles du genre de ceux que nous avons observés. Mais une thérapeutique directe convient, au contraire, aux dilatations intra-vésicales du genre de celles que M. Pasteau a signalées, et survenant derrière une atrésie congénitale ou acquise de l'orifice urétéro-vésical; *a fortiori* l'opération est indiquée si cette dilatation contient un calcul.

DE L'EXTIRPATION TRANS-ANALE DU RECTUM CANCÉREUX
AVEC CONSERVATION DU SPHINCTER.

M. VILLARD. — L'extirpation d'un rectum cancéreux, suivant les procédés classiques, que l'on emprunte la voie périnéale ou que l'on ait recours aux méthodes abdomino-périnéales, s'accompagne toujours d'une incontinence définitive des matières, soit par l'orifice d'un anus contre nature créé dans la fosse iliaque, soit par l'abouchement périnéal du côlon abaissé, et la destruction du sphincter anal. Il en résulte pour les opérés un état de choses si désagréable, une infirmité si repoussante, que la plupart sont loin d'accepter les bénéfices de l'intervention qu'ils ont subie, et ne cessent d'incriminer le chirurgien cause de leur situation présente. En fait, j'ai toujours considéré la création d'un anus contre nature comme une véritable faillite chirurgicale, et je ne me suis décidé à y avoir recours que forcé par les circonstances et l'impossibilité absolue de pouvoir tenter une autre intervention. C'est guidé par cette répulsion que j'ai été conduit en présence de cancers mobiles, situés sur l'ampoule rectale, à pratiquer l'extirpation du rectum néoplasique au travers de l'anus et du sphincter anal largement dilatés, et j'ai vu ces opérés reprendre rapidement leur vie normale, sans aucune incontinence des matières, et avec une intégrité absolue des fonctions sphinctériennes.

J'ai opéré trois malades par ce procédé. Le premier, en 1899, subit trois interventions successives pour des récidives *in situ*, c'est-à-dire que j'ai eu recours cinq fois à cette méthode opératoire.

En réalité, l'idée d'enlever des lésions rectales localisées au travers de l'anse dilatée avec conservation du sphincter, a déjà été réalisée par quelques chirurgiens ; mais il s'est toujours agi là d'opérations atypiques d'un mode opératoire trop insuffisamment réglé pour qu'on puisse voir dans ces interventions isolées une méthode définie, digne, comme je le crois, d'occuper une place dans la liste des procédés de traitement des cancers du rectum.

Lisfranc essayait bien dans quelques cas de ménager le sphincter en décollant la muqueuse, mais c'était de sa part

une recommandation plus théorique que pratique, car dans l'opération type qui porte son nom le sphincter est largement enlevé pour donner du jour et permettre l'abaissement rectal.

Ledru, en 1891, au Congrès de Chirurgie, rapporte le cas d'une petite tumeur de l'ampoule rectale, qu'il enleva après dilatation de l'anus; mais il s'agit là de l'ablation d'une tumeur végétante de la muqueuse, sans que l'intervention dépasse les tuniques externes du rectum; on ne peut qualifier une pareille opération d'extirpation du rectum. Le malade de Ledru eut immédiatement une récurrence qui fut soignée avec de la pâte de Canquoin, et Ledru insiste davantage sur les heureux effets de cette cautérisation que sur le procédé opératoire auquel il avait eu recours.

On trouve également dans la thèse de Finet deux observations de Routier analogues à la précédente. La première date de 1891, elle a trait à une femme atteinte de néoplasme de la paroi antérieure du rectum. Après dilatation de l'anus, la tumeur est extirpée au bistouri, et la muqueuse rectale est ensuite suturée au niveau de la partie excisée.

Dans la deuxième observation il s'agit d'un homme de 40 ans, opéré en 1895 pour une tumeur de la face antérieure du rectum adhérente à la prostate; après dilatation du sphincter, on se rend compte qu'il est impossible d'abaisser le cancer. Routier alors *curette*, puis avec des pinces et des ciseaux enlève ce qu'il peut. Tamponnement. Récurrence et mort un an après. Un anus contre nature avait dû être créé.

Ces deux observations sont des interventions partielles et ne peuvent être considérées comme des extirpations véritables du rectum au travers de l'anus dilaté.

Beaucoup plus intéressante est l'observation rapportée par Hartman au Congrès de Chirurgie de 1893. En effet, le 1^{er} mars 1893, Hartman enlève chez une femme de 32 ans un rétrécissement blennorragique du rectum. Après dilatation de l'anus, le rectum est abaissé, isolé et sectionné au-dessus du rétrécissement. Enfin, le bout supérieur est fixé à la peau de la marge de l'anus. Résultat fonctionnel excellent.

C'est probablement encouragé par ce succès que Hartman a proposé d'étendre aux cancers peu mobiles, immédiatement sus-sphinctériens, le procédé opératoire suivant :

1^o Dilatation de l'anus.

2° Section circulaire du rectum au-dessous du néoplasme préalablement fixé avec des pinces à traction.

3° Abaissement du bout supérieur disséqué et sectionné au-dessus de l'anneau néoplasique.

4° Fixation du bout supérieur invaginé à la peau de la marge de l'anus.

C'est à un procédé opératoire analogue à celui proposé et pratiqué par Hartman que j'ai eu recours dans mes interventions, bien que j'aie utilisé une technique un peu différente. J'ai constaté au cours de ces opérations que l'abord du rectum était sensiblement aussi facile qu'après l'extirpation sphinctérienne de Lisfranc; le jour est beaucoup plus considérable qu'on ne peut le supposer à première vue, et l'extirpation des ganglions est parfaitement réalisable. Il s'agit d'une opération parfaitement réglée et susceptible de donner d'excellents résultats, comme vous pouvez le juger d'après les opérations personnelles que je vais vous communiquer et l'examen du malade que je vous présente.

Mon premier malade était un homme de 45 ans, porteur d'un cancer limité de l'ampoule rectale; la tumeur était parfaitement mobile et le rectum envahi n'avait pas contracté d'adhérence avec les tissus voisins. Le 3 mai 1899, avec l'assistance du D^r Tournier, qui m'avait adressé ce malade, je pratiquai, au-dessus de l'anus dilaté, l'ablation de tout le segment rectal envahi par le néoplasme et je suturai avec la peau le bout supérieur invaginé au travers du bout inférieur. Les suites immédiates furent remarquablement simples, douze jours plus tard le malade rentrait chez lui, et au bout de trois semaines reprenait ses occupations sans avoir jamais présenté d'incontinence.

Malheureusement une récurrence assez rapide eut lieu, et au mois de janvier 1900, je constatai celle-ci sous forme d'un anneau serré circulaire correspondant à la cicatrice de l'incision rectale. Le 23 janvier 1900, une nouvelle intervention me permit, après dilatation anale, d'abaisser le segment néoplasique et de l'extirper très largement, sans que j'aie eu à ouvrir le cul-de-sac péritonéal. Une suture au catgut en surjet réunit les deux bouts de l'intestin, et cette ligne de section fut fixée elle-même à la peau par des points temporaires pour l'extérioriser en quelque sorte et pouvoir mieux en surveiller la cica-

trisation. Les suites opératoires furent aussi simples que lors de la première intervention.

A la suite de cette dernière opération, l'état général et local resta parfait jusqu'en mai 1901, époque où une nouvelle récurrence eut lieu ; celle-ci nécessita une dernière intervention toujours transanale qui eut lieu le 3 mai ; l'extirpation du rectum fut pratiquée très largement, après ouverture du cul-de-sac péritonéal sur une longue étendue. Cette opération fut particulièrement laborieuse en raison de l'infiltration néoplasique et inflammatoire des tissus périrectaux, et le malade, déjà très affaibli, succomba peu après à des accidents infectieux.

Mon deuxième opéré est le malade que je vous présente aujourd'hui et que j'ai opéré le 13 mai dernier.

C'est un manoeuvre, R..., âgé de 40 ans, chez lequel les premiers accidents rectaux se manifestèrent en mai 1904. Au mois de janvier dernier apparurent du ténesme rectal, des pertes sanglantes et des symptômes d'occlusion partielle. Au mois de mars l'obstruction intestinale s'étant accentuée beaucoup, le malade fut admis à l'Hôtel-Dieu ; mais devant la proposition qui lui fut faite de l'établissement d'un anus contre nature et de l'extirpation du rectum, il refusa toute intervention, et une débâcle étant survenue, il quitta l'hôpital.

Il entra dans mon service salle Saint-Joseph le 8 mai 1905, se présentant alors avec un amaigrissement considérable, du météorisme abdominal, des contractions péristaltiques de tout l'intestin et une obstruction intestinale à peu près absolue.

L'examen du rectum révélait un néoplasme circulaire occupant toute l'ampoule rectale, mais surtout développé en arrière et latéralement. Les lésions débutaient à 6 centimètres environ au-dessus de l'an us et leur limite supérieure ne pouvait que très difficilement être dépassée avec l'index profondément introduit. Malgré l'étendue en surface de la tumeur, celle-ci était parfaitement mobile, les tissus périrectaux ne paraissaient pas envahis, et ces considérations anatomo-pathologiques me décidèrent à conserver le sphincter anal et à pratiquer l'extirpation du rectum néoplasique au travers de l'an us dilaté.

Cette intervention eut lieu le 13 mai dernier. Elle consista dans l'extirpation d'un segment rectal long de 10 centimètres, lequel fut enlevé au travers de l'an us dilaté et après l'ouverture

du cul-de-sac péritonéal sur une longue étendue. Après l'ablation du segment rectal néoplasique, un certain nombre de ganglions situés sur la face antérieure du sacrum furent extraits. Suites opératoires simples.

Le sixième jour, le malade, qui avait été soumis à l'ingestion d'opium à doses assez élevées, allait spontanément à la selle sans incontinence, et depuis ce jour-là les fonctions anales ont été parfaitement normales, les selles ont été régulières, toujours bien senties et sans qu'il y eût jamais la moindre incontinence.

Ce malade a quitté l'hôpital douze jours après son entrée, et vous le voyez maintenant dans un état très satisfaisant, il a déjà repris 6 kilogs depuis son intervention, et son état général et fonctionnel est infiniment supérieur à celui des opérés porteurs d'un anus contre nature ou d'une extirpation rectale par le procédé de Lisfranc.

Ma dernière opérée est une femme de 60 ans, A. C..., entrée le 25 mai 1905, dans mon service, pour un cancer demi-circulaire de la partie inférieure de l'ampoule rectale, située en arrière et à gauche. La tumeur était mobile, le doigt dépassait facilement sa limite supérieure, mais en bas et à gauche les lésions descendaient jusqu'au voisinage du sphincter, condition anatomique qui m'a obligé à enlever un segment limité de l'anneau musculaire.

J'ai pratiqué chez cette malade, le 6 juin dernier, l'extirpation transanale du segment rectal néoplasique. Cette intervention a nécessité une large ouverture du cul-de-sac péritonéal et la résection partielle du sphincter anal; mais la continuité du muscle a été rétablie par une suture minutieuse. Au cours de l'ablation du rectum, quelques ganglions néoplasiques situés sur la face antérieure du sacrum et au niveau du mésorectum ont été enlevés sans difficulté.

Le 30 juin, la malade a quitté le service complètement guérie et sans incontinence des matières. Elle a eu pendant les premiers jours qui ont suivi l'opération quelques selles involontaires, mais très rapidement les fonctions du sphincter sont revenues normales.

J'arrive maintenant au procédé que j'ai suivi.

En vérité, dans mes premières interventions les temps opératoires n'ont pas été aussi systématiques que je vais l'expo-

ser, j'ai eu quelques tâtonnements ; mais actuellement je considère que l'ablation transanale des cancers mobiles de l'ampoule rectale est une opération parfaitement réglée, parfaitement typique et dont le manuel opératoire doit être le suivant :

1° *Dilatation de l'anus et abaissement de la tumeur.* — Après anesthésie profonde à l'éther, le malade est placé dans le décubitus dorsal, les cuisses fortement fléchies et relevées, le siège soulevé afin que l'anus soit dirigé directement en haut. La dilatation anale est poussée à fond au moyen du dilatateur de A. Paré ; cette dilatation est complétée par les index, jusqu'à ce que la contractilité sphinctérienne soit complètement vaincue. Il est très important que cette dilatation soit poussée loin, car d'elle dépend la facilité de la suite de l'opération. En effet, aussitôt la résistance du sphincter vaincue, la tumeur s'abaisse immédiatement, tend à se luxer au dehors ; il semble véritablement que le néoplasme tombe dans la main de l'opérateur. Cet abaissement de la tumeur est très saisissant et l'on est frappé de voir s'extérioriser ainsi une tumeur dont l'abord paraissait lointain par le simple toucher rectal. Le néoplasme est alors saisi avec deux ou trois fortes pinces de Museux qui complètent l'abaissement.

2° *Incision circulaire inférieure du rectum, libération des parois rectales.* — Une incision circulaire est alors faite au-dessous de la tumeur, soit au ciseau, soit au bistouri ; cette incision comprend toute l'épaisseur des tuniques rectales et conduit dans la graisse du creux ischio-rectal. Une double rangée de pinces est alors placée sur la tranche de section, les unes repèrent le bout rectal resté adhérent à l'anus, les autres sont mises sur le segment intestinal qui comprend la tumeur. Ces pinces servent à la fois d'hémostase, de repère et de tracteurs. Ceci fait, il faut commencer de suite à libérer les parties latérales du rectum que l'on abaisse peu à peu en l'invaginant au travers du bout périphérique et de l'anus dilaté. Cette libération doit porter surtout en avant ; il faut éviter de pousser trop loin cette libération au niveau de la région postérieure en raison des vaisseaux que l'on est exposé à recouper plusieurs fois si on résèque le rectum de bas en haut. La dissection sera donc simplement amorcée en arrière et latéralement. Elle sera par contre poussée loin en avant, et jusqu'à ce que l'on découvre le cul-de-sac péritonéal.

3° *Ouverture du cul-de-sac péritonéal. Section transversale du rectum au-dessus de la tumeur.* — Le cul-de-sac péritonéal est alors largement ouvert et aussitôt protégé avec des compresses; il devient dès lors facile d'attirer l'intestin par une sorte de bascule en avant et d'atteindre les tissus sains. Le rectum est ensuite sectionné transversalement avec des ciseaux. La lumière du bout supérieur est oblitérée avec des tampons, et des pinces hémostatiques sont placées circulairement sur la tranche de section afin d'assurer l'hémostase et le repérage.

4° *Bascule en avant du segment rectal néoplasique et décollement de haut en bas de sa face postérieure.* — A ce moment des tractions énergiques sont exercées sur l'extrémité supérieure du segment intestinal à enlever, afin de le faire basculer en avant et de découvrir ses attaches postérieures. Celles-ci sont progressivement sectionnées aux ciseaux et il devient facile de poursuivre le décollement au ras de la face antérieure du sacrum, en enlevant avec le cylindre intestinal la plus grande partie de la graisse présacrée et les ganglions qui y sont contenus. Pendant ces manœuvres, des pinces sont placées sur les terminaisons de la mésentérique inférieure et les branches des hémorroïdales supérieures.

Cette attaque des vaisseaux de haut en bas évite de multiplier les pinces et de recouper les artères déjà saisies en permettant de prendre les vaisseaux près de leur origine.

5° *Ablation de la tumeur et des ganglions présacrés.* — Au fur et à mesure que le décollement postérieur se poursuit le segment rectal libéré devient plus mobile et l'ablation est rapidement terminée.

Si cette ablation a été faite correctement, on trouve, adhérents à la pièce enlevée, des ganglions situés dans le mésorectum et les tissus périrectaux postérieurs. Néanmoins il est bon de vérifier la région par la large brèche ainsi laissée béante et de poursuivre l'extirpation des ganglions lymphatiques qui ont échappé à l'attention. Ce temps opératoire est parfaitement réalisable, j'y ai eu recours dans mes deux dernières interventions sans aucune difficulté.

6° *Hémostase. Fermeture du cul-de-sac péritonéal. Suture du bout supérieur invaginé à la peau.* — Les pinces sont remplacées par des ligatures, une suture en surjet ferme le cul-de-sac péritonéal. Le bout supérieur du rectum est des-

cendu par traction, il est invaginé au travers de l'anوس et de l'anneau constitué par le court segment rectal inférieur, et il ne reste plus qu'à suturer sa tranche de section à la peau de la région anale comme dans l'ancien procédé décrit par Hocheneg. Les points de suture ainsi placés ne seront que temporaires ; mais quand ils céderont, des adhérences se seront créées qui fixeront le bout supérieur abaissé et assureront sa continuité avec le segment inférieur du rectum et l'orifice anal.

L'extirpation transanale du rectum, telle que je viens de l'exposer, est une opération parfaitement réglée et parfaitement susceptible de remplacer pour les cancers de l'ampoule rectale, le procédé de Lisfranc. A première vue l'extirpation transanale paraît une méthode difficile et d'un manuel opératoire délicat, se faisant dans la profondeur. En réalité on sera surpris lorsqu'on y aura recours, de la manière dont les lésions et le champ opératoire s'extériorisent après la dilatation du sphincter anal ; le rectum n'étant plus soutenu par l'anneau du sphincter, entre en prolapsus, et la tumeur entraînée par son poids et chassée par les contractions involontaires du malade, s'abaisse tout naturellement et dans des proportions considérables.

Une fois que le rectum a été incisé circulairement au-dessus du néoplasme, et que la dissection a été bien amorcée en dehors des tuniques rectales, le jour opératoire est sensiblement le même que par le procédé de Lisfranc, bien que le sphincter soit conservé. Quand enfin le cul-de-sac péritonéal a été ouvert et que la bascule en avant du rectum est effectuée l'extirpation se poursuit sans difficulté.

J'insiste beaucoup sur la nécessité d'extirper le rectum de haut en bas par ce mouvement de bascule. Ce mouvement est la caractéristique du procédé opératoire que j'ai décrit et le fait différer beaucoup de celui exposé par Hartman ; en effet la rapide dissection du rectum en avant, l'ouverture précoce du cul-de-sac péritonéal et l'abord des vaisseaux artériels près de leur origine centrale simplifient considérablement les manœuvres opératoires.

Je tiens enfin à justifier l'extirpation transanale du rectum du reproche qui lui a été fait de ne pas permettre l'ablation des ganglions dégénérés. D'après ce que j'ai vu, il est sensi-

blement aussi facile de poursuivre la dissection de la chaîne ganglionnaire avec ce procédé qu'avec celui de Lisfranc, et en fait, dans mes deux dernières interventions, où j'avais pu perfectionner mon manuel opératoire, je n'ai eu aucune peine à extirper les lymphatiques envahis.

Dans quels cas aura-t-on recours à l'extirpation transanale des cancers du rectum ? Dans les cancers de l'ampoule, laissant libre la région sphinctérienne et n'ayant pas envahi les tissus péri-rectaux, c'est-à-dire étant encore mobiles. Le facteur mobilité doit figurer en première ligne des indications de ce procédé. Quant à la limite en hauteur elle peut être reculée assez loin, mais il me semble qu'au point de vue pratique l'extirpation transanale verra diminuer ses indications toutes les fois que les limites supérieures du cancer dépasseront sensiblement l'extrémité de l'index profondément introduit dans l'anus.

En résumé, je crois pouvoir tirer de cette communication les conclusions suivantes :

1° *Il est possible d'extirper la plus grande partie du rectum au travers de l'anus dilaté, avec conservation du sphincter anal.*

2° *Le résultat fonctionnel de ce procédé opératoire est infiniment supérieur à tous ceux employés, car les malades ne sont pas à la suite de cette intervention, condamnés à l'infirmité créée par l'incontinence des matières fécales.*

3° *L'extirpation transanale des tumeurs du rectum ne s'adresse, en dehors des tumeurs bénignes, qu'aux cancers limités et mobiles de l'ampoule rectale.*

M. VALLAS. — J'ai pratiqué l'opération que M. Villard vient de nous décrire. C'est une intervention très élégante, plus facile et moins grave que le procédé classique de Lisfranc. Elle donne également un résultat fonctionnel bien supérieur à celles qui sacrifient le sphincter. Je lui fais seulement le reproche d'avoir des indications très limitées. Les conditions de siège, de mobilité qu'elle exige de la tumeur à enlever sont malheureusement trop peu souvent réalisées.

M. TIXIER. — Les divers temps du procédé par lequel M. Villard a très heureusement modifié la méthode endo-rectale, ont été discutés par M. Vallas. Je me contenterai de faire une simple réflexion au sujet du dernier de ces temps. M. Villard invagine le bout inférieur du rectum sectionné à travers la région anale dilatée et dont la muqueuse est con-

servée; quelques fils fixent le rectum à la paroi. Or, quand ces fils lâchent, le rectum remonte pour se cicatriser au-dessus du sphincter. En ce point il se fait donc une zone de cicatrisation qui peut créer une virole cicatricielle rétractile, cause de rétrécissement.

Aussi, je crois avec certains chirurgiens, qu'il est préférable au début de l'opération d'inciser circulairement la muqueuse anale à sa séparation de la peau, puis de la disséquer jusqu'au point où on sort franchement à travers des tuniques de l'intestin pour pratiquer l'amputation de la portion cancéreuse. Quand ensuite on invagine le rectum à travers le sphincter, celui-ci trouve une surface avivée, à laquelle il adhère facilement et on n'a pas ainsi la crainte du rétrécissement scléreux ultérieur.

M. GOULLIQUOUD. — Je suis tout prêt à adopter la voie transanale pour l'extirpation du rectum, dans les cas malheureusement trop rares sans doute, où l'on pourra ainsi enlever largement une tumeur encore libre et les ganglions.

La voie abdomino-périnéale, que j'utilise actuellement de préférence aux autres, a l'inconvénient de créer un anus iliaque définitif, mais elle me semble offrir toutes les garanties d'un résultat durable, et pour les cancers que nous voyons d'ordinaire à l'hôpital, c'est-à-dire déjà avancés, je crois que je serai obligé d'y avoir bien souvent recours, même si j'utilise la méthode transanale quand elle sera applicable.

M. BÉRARD. — J'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois l'ablation de cancers limités du rectum à travers l'anus dilaté, la première fois en 1899 chez un malade que je perdis de vue au bout de quelques mois, la seconde au mois de mai de cette année.

Comme il s'agissait de tumeurs au début, larges comme une pièce de cinq francs au maximum, paraissant encore strictement limitées aux tuniques de l'ampoule et surtout à la muqueuse, je me bornai à une résection étendue des parois saines autour de la tumeur abaissée avec des pinces par le procédé de Routier et Ledru. Et précisément, pour éviter la sténose cicatricielle secondaire que j'avais vu signaler après la résection circulaire totale de la muqueuse avec suture des deux bouts, notamment dans des opérations de Whitehead pour hémorroïdes, je m'étais borné à réunir les bords de la perte de substance, en plissant la portion du rectum restée indemne, ce qui s'effectue très facilement.

Mon dernier opéré a guéri en une semaine; il a déjà quitté l'hôpital, mais j'aurai l'occasion de le garder en observation.

La recherche des ganglions dans ces formes de cancer de l'ampoule rectale tout à fait au début est-elle vraiment indispensable, et quand on ne la pratique pas, la voie transanale avec bascule du rectum suivant le procédé de M. Villard, est-on bien sûr d'atteindre tous les ganglions envahis si vraiment il y en a déjà ?

M. VILLARD. — Je crois qu'il ne faut pas trop redouter le rétrécissement cicatriciel post-opératoire; depuis dix ans, j'ai toujours recours au procédé de Whitehead, et je n'ai jamais observé d'accidents de sténose. Je pense donc que la modification proposée par M. Tixier est inutile et peut-être difficile à réaliser.

Quant aux indications du procédé transanal, elles sont certainement restreintes mais néanmoins précises, et ainsi limitée, cette méthode opératoire donnera d'excellents résultats immédiats; l'avenir nous renseignera sur sa valeur éloignée.

Séance du 22 juin 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS-SÉREUSE.

M. DURAND. — Notre Société a discuté, il y a quelques mois, la question de la cholécystectomie sous-séreuse, je l'ai tentée trois fois et viens vous rapporter ces opérations. Sur mes trois tentatives, je n'ai réussi qu'une fois, et cela me permet de préciser quelques points cliniques de cette opération.

Je dois dire d'abord que j'entends par cholécystectomie sous-séreuse l'ablation* sous-séreuse de la totalité de la vésicule, et non l'opération qui consiste à disséquer un manchon péritonéal seulement dans la région du col. Cette dernière manœuvre est, je crois, presque toujours possible: il n'en va pas de même de la véritable ablation sous-séreuse.

Dans les deux cas où j'ai échoué, il s'agissait de cholécystites chroniques non calculeuses, c'est-à-dire de vésicules légèrement distendues, avec parois un peu épaissies chroniquement enflammées. Bien que j'aie pris la précaution de commencer mon décollement séreux en plein corps et non sur le fond, suivant la recommandation faite ici par M. Tixier, je n'ai pu mener à bien ce décollement, la sonde cannelée creva rapide-

ment tantôt en surface le péritoine, tantôt en profondeur la muqueuse, et je dus me borner dans ces deux cas à une cholécystotomie. Dans un de ces cas, il persista contre toute attente une fistule biliaire que M. Tixier, qui avait trouvé cette malade en prenant son service à l'Hôtel-Dieu, guérit par une cholécystectomie. Je crois donc, après ces deux échecs, que ces vésicules enflammées chroniquement, avec faible épaissement des parois, se prêtent mal à la « sous-séreuse », et qu'il vaut mieux en pareil cas, si l'on est décidé à enlever la vésicule à le faire par le procédé normal.

L'histoire de mon troisième cas est beaucoup plus intéressante. Il s'agit d'une femme qui souffrait de phénomènes biliaires depuis 36 ans et dont l'affection a débuté d'une façon assez bizarre, probablement très déconcertante pour le médecin qui l'avait observée. A 20 ans, cette femme, aujourd'hui âgée de 57 ans, accoucha normalement. Dix jours après, elle prit de la fièvre et bientôt on vit apparaître une volumineuse collection inflammatoire dans l'hypochondre droit. Si on se reporte à cette époque où régnait la fièvre puerpérale, on doit se demander quel fut l'état d'esprit du médecin traitant devant cette collection. Il se résolut à donner issue au pus et appliqua une traînée de pâte de Vienne, de sorte que ma malade est un exemple, aujourd'hui assez rare, de cette thérapeutique ancienne.

Elle guérit parfaitement, et la cicatrice ne donna lieu qu'à une distension relativement peu marquée.

A partir de cette époque commença pour cette femme une sorte de long martyre biliaire, car elle ne cessa de souffrir de son foie. Ce furent jusque vers 30 ou 35 ans de graves troubles digestifs, puis de 35 à 50 des séries de coliques hépatiques reparaissant tous les 2 ou 3 mois, la plupart du temps longues et pénibles. Dans l'année 1903-1904, il n'y eut pas de colique aiguë, mais à peu près continuellement des douleurs sourdes et gravatives, des pesanteurs pénibles avec troubles digestifs gastriques. Vers le 15 mai 1904 il parut des phénomènes fébriles avec douleurs locales, puis tuméfaction inflammatoire, formation et évacuation spontanée d'un abcès assez volumineux qui se fit jour au niveau de l'ancienne cicatrice.

La malade entra le 15 juin 1904, dans le service de M. Maurice Pollosson que je suppléais, présentant une double fistule

sous les fausses côtes droites, à deux doigts au-dessous de ces côtes. Il s'en écoulait un liquide muco-purulent sans caractère biliaire ou urinaire. La palpation montrait une tumeur volumineuse faisant corps avec la face inférieure du foie. Le cathétérisme donnait la sensation nette d'un frottement calculeux. Je fis le diagnostic de cholécystite calculeuse et intervins. Je commençai par occlure les fistules en disséquant une collerette cutanée dont les lèvres furent relevées, accolées, entourées d'une compresse et bien pincées dans de longues pinces.

Je réalisai ainsi la manœuvre qui nous a été décrite depuis par M. Auguste Pollosson, avec cette différence toutefois que je ne fais pas la suture de la collerette, mais que je les pince après les avoir entourées de gaze. J'opère de cette façon en milieu tout à fait aseptique, même quand il s'agit de fistules très septiques, anus contre nature ou fistules salpyngiennes. Je parvins vite dans le péritoine, et, par les pinces, j'attirai au dehors la masse à extirper.

Elle était très volumineuse, comme on peut le voir sur la pièce que je présente, et atteignait avant d'être raccorni par un an de séjour dans l'alcool le volume d'un très gros poing. Après exploration, je résolus d'extirper la vésicule par le procédé sous-séreux. J'incisai, puis soulevai le revêtement péritonéal, ce qui ne fut pas trop difficile, et aussitôt que le lambeau péritonéal fut assez large, je le rattachai par des pinces au péritoine pariétal, de sorte qu'à partir de ce moment, j'opérai en dehors du péritoine, ayant réalisé une protection évidemment meilleure que celle que peut donner la mieux faite des barrières de gaze aseptique.

L'isolement de la vésicule et du cystique fut facile, et j'insiste sur la double manœuvre, isolement du champ opératoire, et occlusion de la fistule qui me permettait d'opérer en milieu aseptique et hors du péritoine. Un fil fut posé sur le cystique et la masse enlevée, tout étant emporté en bloc, vésicule et cinq gros calculs qu'elle renformait. J'avais en ce moment devant moi une poche limitée en haut par le foie et en bas par le revêtement péritonéal conservé de la vésicule. Un surjet de catgut remplaça les pinces qui fixaient le péritoine à la séreuse pariétale et une petite mèche tamponna légèrement la cavité.

Tout alla pour le mieux et sans incident. Au premier pansement je vis une fistule couler une certaine quantité de bile,

mais il n'y eut pas de fistulisation, et deux semaines après l'opération il n'y avait plus aucun écoulement. La guérison fut rapide et définitive, et mon intervention eut le bonheur de mettre un terme à cette affection biliaire dont la malade avait souffert pendant 35 années.

J'insisterai d'abord sur la simplicité et la facilité de la sous-séreuse dans ces grosses vésicules dont la paroi a un bon centimètre d'épaisseur. Quand on a trouvé le bon plan, le clivage se fait avec une très grande simplicité, au doigt ou à l'instrument mousse, sans le secours de la pointe ou le tranchant. C'est là, je crois, un caractère qui peut engager à faire de préférence la sous-séreuse, car les manœuvres sont rendues si simples qu'on est surpris de la rapidité du décollement. Si l'on ajoute que l'opération se passe en dehors de la séreuse par la petite manœuvre que j'ai indiquée, on voit que l'opération est des plus tentantes.

Pourquoi ai-je préféré l'ablation à la simple ouverture large de la vésicule ? En pareil cas, devant la fistulisation spontanée de la vésicule calculeuse, l'opération la plus simple est certainement la cholécystotomie avec ablation des calculs. Je n'ai pas adopté ce plan, parce qu'il m'a semblé que le volume considérable de la masse témoignait d'une lésion aussi profonde qu'elle était ancienne ; j'ai craint que l'ouverture simple me donnât une interminable fistule biliaire, ce réservoir aux parois épaisses d'un centimètre et plus devant se désinfecter et se fermer très lentement. L'ablation en bloc de la vésicule et des calculs me parut infiniment plus séduisante, et je me mis en devoir de la tenter ; j'ai insisté déjà sur la facilité de cette ablation.

Je crois donc que, dans ce cas, j'ai débarrassé ma malade d'un organe très infecté, que j'ai réduit de plusieurs semaines, pour ne pas dire de plusieurs mois, la durée du traitement post-opératoire, et évité peut-être une cystectomie secondaire, et cela au moyen d'une opération simple, très bien réglée, qui s'est poursuivie en milieu aseptique et en dehors de la cavité péritonéale. En pareil cas je conclurai que la sous-séreuse est indiquée, je crois par contre que dans les cholécystites chroniques non calculeuses, avec paroi relativement peu épaissie, elle est difficile, pour ne pas dire impossible, et qu'on est réduit à une autre intervention.

M. TIXIER. — Je puis compléter l'observation de cette jeune fille à laquelle M. Durand a fait allusion. La fistule biliaire qui persistait d'une façon très pénible à la suite de l'opération qu'avait dû lui pratiquer M. Durand, m'a contraint à intervenir chez elle. J'ai été assez heureux pour lui enlever complètement sa vésicule par le procédé sous-séreux et la guérir complètement en dix jours, sans aucun drainage.

*
**

DU TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE PAR L'ASPIRATION INTRA-
TRACHÉO-BRONCHIQUE.

M. A. LATARJET. — Il est inutile de rappeler qu'une des complications les plus redoutables des interventions sur le massif osseux facial, sur le pharynx, les fosses nasales, etc., est l'introduction du sang dans les voies respiratoires. Le nombre des moyens préconisés pour la prévenir, les nombreux débats sur la question de la trachéotomie préventive, sur l'emploi de la canule de Trendelenburg, sur la recherche de la position à donner au malade, témoignent de la crainte inspirée aux chirurgiens par ce redoutable accident. Il ne s'agit pas en effet, d'une syncope banale, mais d'une asphyxie mécanique. Le malade est comme baigné dans le sang, et trop souvent il succombe. Pour ne prendre qu'un exemple, Weber rapporte encore 4 cas de mort par suffocation sur 486 cas de résection du maxillaire supérieur.

Le 18 juin dernier, pendant le cours d'une semblable intervention que pratiquait notre maître M. Vallas, le malade apyxia, et malgré tous les moyens habituels mis en œuvre, la partie semblait définitivement perdue lorsque nous avons eu l'idée d'avoir recours à une méthode très simple qui a ramené le moribond à la vie.

Voici d'ailleurs les faits tels qu'ils se sont passés :

Il s'agit d'un homme de 54 ans, atteint d'un néoplasme du maxillaire supérieur droit, datant de plus d'un an. Malgré le trismus qui faisait redouter une extension du cancer aux territoires voisins, M. Vallas se décide à pratiquer l'intervention que réclame à tout prix le malade.

L'anesthésie est faite à l'éther, sans trachéotomie préventive, toujours si redoutable dans les milieux hospitaliers.

Dès le début de la résection, le malade commence à respirer difficilement. La langue est attirée au dehors ; mais le trismus gêne considéra-

blement l'introduction de tampons dans l'arrière-gorge et le vestibule laryngé. Aussi, malgré la rapidité de l'intervention, malgré la position de Rose, l'asphyxie augmente, et ne tarde pas à être absolue. Les mouvements respiratoires s'arrêtent, la face est violacée, le réflexe cornéen a disparu, les battements du cœur ne sont plus perceptibles. M. Vallas fait une trachéotomie, tandis que nous pratiquons la respiration artificielle, tandis que l'on exécute les tractions rythmées de la langue. Malgré ces manœuvres, cet état de mort apparente persiste et dure déjà depuis cinq minutes environ, lorsque nous avons l'idée d'introduire par la canule un tube de caoutchouc d'environ 40 centimètres de long, que nous poussons dans l'arbre trachéo-bronchique sur une distance d'environ 10 à 12 cent. Nous adaptons à son extrémité extérieure une seringue à hydrocèle qui se trouvait à notre portée, et nous pratiquons l'aspiration en tirant à nous le piston préalablement poussé à fond. Cette traction nécessite pas mal d'effort, ce qui indique que l'aspiration se fait bien, et doit être efficace. Tout en maintenant le vide, nous retirons lentement le tube de la trachée, et à notre grand plaisir et un peu stupéfait, nous le voyons réapparaître hors de la canule avec un caillot sanguin d'environ 15 cent. de longueur dont l'extrémité supérieure est venue se loger dans l'extrémité inférieure du drain d'aspiration.

Encouragé par ce résultat, nous retournons à cette sorte de pêche aux caillots ; nous avons soin d'enfoncer le tube assez profondément, sans forcer, là où il veut aller, et de faire le vide au moment du temp expiratoire de la respiration artificielle pratiquée par mes collègues Poissonnier et Bourret. A chaque épreuve le tube ressort avec un caillot appendu, caillot variant entre 10 et 8 cent. environ, moins volumineux à chaque nouvelle aspiration. Vers la cinquième ou sixième aspiration, les mouvements spontanés se réveillent, la face bleue du malade redevient rose, tandis que la plaie opératoire et trachéale s'empourpre d'un sang vermeil du meilleur augure. Nous répétons encore deux ou trois fois l'aspiration qui reste bientôt négative. D'ailleurs le malade est désormais hors de danger et respire normalement. Aujourd'hui il va aussi bien que possible, ne souffrant d'aucune complication pulmonaire.

Ayant eu la curiosité de rechercher si ce mode de traitement de l'asphyxie avait été employé dans des cas analogues, nous avons été surpris de deux faits qui nous ont engagé à vous faire part de notre observation. Le premier fait est le discrédit dans lequel semble tomber l'aspiration comme méthode systématique du traitement de l'asphyxie par obstruction de l'arbre trachéo-bronchique ; le deuxième qui en découle est la rareté des observations dans lesquelles pareille thérapeutique a été employée pour des cas du même genre chez l'adulte.

Il n'y a qu'à lire les articles : asphyxie, submersion, croup, etc., du Dictionnaire des Sciences médicales, pour se convaincre du peu de confiance que l'on accorde à l'aspiration. A propos de la trachéotomie, on lit ceci : « Pour retirer le sang tombé dans la trachée, on conseille de pratiquer l'aspiration par la bouche ou un aspirateur. Ces moyens sont inefficaces ; il faut titiller la muqueuse trachéale avec l'extrémité d'une barbe de plume. »

Dans un chapitre du traitement de la submersion, Tourdes s'exprime ainsi : « La méthode d'aspiration a tenu une grande place autrefois. La seringue aspirante de Desgranges, en 1786, l'appareil de Courtois en 1789, le soufflet à deux cavités de Colleman, la pompe aspirante de Gorcy, l'appareil de Meunier, recommandé en juillet 1807, par la Faculté de Strasbourg, ont eu tour à tour des partisans. Tous ces appareils ingénieux sont tombés en désuétude et n'ont plus de place dans les boîtes de secours. Si l'entrée des voies respiratoires était mal fermée par le tube, l'aspiration était illusoire, si la clôture était hermétique, l'aspiration violente devenait un danger.

On cite à cet égard une expérience de Troja, qui fit périr un chien par le seul effet de cette aspiration exercée par une pompe adaptée à la trachée artère.

Nous pourrions multiplier des citations condamnant la méthode que nous préconisons aujourd'hui.

En effet, au XIX^e siècle, c'est l'insufflation qui a dominé le traitement de l'asphyxie dans la syncope, et il faut arriver à Ribemont Dessaigne, à Budin surtout qui inspira la thèse de Codet (Paris, 1893-94), pour voir affirmer que dans la mort apparente du nouveau-né, il est nécessaire d'aspirer les mucosités avant d'insuffler de l'air dans l'intérieur des poumons.

Nous plaçant au point de vue chirurgical, nous n'avons trouvé qu'un cas de König rapporté incidemment dans son Traité ; il raconte à propos de l'emploi de la canule de Trendelenburg sur les opérations sur la face, qu'un de ses opérés, asphyxiait par suite de l'écoulement de sang entre la canule et la trachée, qu'il fut obligé de retirer la canule et d'aspirer le sang. Il n'ajoute d'ailleurs rien de plus. Il est fort probable que l'aspiration ne s'est faite qu'au moyen d'un tube et par aspiration buccale. Dans certains cas, lorsque la quantité de sang est minime, lorsque le malade a toussé, il est possible que la respiration artificielle seule puisse suffire à ranimer le malade :

c'est ainsi que M. Bérard fit, sous l'influence des manœuvres respiratoires, sortir de la bouche d'un de ses opérés un caillot de 8 à 10 cent. de long, véritable moulage du larynx et de la trachée, ou moment où il s'apprêtait à faire une trachéotomie.

Mais dans bien des cas, l'aspiration est un excellent moyen de faire cesser l'asphyxie, puisqu'elle s'adresse directement à sa cause.

Physiologiquement, pour répondre à l'expérience de Troja, Albert a montré que l'aspiration au moyen d'un soufflet à double ouverture n'est pas dangereux, bien moins en tous cas que l'insufflation.

Cliniquement, Voisin rapporte qu'un des meilleurs sauveteurs de Paris appliquait l'aspiration aux noyés et que ce moyen était très efficace.

Enfin elle donne d'excellents résultats entre les mains des accoucheurs.

D'après l'observation de M. Bérard, d'après la nôtre, on peut conclure que, dans la plupart des cas, le sang introduit dans la trachée et les bronches se coagule très vite, obstruant très rapidement les gros canaux de ventilation, mais respectant probablement, grâce à cette coagulation rapide, la plus grande partie du territoire alvéolaire, la plus grande partie du champ de l'hématose.

L'indication ici n'est donc pas d'essayer d'envoyer de l'air dans le poumon, mais de permettre au poumon d'en recevoir, et dans l'espèce de vider les bronches de leurs moules sanguins. Nous ne croyons pas que chez notre malade la simple titillation de la muqueuse trachéale eût provoqué des quintes de toux suffisantes à évacuer l'arbre bronchique de ces longs et multiples caillots, la respiration artificielle et les tractions de la langue étant absolument inefficaces. L'aspiration est donc le seul moyen capable d'accomplir cette évacuation.

L'instrumentation est bien simple : d'une part un tube de caoutchouc quelconque, aux parois assez épaisses, telle une sonde de gomme de gros calibre dont on en couperait l'extrémité que porte l'œillet, afin d'avoir un orifice terminal, et d'autre part un appareil aspirateur quelconque, seringue à hydrocèle, de 250 à 300 gr. par exemple.

Le manuel opératoire n'offre pas de difficultés, il faut enfoncer le tube sans forcer et assez loin. Il est évident que la

trachéotomie favorisera singulièrement le humage des caillots. Il est bien entendu que l'on pratiquera la respiration artificielle qui, tout en aidant à l'influence du vide que l'on exercera au temps de temps de l'expiration, réveillera et rétablira le rythme respiratoire sitôt que les caillots seront enlevés.

Nous ne voulons pas nous attarder plus longtemps sur cette méthode si simple et si facile à exécuter. Bien qu'abandonnée depuis plus d'un siècle dans le traitement des asphyxies dues à l'obstruction mécanique par les liquides du sang, etc., nous croyons qu'elle doit rendre les plus grands services, puisqu'elle est dans ces cas la seule rationnelle. Là encore s'affirme le vieil adage : *Ablata causâ, sollitum effectus*. C'est tout au moins ce que nous avons eu le plaisir de constater comme conseil pratique, peut-être serait-il bon dans les opérations sur la face, le pharynx, etc., d'adjoindre à l'instrumentation la canule à trachéotomie, un tube de caoutchouc et une seringue à hydrocèle s'y adaptant parfaitement et parer le plus vite possible au danger d'une asphyxie toujours grave.

M. VALLAS. — Je tiens à féliciter mon interne, M. Latarjet, de la présence d'esprit qu'il a montrée dans ce cas et de l'idée heureuse qui lui a permis de rappeler à la vie un homme bien certainement perdu.

C'est une manœuvre qui, à mon avis, est appelée à rendre de grands services dans les opérations sur la face et le cou, où la pénétration du sang dans l'arrière-cavité constitue le principal danger opératoire.

Beaucoup de morts pendant l'anesthésie à l'éther sont également dues à la pénétration dans les bronches de liquides de vomissements.

Enfin il me paraît que cette manœuvre pourra être utilisée avec succès dans le traitement de l'asphyxie par submersion.

M. VINCENT. — Il y a dix ans environ, j'ai pratiqué une méthode analogue pour combattre une asphyxie progressive chez un enfant auquel j'avais fait subir la trachéotomie pour diphtérie. A l'aide d'une seringue à hydrocèle, j'avais tenté l'aspiration : mes efforts furent vains.

Il est probable qu'on a plus de chance de réussir chez un adulte, et le cas de M. Latarjet est très intéressant.

M. GOULLIQUOUD. — Le cas que nous relate M. Latarjet a une grosse importance clinique, car il nous montre quel secours peut nous fournir l'aspiration exécutée par ce procédé.

Il ne s'agit pas seulement en effet des cas où l'asphyxie est menaçante par déglutition des matières vomies dans la trachée, mais encore des cas où l'on peut redouter une broncho-pneumonie par déglutition.

Dans la chirurgie intestinale et des voies digestives supérieures, c'est un danger constant à l'abri duquel on pense peut-être se mettre, en pratiquant d'une façon préventive le vide dans les voies respiratoires, par l'intermédiaire du tube de M. Latarjet.

M. GANGOLPHE. — J'approuve complètement les conclusions de M. Goullioud.

L'asphyxie par déglutition des matières dans la trachée est une complication terrible qui a causé presque tous les cas de mort dans l'anesthésie par l'éther, lorsqu'on opère des hernies étranglées ou des occlusions intestinales. L'aspiration rapide, exécutée comme l'a fait M. Latarjet, sera capable de sauver ces malades.

M. DURAND. — La méthode que nous propose M. Latarjet est très différente de la méthode d'aspiration ordinairement pratiquée.

J'ai eu l'occasion d'aspirer directement sur la canule de trachéotomie, et cela sans aucun résultat : on ne ramène rien.

M. TIXIER. — Dans un cas dont se souvient sans doute M. Viannay, j'ai pu, par aspiration directe faite à l'aide de la bouche appliquée sur canule de trachéotomie, ramener une notable quantité de sang qui obstruait les voies respiratoires. La malade, une femme obèse, atteinte d'œdème aigu du larynx, a été sauvée.

Mais la méthode de M. Latarjet est autrement active et sûre ; aussi doit-elle être religieusement conservée dans l'arsenal chirurgical.

*
* *

SUR CINQ CAS D'HÉMIRÉSECTION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR AVEC PROTHÈSE IMMÉDIATE DU DOCTEUR MARTIN.

M. TIXIER. — Dans ces derniers mois, nous avons eu plusieurs fois l'occasion, à la Société de Chirurgie, de causer des résultats de la prothèse immédiate ; on en a discuté les indications et le manuel opératoire.

C'est pourquoi je me suis permis de vous présenter aujourd'hui l'histoire clinique, les pièces anatomiques de cinq malades auxquels j'ai pratiqué, depuis le mois de janvier 1905, la résection du maxillaire inférieur.

Je serai très bref sur l'observation même des malades, voulant surtout envisager la question au point de vue du résultat opératoire.

Voici leur résumé :

1^o Louis G..., 54 ans.

Épithélioma de la lèvre inférieure opéré à Valence en 1904. Récidive ganglionnaire ayant envahi le maxillaire et la peau de la région du menton, de la région génienne et de la joue.

Opération le 7 février 1905. Ablation en bloc de la peau du menton, de la partie inférieure de la joue, de la glande et des ganglions sous-maxillaires, en les laissant adhérer au maxillaire, lequel est réséqué très haut sur la branche montante.

Prothèse immédiate par M. MARTIN.

Sutures. Drainage retro-maxillaire.

11 avril 1905. Reconstitution de la lèvre inférieure pour recouvrir l'appareil définitif par le procédé d'Estlander. Excellent résultat.

Sorti guéri le 7 mai 1905.

Pièce ci-jointe.

2^o Julien L..., 55 ans.

Épithélioma de la muqueuse gingivale au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur droit. Point de départ dans le maxillaire au niveau d'une dent de sagesse demeurée incluse. Ganglions sous-maxillaires.

Opération le 14 mars 1905. Hémianesthésie du maxillaire avec désarticulation ; ablation en bloc des ganglions et de la glande sous-maxillaire. Prothèse immédiate par le docteur Francisque Martin.

Le malade part guéri avec un appareil définitif le 4 juin 1905. Pièce jointe.

3^o Aug. B..., 66 ans.

Épithélioma de la muqueuse gingivale avec envahissement du maxillaire inférieur et de la joue. Enormes ganglions.

Opération le 23 mars 1905. Énorme ablation d'une partie de la joue de la région sous-maxillaire, des ganglions et du maxillaire inférieur. Désarticulation de la temporo-maxillaire.

Prothèse immédiate, drainage.

Suites simples, malgré quelques phénomènes cardiaques peu étonnants chez un homme de 66 ans.

Le malade, très autoritaire, enlève dans un moment d'emportement son appareil au 10^e jour.

Sort guéri le 28^e avril 1905

Pièce ci-jointe.

4^o Jean Esp..., 38 ans.

Ostéo sarcome du maxillaire inférieur à évolution très rapide. Pas de ganglions perceptibles, mais envahissement de la peau de la joue.

Opération le 16 mai. Une large hémi-résection. Conservation de la lèvre.

Prothèse immédiate. Pas de drainage. Pièce ci-jointe.

Vous pouvez constater sur le malade ici présent combien le résultat est satisfaisant à tous points de vue.

5^o Blanche Uz..., 26 ans.

Sarcome à myélopaxes du maxillaire inférieur; ganglions paraissant inflammatoires.

Opération le 2 juin 1905. Hémi-résection avec section haute de la branche montante. Conservation de la continuité de la lèvre. Prothèse immédiate, aucun drainage

Vous pouvez juger aujourd'hui 20 jours après l'intervention combien la forme et la fonction sont bien conservées.

Messieurs, sur ces cinq cas si dissemblables par l'âge des malades, par la nature de leur affection, nombreuses seraient les réflexions à faire, je me contenterai de vous signaler quelques détails concernant le manuel opératoire de la prothèse.

Au point de vue du manuel opératoire, j'ai toujours enlevé en un seul morceau les ganglions, la peau envahie et l'os; celui-ci sur la ligne médiane a toujours été admirablement sectionné par le coupe-os multiplicateur de Mollière. Je l'ai coupé trois fois haut sur la branche montante, désarticulé deux fois. Mes malades ont tous très bien supporté cet énorme traumatisme, et cependant l'un avait 66 ans, deux autres 55 et 54 ans. Il faut opérer vite et savoir utiliser les appareils prothétiques de M. Martin pour les lavages de la plaie.

En effet, cette prothèse peut être envisagée comme un moyen de drainage, comme un sauveur de la fonction. Quand, ainsi que nous l'a bien appris M. Martin, on fait réellement bien exécuter ces lavages, à l'aide de l'injecteur Eyguezisier, la pièce prothétique est admirablement tolérée. Seulement il faut se donner la peine de surveiller de très près ces lavages; là, comme toujours, le chirurgien n'a que ce qu'il mérite.

Au point de vue fonctionnel, la forme de la mâchoire, de la joue est immédiatement conservée et on n'a pas à lutter ensuite contre ces rétractions cicatricielles si terribles à faire céder.

Enfin, une dernière question mérite d'être discutée : quelle est l'action de l'appareil prothétique sur la récurrence? Voici :

mon impression n'est pas basée sur l'observation seulement de ces derniers cas trop récents, mais sur ce que j'ai vu chez de nombreux malades opérés par le Prof. Pollosson ou par M. Albertin. Dans les cas de tumeurs nées dans le maxillaire, de tumeurs, à point de départ osseux, quelle que soit leur nature histologique, la prothèse peut être employée sans danger. Au contraire, lorsqu'il s'agit d'épithéliomas nés dans la muqueuse de la gencive, et surtout des joues, il vaut mieux s'abstenir de ces appareils.

M. GANGOLPHE. — La communication de M. Tixier m'a rappelé le temps où, jeune chirurgien, je me suis attaqué si souvent à ces énormes tumeurs du maxillaire inférieur. Je ne puis qu'appuyer ces conclusions au sujet de la nécessité absolue de surveiller de très près les lavages qui doivent être faits avec l'irrigateur. Le seau ne servant qu'aux lavages de la bouche et non pas de l'appareil.

L'appareil de M. Martin est très bien supporté dans ces conditions, et au point de vue de la récurrence, je suis de l'avis de M. Tixier, quand il ne la redoute que pour les épithéliomas nés dans la muqueuse.

Dans les cas de tumeurs du maxillaire la prothèse n'est pas dangereuse, et je connais des cas où je l'ai employé sans récurrence au bout de cinq ans.

M. MARTIN demande que cette question soit mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Séance du 29 Juin 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

M. VALLAS, secrétaire général, donne communication à la Société d'un mémoire de M. le médecin-major De Brie : *Sur la rupture du tendon sus-rotulien du quadriceps.*

(Sera publié.)

*
* *

HÉMIRÉSECTION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR POUR TUMEURS
BUCCO-PHARYNGÉES. — PRÉSENTATION DE 20 PIÈCES.

M. VALLAS. — J'ai pratiqué un très grand nombre d'opérations de ce genre pour des cas analogues à ceux dont M. Tixier vous a entretenus dans la dernière séance. J'ai réuni, à cette occasion, afin de vous les présenter, les pièces anatomiques qui ont été conservées dans le musée de mon service. Elles sont au nombre de 20, et comme vous pouvez le constater, la plupart offrent un volume considérable : l'exérèse ayant emporté la moitié du maxillaire inférieur et de grosses masses de parties molles. J'ai en effet pour habitude d'enlever en un seul bloc tous les tissus envahis par le cancer, et c'est ainsi que vous pouvez voir certaines de ces pièces constituées par l'os, les ganglions sous-maxillaires et carotidiens et une portion plus ou moins étendue de la langue et du plancher buccal.

Ces résections du maxillaire inférieur ont été pratiquées dans trois circonstances différentes :

1° Dans les cas de tumeurs primitives de l'os.

2° Dans les cas où l'os est envahi secondairement par propagation d'un cancer des tissus voisins : langue, plancher buccal, ganglions sous-maxillaires. Dans ce dernier cas il s'agit ordinairement d'une récurrence de cancroïde des lèvres déjà opéré, et souvent la peau est envahie, ce qui vous explique la présence de lambeaux cutanés à la surface de quelques-unes de ces pièces,

3° Dans les cas de tumeurs de l'amygdale et de la paroi latérale du pharynx.

Il est certaines tumeurs malignes de l'amygdale qui restent assez longtemps cantonnées dans cette glande et que l'on peut enlever sans toucher au squelette de la région. Elles sont exceptionnelles, et il m'a semblé, sans que je puisse en fournir la démonstration histologique, que ces tumeurs répondaient au type clinique du lymphadénome. Mais dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'épithéliomas muqueux ordinaires qui ne tardent pas à envahir les piliers du voile et à adhérer à la branche montante du maxillaire. Alors le sacrifice de l'os s'impose. D'ailleurs, même en l'absence d'envahissement vrai, je crois que la résection est nécessaire comme opération d'approche pour pouvoir enlever complètement une tumeur qui a envahi la base de la langue, l'isthme du gosier ou la paroi latérale du pharynx.

A la suite de ces interventions, je ne fais pas toujours de prothèse immédiate. J'en suis un partisan convaincu toutes les fois qu'elle est possible. Mais il est, à mon sens, des cas où l'on ne peut la pratiquer. Quand les parties molles de la région sous-maxillaire et du plancher de la bouche ont été emportées, la pièce prothétique ne peut plus jouer que le rôle de corps étranger. Recouverte par la peau seule, elle ne peut être englobée dans la cicatrice à cause de l'énorme perte de substance, et même elle s'oppose à l'effacement de la cavité créée par l'exérèse en empêchant la coalescence de la face interne de la peau avec les surfaces cruentées plus profondes. On ne saurait mieux la comparer alors qu'au gril costal s'opposant à l'effacement d'une cavité de pleurésie purulente par l'adossement des plèvres pulmonaire et pariétale. C'est pourquoi je

ne fais appel au concours de M. Martin que dans les cas où ses appareils prothétiques peuvent être facilement entourés de parties molles suffisantes.

Qu'il y ait ou non une prothèse, je me conforme toujours au même procédé opératoire, dont voici les grandes lignes.

1° La ligne d'incision est franchement reportée dans la région sus-hyoïdienne latérale, pour que la ligne de suture ne vienne pas tomber sur le bord d'une pièce de prothèse. C'est là une précaution sur laquelle M. Martin a dès longtemps attiré l'attention. Je joins à cette ligne horizontale un prolongement vertical dans la région carotidienne quand il est nécessaire d'enlever les ganglions de cette chaîne.

2° Je ne coupe jamais la lèvre sur la ligne médiane. Cette pratique donne certainement beaucoup de jour, et s'en abstenir rend plus difficile les manœuvres opératoires; mais elle a, à mon avis, le grand inconvénient de supprimer l'orbiculaire. Les malades ne peuvent fermer la bouche; l'air y pénètre, desséchant les muqueuses buccales et pharyngées, y amenant plus facilement les poussières du dehors; et surtout la salive ne peut être retenue, elle s'écoule continuellement, rendant encore plus pénible la situation des malades qui ont déjà à résister à un choc opératoire important.

3° La section de l'os se fait toujours au-dessus de l'angle, sur la branche montante. Ceci est nécessaire dans les tumeurs de l'isthme oro-pharyngé, puisque c'est cette partie de l'os qu'il s'agit d'enlever pour avoir du jour. Quand la branche horizontale est seule en jeu, je reporte néanmoins la section très haut sur la branche montante pour éviter les inconvénients signalés par M. Martin, de la rétraction en dedans du fragment laissé en place.

J'ai longtemps fait la désarticulation du maxillaire; mais il y a dans cette opération une manœuvre d'arrachement aveugle qui, dans une de mes observations, a causé la mort du malade. L'arrachement porte sur le ptérygoïdien externe et les vaisseaux de la région peuvent être intéressés. Le malade en question succomba deux jours après l'opération à une hémorragie secondaire que j'attribue à cette dilacération. Depuis lors j'ai toujours sectionné l'os au-dessous du cal du condyle et de l'apophyse coronôide.

4° Je ne fais jamais de trachéotomie préventive. Elle facilite

peut-être l'acte opératoire en débarrassant le chirurgien du souci des accidents asphyxiques, mais elle aggrave beaucoup, à mon avis, le pronostic des suites de l'intervention.

Je ne fais pas davantage de ligature préventive de la carotide. J'aborde toujours la tumeur par ce qu'on peut appeler son hile, c'est-à-dire la région carotidienne. En la tournant ainsi par ce côté, je lie à mesure qu'elles se présentent la linguale et la faciale, et à partir de ce moment je puis gagner la profondeur sans avoir jamais eu à surmonter d'hémorragies inquiétantes.

Telles sont les quelques considérations que je voulais vous présenter à propos du manuel opératoire.

Il ne faut pas se dissimuler que ces interventions sont graves; mais il suffit, pour les justifier, de se représenter l'état lamentable et les douleurs atroces qu'ont à supporter ceux que l'on n'opère pas.

J'estime à 35 ou 40 % la mortalité post-opératoire. Le grand danger est la broncho-pneumonie à foyers multiples et successifs. Cette complication est surtout redoutable dans les salles d'hôpital; l'impossibilité d'une surveillance individuelle, qui assure la position assise du malade, le lavage soigneux et fréquent de la cavité buccale; les poussières du balayage, peut-être le refroidissement, et enfin la contagion, sont autant de causes qui exposent à cette broncho-pneumonie fatale. Hors de l'hôpital, quand le malade peut être isolé et surveillé, je ne l'ai jamais vue survenir.

Les autres opérés succombent au choc opératoire; et enfin, j'en ai vu un mourir brusquement d'une syncope après plusieurs jours, quand tout faisait espérer une terminaison favorable.

Au point de vue du résultat éloigné, je crois qu'il doit y avoir des récidives que je ne connais pas, les malades ne revenant pas se montrer. J'ai vu, après deux ans, une récidive se développer dans les ganglions de la nuque. Par contre, j'ai constaté des survies de trois et cinq ans sans récidive. Quelques-uns de mes opérés ont eu le temps de succomber à d'autres affections aiguës avant de voir renaître leur tumeur. Ces résultats, quelque incomplets qu'ils soient, me paraissent suffisants pour contrebalancer les dangers de ces énormes mutilations.

SUR L'HÉMIRÉSECTION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR AVEC
PROTHÈSE IMMÉDIATE.

M. MARTIN. — Depuis quelque temps, l'attention de la Société de chirurgie s'est portée sur les méthodes de prothèse immédiate, et quatre ou cinq discussions leur ont été consacrées. Récemment encore, M. Tixier nous a présenté quelques malades, et M. Gangolphe a bien voulu exprimer son opinion basée sur de nombreuses observations.

Au cours de ces discussions, un certain nombre de détails ont été précisés, et parmi eux, il en est un sur lequel M. Gangolphe a particulièrement insisté, et avec raison : c'est l'importance des lavages après l'opération.

Je me permets de revenir encore sur ce point que, depuis près de trente ans, je m'efforce de mettre en lumière, c'est que c'est surtout par des lavages que l'on assure le succès. Les échecs de la prothèse immédiate sont dus le plus souvent à ce que les lavages ont été négligés ou mal faits.

En effet, la prothèse immédiate implique une réunion immédiate de la plaie opératoire. Or, ne pas drainer une perte de substance aussi vaste que celle produite par l'ablation d'un maxillaire inférieur, semble tellement paradoxal, que j'éprouve toujours une certaine résistance de la part des jeunes chirurgiens, lorsque je les prie de ne pas placer de drain. Ollier lui-même a été long à accepter ma manière de voir, et ne s'y est rallié qu'en présence des résultats que je lui ai présentés.

L'obstacle à la réunion immédiate, c'est l'infection. Or, celle-ci est particulièrement à craindre, étant donné le siège de la plaie et sa disposition en forme de sac d'où les liquides s'écoulent difficilement, et où ils stagnent et fermentent rapidement. Cette rétention aboutit promptement à l'infection de la plaie et à la pénétration des liquides septiques dans les voies respiratoires.

Ces conditions défavorables ne peuvent être combattues que par des lavages fréquents faits *sous pression*. Cette pression doit être très forte pour entraîner mécaniquement les produits qui stagnent, et malheureusement les infirmiers chargés des lavages ne se rendent pas compte de l'importance de ce détail. Pour obtenir une pression suffisante, j'ai conseillé l'irrigateur

Eguisier, qui donne une pression égale à celle qu'on obtiendrait avec un seau à irrigation placé à plus de 7 mètres de hauteur. Ce dernier dispositif étant difficile à réaliser, j'ai cru devoir adopter l'irrigateur Eguisier.

Vous savez que les appareils de prothèse immédiate que j'emploie sont creusés intérieurement par une série de canaux qui viennent s'ouvrir à leur surface. Ils aboutissent tous à un canal unique qui émerge sur le bord supérieur de l'appareil, et se continue par un tube de caoutchouc de 15 à 20 centimètres qui sort par la bouche. A ce tube vient s'adapter l'embout de l'irrigateur. Le liquide est poussé avec force par les orifices de la surface de la plaie, et fait une véritable *chasse* très vigoureuse.

Cette chasse doit être pratiquée aussi souvent que possible, c'est-à-dire toutes les deux heures au moins.

Lorsque, par suite d'une négligence, les lavages ne sont pas faits régulièrement, le thermomètre le signale immédiatement par une ascension thermique qui peut atteindre 40°. Il n'est pas rare de voir la température retomber à la normale douze heures après que les lavages ont été repris de façon régulière.

Dans ces conditions, lorsque la détersion de la plaie est bien assurée, le drainage par la ligne de suture devient inutile; tout au plus pourrait-on le pratiquer les deux ou trois premiers jours. Après ce moment, il devient plutôt nuisible. En effet, au moment où la cicatrisation commence, la tonicité musculaire, un moment suspendue par le traumatisme opératoire, réapparaît peu à peu. L'orifice laissé par le drain, et à travers lequel on peut d'ordinaire apercevoir l'appareil, loin de se fermer, tend au contraire à s'agrandir pendant la cicatrisation. C'est que les tissus, dans toute autre plaie opératoire, sont relâchés et peuvent aisément revenir sur eux-mêmes, en s'appliquant sur des tissus organisés auxquels ils se soudent; au contraire, dans les cas de prothèse, ces tissus sont tendus sur un corps étranger qui nuit à leur vitalité et oppose un obstacle invincible à leur rétraction. Il en résulte une tension des tissus, et les orifices de drainage, au niveau desquels la réunion n'a pas pu se faire par première intention alors que les tissus étaient encore en état de relâchement, vont s'agrandir peu à peu, au fur et à mesure que la rétraction s'accroît.

C'est pour une raison semblable que j'ai conseillé de faire

l'incision de telle façon que la ligne de suture ne puisse être au contact de l'appareil. Il est nécessaire de la reporter plus en arrière, de telle sorte que, pendant la cicatrisation, elle échappe à toute pression du corps étranger qui pourrait entraver la réunion. Les avantages de ce mode opératoire avaient été reconnus par Létievant qui, avec son grand sens clinique avait, du premier coup, posé l'indication d'éloigner la ligne de suture du contact de l'appareil. Vous pouvez le voir sur ce moulage, qui est celui de la malade sur laquelle Létievant pratiqua la première prothèse immédiate du maxillaire inférieur.

Cette nécessité d'éviter toute pression de la ligne de suture sur l'appareil, fait qu'il est préférable de prolonger l'incision sous-mentonnière aussi loin qu'il est nécessaire pour la facilité de la résection, plutôt que d'inciser verticalement le menton et la lèvre inférieure. Cette dernière incision se trouverait fatalement en contact avec l'appareil, exposée par conséquent à se disjoindre. Il vaut donc mieux la supprimer toutes les fois que cela sera possible.

C'est pour ces mêmes raisons que l'on doit éviter autant que possible la section de la lèvre inférieure et de son muscle orbiculaire. La section de ce muscle a encore un autre inconvénient que j'ai vu se produire chez deux malades, l'un d'Ollier, l'autre de Levrat : chez ces malades, l'opération avait consisté dans l'ablation du corps de l'os, et avait nécessité un large lambeau antérieur. Or, pendant les premiers jours, ce lambeau, pendant vers le bas, avait glissé sous l'appareil qui était ainsi mis à nu sur sa face antérieure. Cette position vicieuse du lambeau dura tant que persista l'absence de tonicité du muscle orbiculaire, sectionné et traumatisé. Lorsque celle-ci reparut, que la rétraction du lambeau commença à se produire, le lambeau revint à sa place normale. Ce mouvement fut aidé au début par l'application d'une légère traction faite au moyen d'une bande de caoutchouc.

Ces deux cas sont les seuls où j'ai observé cet accident. Je ne l'ai jamais vu se produire lorsque l'orbiculaire des lèvres n'avait pas été sectionné. Dans les observations qu'il a rapportées, M. Vallas, tout en insistant sur la nécessité de respecter l'orbiculaire, a encore signalé le fait que souvent, dans ce cas, les malades ne pouvaient retenir leur salive. A ma connaissance le fait s'est produit chez deux malades pour lesquels

M. Vallas avait demandé mon concours ; mais il faut faire remarquer qu'il s'agissait de lésions des tissus par coup de feu, et que les parties molles, l'orbiculaire compris, avaient été traumatisées violemment. Il s'était formé des masses cicatricielles qui empêchaient toute occlusion de la bouche. M. Vallas avait pu réséquer la plus grosse partie des masses cicatricielles ; lorsque la fonction musculaire fut rétablie, la salive fut parfaitement maintenue. Cet incident est donc intimement lié au fonctionnement de l'orbiculaire.

J'ai rappelé dans diverses séances que le point où devait porter la section de l'os n'était pas indifférent. Il a semblé au début que demander au chirurgien le sacrifice d'une portion d'os très étendue était excessif. Pour y consentir, il faut être bien pénétré des principes de la prothèse immédiate et de ses avantages.

Toutes les fois qu'on peut conserver en arrière une molaire pour servir de point d'appui à l'appareil définitif, la section ordinaire de l'os est suffisante ; mais si cette molaire manque, ou si la section doit porter en arrière d'elle, mieux vaudrait couper l'os horizontalement au niveau de la branche montante pour éviter les déviations du fragment, dues à l'action du masséter et du ptérygoïdien interne.

Ces déviations empêchent la mastication ; le frôlement du fragment inférieur attiré en haut contre les dents de la mâchoire supérieure, provoque des douleurs ; l'appareil est difficilement maintenu en place. Enfin la déformation est bien plus grande, car la projection du fragment en avant laisse en arrière une dépression préauriculaire assez profonde et très disgracieuse. En somme, chaque fois que le fragment postérieur n'offre pas un point d'appui suffisant à l'appareil pour le maintenir abaissé, il faut porter le trait de section plus en arrière, à 2 centimètres environ au-dessus de l'angle de la mâchoire ; et si la résection doit porter des deux côtés, il ne faut pas hésiter à faire la section de l'os symétriquement. Ce sacrifice a une telle importance au point de vue fonctionnel, que je le demande hardiment. D'autre part, l'ablation large augmente tellement les chances de non-récidive de la tumeur qui nécessite ordinairement la résection, que cette pratique apparaît doublement avantageuse.

Enfin, il me reste un dernier point sur lequel je désire in-

sister : on a une grande tendance à négliger les lavages sous pression à partir du sixième ou huitième jour après l'opération : le malade est rétabli du choc opératoire, sa température est à peu près normale, et on le considère comme à l'abri de tout accident. Or, à ce moment, la rétraction du lambeau l'appuie fortement sur l'appareil, et la tension plus forte des tissus rend la stagnation des liquides plus marquée. Si on cesse alors les lavages, il peut se produire une infection secondaire, que je n'ai jamais vue, d'ailleurs, se traduire autrement que par quelques oscillations thermiques insignifiantes ; mais toutefois, je crois fermement que les lavages sous pression doivent être continués dans toute leur rigueur jusqu'à l'enlèvement du premier appareil, c'est-à-dire deux ou trois semaines après l'opération.

M. VINCENT. — Les faits intéressants qui viennent de nous être présentés sont tout à l'honneur des opérateurs qui se montrent si hardis, malgré les nombreux déboires que comporte une telle chirurgie ; ils témoignent une fois de plus des précieuses ressources offertes par la prothèse suivant la méthode de M. Martin.

Je demanderai seulement à M. Vallas s'il croit essentiel de sectionner l'apophyse coronoïde et le condyle du maxillaire, plutôt que de terminer l'opération par arrachement et torsion, et si les hémorragies de la maxillaire interne qu'il a signalées ne pourraient pas relever d'une autre cause.

Quant au drainage par la plaie opératoire que condamne M. Martin, est-ce qu'il n'y a pas certains cas où l'on doit s'y résoudre, par exemple lorsqu'on fait des résections du maxillaire pour nécrose, dans un foyer encore profondément infecté ?

M. VALLAS. — Je n'ai pas voulu prétendre que l'hémorragie secondaire dont est mort un de mes opérés provenait de l'artère maxillaire interne. Je crois, au contraire qu'il s'agissait des veines du plexus maxillaire, qui se coupent plus facilement et dont l'hémostase spontanée est plus difficile que celle des artères. D'ailleurs, c'est plutôt à l'asphyxie qu'à l'anémie aiguë que succomba ce malade. A l'autopsie, en effet, nous lui trouvâmes les bronches pleines de sang ; ce sang, ainsi qu'il arrive après de telles mutilations, en s'écoulant dans le pharynx, n'avait pas provoqué les mouvements réflexes de la déglutition et en même temps qu'il descendait dans l'œsophage, une portion pénétrait dans le vestibule laryngé resté béant.

Je prends d'ailleurs toujours la précaution, après la résection d'une portion du maxillaire inférieur et de la langue ou du pharynx, de réduire au minimum les occasions de la déglutition chez les opérés. Pendant

quelques jours ils sont alimentés exclusivement par une sonde œsophagienne fixée dans le nez.

M. MARTIN. — L'éventualité, signalée par M. Vincent, d'une résection avec prothèse immédiate du maxillaire inférieur pour ostéite nécrosante doit s'observer très rarement.

En général alors on procède par opérations successives ; et la prothèse, s'il y a lieu, se fait plus tard. Pourtant, dans un cas de Létievant, où une nécrose totale de l'os avait déjà déterminé une réaction périostique abondante, après l'ablation des séquestres, nous avons mis en place un moule en caoutchouc durci pour guider la réparation périostique, et le résultat a été satisfaisant.

Pour terminer, je dirai à M. Vallas que si dans les résections très étendues du plancher de la bouche et du maxillaire, il est en effet impossible de placer dans l'énorme brèche bucco-pharyngée une pièce prothétique immédiate, du moins en pareil cas pourrait-on avant l'opération prendre un moulage et faire une prothèse antéopératoire.

Dans ce cas, je place du côté non opéré l'appareil que vous connaissez tous, qui prend point d'appui sur le maxillaire supérieur d'une part, sur la portion restante de l'inférieure d'autre part. Cette dernière est alors maintenue à sa place, résiste aux tractions qui tendraient à l'entraîner en dedans, cela tout en gardant sa mobilité verticale pour la mastication. De cette façon, la prothèse atteint son but, maintenir le maxillaire en place, sans qu'il y ait besoin de laisser dans la plaie opératoire un corps étranger gênant pour la restauration des parties molles.

*
* *

SUR L'OSTÉOMALACIE LOCALE, LE RACHITISME ET DIVERS APERÇUS SUR L'OSTÉOGÉNÈSE PROVOQUÉE, ETC.

M. VINCENT. — La séance est trop avancée pour me permettre de donner à ma communication tous les développements qu'elle comporterait, je me bornerai à la résumer.

M. Gangolphe nous a présenté une intéressante observation d'ostéomalacie locale, et il a soulevé plusieurs points de doctrine prêtant matière à réflexion.

Je viens vous apporter un fait superposable au sien, morphologiquement tout au moins, car les radiographies de nos jeunes malades sont tout à fait comparables.

Chez ma petite malade de 9 ans, le processus de friabilité après avoir affecté la plupart des os longs des membres, semble s'être cantonné dans le fémur droit et s'y être adjoint une

autre modalité dystrophique des os, la mollesse par déminéralisation.

J'ai renoncé à compter les fractures et les disjonctions épiphysaires que cette enfant a eues depuis sa naissance. Une cause insignifiante, un rien déterminait une inflexion osseuse, puis une fracture plus ou moins complète, toujours sous-périostée et sans déplacement sous l'influence de contractions musculaires. Le rôle des contractions musculaires réflexes est notable comme cause adjuvante, puis comme obstacle à la rectification des incurvations ou des déformations angulaires. L'indocilité des enfants, et la pose défectueuse des appareils contentifs et des tuteurs orthopédiques n'ont pas non plus une influence négligeable en pareille occurrence. Chez des sujets de cette complexion osseuse lamentable, il n'y a en général pas de chevauchement des fragments dans ces fractures, les extrémités de rupture sont taillées en rive et demeurent en contact ; un cal se forme normalement et assez vite, mais il est extrêmement difficile d'obtenir la consolidation en position axiale rectiligne ; la contention étant rendue imparfaite par le siège des solutions de continuité près de la racine de l'épaule, ou de la racine de la cuisse le plus souvent, la contraction musculaire produit son action déformante sous les attelles plâtrées ou le bandage silicaté.

Il arrive aussi, et c'est ce que nous voyons sur les fémurs du malade de M. Gangolphe et de ma malade, qu'un facteur nouveau s'ajoute pour déformer le membre. Au-dessus et au-dessous des fractures, la tige osseuse se ramollit et s'incurve. Ce ramollissement consécutif peut être comparé à celui des manchons osseux qui entourent un séquestre et qui s'incurvent parfois dans des proportions fort grandes et se fracturent aussi sous un effort peu considérable, lorsqu'ils ne sont pas maintenus par un appareil. Cet état de choses s'observe surtout à l'humérus et au fémur. Pourquoi ce ramollissement ?

Si c'est une propagation du travail de réparation qui consiste en la prolifération des ostéoblastes de la couche ostéogène du périoste et des lacunes du tissu osseux, travail qui remanie tout le tissu en le ramenant à l'état d'os en formation, comme celui qui existe dans la région juxta-épiphysaire, pourquoi ce travail se propage-t-il si loin du siège des fractures et ne se termine-t-il pas en même temps que celui du cal ? Je

n'en sais rien ; mais il y a là une cause qui tient à la constitution des sujets. Doit-on l'appeler du rachitisme ? Doit-on l'appeler de l'ostéomalacie localisée ?

Je ne vois pas qu'on puisse refuser de discuter le rachitisme. Cette opinion se peut soutenir. On voit bien, en effet, chez les rachitiques, des fractures qui se produisent sans traumatismes notables, qui sont suivies de cals vicieux, de déformations relevant autant de la fragilité que de la mollesse des os. On a l'habitude d'appeler rachitisme le ramollissement des os en voie de croissance, et ostéomalacie la moelle des os ayant atteint leur croissance complète, leur dureté physiologique et la perdant ensuite sous une influence encore bien mal connue. Les malades qui nous occupent sont jeunes, dans la période de croissance, et, du reste, le mien présente des stigmates de rachitisme : le crâne et l'ossature générale des *rickets*. Si l'on veut absolument réserver l'expression d'ostéomalacie aux os adultes, qui perdent leur dureté acquise en perdant leurs principes minéraux, le terme d'ostéomalacie est impropre.

Cependant je demande à plaider en sa faveur les circonstances atténuantes. Lorsqu'en 1884, je fus chargé par M. Ollier d'écrire, pour l'*Encyclopédie américaine internationale* d'Ashurst et Gosselin, l'histoire des maladies chroniques des os : Ostéopathies scrofulo-tuberculeuses et autres, je fus amené à désigner du nom d'ostéomalacie localisée subinflammatoire l'état de mollesse et de fragilité particulier des régions diaphysaires ayant acquis leur ossification normale régulière. Je crus faire un néologisme en qualifiant ainsi l'état de mollesse du fémur d'une jeune fillette à laquelle M. Ollier avait pratiqué la résection de la hanche. L'expression lui appartient, car il l'avait déjà émise, ce que j'ignorais.

Il me semble que les chirurgiens l'ont adoptée, et vraiment elle est défendable par cette raison qu'il s'agit, comme chez les adultes, d'une sorte de décalcification d'un os normalement constitué.

Chez les rachitiques, les déformations siègent dans la région d'ossification anormale juxta-épiphysaire, tandis que dans ce que nous voulons appeler ostéomalacie locale le ramollissement de l'os est plutôt diaphysaire et frappe, par un travail de régression spéciale, de retour à l'état d'os incomplet résultant de la perte des éléments terreux, la portion diaphysaire des

os longs. Ceci dit, pour justifier la locution d'ostéomalacie localisée, je vous avouerai que toute notre terminologie en l'espèce est conventionnelle et qu'elle ne réussit guère à cacher notre ignorance sur la pathogénie intime de ces divers modes si complexes d'altération des os qu'on appelle rachitisme, ostéomalacie, ostéomyélite raréfiante, ostéoporose, fragilité sénile ou infantile, etc., ne serait-il pas plus simple et plus logique, en attendant mieux, de réunir tous ces états pathologiques mal connus sous le terme général de dystrophie des os? Sans doute, mais on continuera à se servir des anciennes locutions qui font image et qui sont comprises de tout le monde.

J'arrive à d'autres points soulevés par notre collègue. M. Gangelophe a insinué que, pour lui, le genu varum était pathogéniquement d'essence très différente du genu valgum; le premier étant rachitique, l'autre ne l'étant pas. Cette distinction est peut-être trop tranchée. J'admets que le genu valgum des adolescents a quelque chose de particulier encore indéterminé dans son évolution; mais on ne peut soutenir qu'il n'y a pas de genu valgum rachitique dans le premier âge. Ne voyons-nous pas, chez les enfants rachitiques, coexister souvent le genu valgum et le genu varum? On a alors la déformation appelée déformation du *sofa* par les Anglais et déformation conjuguée par nos auteurs. Si le genu varum est rachitique, pourquoi le genu valgum ne le serait-il pas? Il n'y a pas d'argument plausible contre le rachitisme en pareil cas. Si j'osais m'aventurer, je dirais qu'il me semble que le genu varum bilatéral accompagne plus souvent, dans l'enfance, un rachitisme moins intense, et que le genu valgum bilatéral est encore plus rachitique, si possible, que le genu varum dans l'enfance.

J'aborde maintenant la question du traitement. Notre distingué collègue se propose d'implanter des clous dans la diaphyse du fémur incurvé et raccourci de son malade, pour faire grandir cet os et obtenir une diminution du raccourcissement dû à l'incurvation par ostéomalacie localisée et amoindrissement de l'ostéogénèse. Je souhaite qu'il réussisse mieux que moi. En plus d'une compétence supérieure, il aura les mains plus libres. Voici ce que j'ai obtenu.

Pour ne parler que du cas, dont vous avez la radiographie sous les yeux, je vous dirai qu'en 1902 j'ai eu recours, — après avoir vainement proposé des implantations de clous et de che-

viles,— à l'ostéoclasie du fémur incurvé. J'ai gagné ainsi, mécaniquement, une diminution de 3 à 4 centimètres sur les 7 centimètres de raccourcissement fonctionnel du membre. J'espérais que l'ostéoclasie me procurerait une hyperplasie compensatrice comme celle que j'ai observée plusieurs fois très nettement à la suite de mes nombreuses résections de la hanche. Cette irritation traumatique, même suivie du frottement des fragments, n'est pas comparable évidemment à celle d'une résection ni à celle des clous implantés; mais elle n'est pas toujours sans effet sur les cartilages de conjugaison; malheureusement le résultat a été nul pour ma malade. Actuellement je ne suis pas plus avancé qu'il y a trois ans; le fémur qui s'est cassé plusieurs fois au-dessous du grand trochanter a repris sa courbure en demi-cercle à convexité externe; le raccourcissement relève de deux causes: la première est l'incurvation et la seconde un arrêt d'accroissement du fémur. Le fémur droit est réellement moins long que le fémur gauche. Il me semble même que du côté gauche la croissance est plus que normale. Cette exagération de croissance réelle et relative a causé du même côté gauche un genu valgum qui est à la fois fonctionnel et diathésique. Ne parlons pas de ce genu valgum et cherchons une explication à l'hyperplasie osseuse du côté gauche. Il nous semble qu'il n'y a pas d'autre hypothèse plausible que celle de l'irritation ostéogénique dépendant des fractures moins nombreuses de ce côté et de l'effort plus grand du membre dans la marche et la station debout. L'irritation n'a pas été altérante et inhibitoire à gauche, tandis que du côté droit le grand nombre des fractures a produit une irritation qui a dépassé la limite de l'excitation physiologique et déterminé une lésion atrophique, inhibitoire des cartilages de conjugaison.

Dans nos expériences de laboratoire et nos applications cliniques, nous croyons avoir remarqué que les irritations traumatiques par les clous et autres moyens était suivie plus souvent de phénomènes positifs d'ostéogénèse sur les os sains que sur les os malades. Si les excitants ostéogéniques sont plus producteurs sur les os sains que sur les os malades, c'est tout simplement parce que leurs cartilages de conjugaison ont conservé leur intégrité.

Je me plais à croire que M. Gangolphe réussira mieux que moi en employant des clous diaphysaires. Dans tous les cas, je

n'ai pas obtenu grand'chose avec les clous sur des os à croissance retardée.

C'est pourquoi, si j'avais la liberté d'agir chez la petite malade dont je vous ai présenté la radiographie, je préférerais à la tentative aléatoire de l'implantation de corps étrangers dans la diaphyse du fémur, je préférerais, dis-je, m'adresser à l'ostéotomie longitudinale de l'os devenu consistant et au glissement de ses fragments, d'après la technique de notre cher maître Ollier était arrivé avant nous à reconnaître qu'en pratique les implantations irritatives ne provoquent pas sur les os pathologiques de l'hyperplasie aussi sûrement que sur les os dont rien n'a troublé le développement.

Il y aurait encore bien des réflexions à faire sur toutes ces questions de théorie et de clinique. L'heure est trop avancée; je termine. Du reste, ne sont-elles pas toutes merveilleusement traitées dans les classiques ouvrages du professeur Ollier, que notre ami M. Gangolphe et vous tous connaissez mieux que moi.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 6 juillet 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté)

*
* *

M. DURAND fait un rapport sur la candidature de M. Cantas au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées. M. Cantas est inscrit au nombre des candidats au titre de membre correspondant de la Société.

*
* *

OSTÉOMALACIE LOCALISÉE.

M. GAYET. — Je désirerais, à propos de l'intéressante présentation que M. Gangolphe nous a faite, rappeler que ces faits d'ostéomalacie locale n'ont pas été complètement méconnus jusqu'à ce jour, et que j'ai eu à m'en occuper, après bien d'autres auteurs, dans un travail paru en 1900 dans la *Revue de Chirurgie*, travail fait en collaboration avec notre collègue le D^r Bonnet, médecin des hôpitaux.

Ils sont parfaitement connus, au moins cliniquement et nous en avons rapporté quelques cas, essayant de les grouper dans une classification très large, en ostéomalacies d'origine traumatique, inflammatoire et nerveuse. Nous avons pu, en effet, surtout en Allemagne, retrouver plusieurs observations assez analogues à celle de M. Gangolphe et je citerai seulement à ce propos les travaux de Küster (*Arch. de Langenbeck*, 1897, p. 594), de Frenke (*Arch. de Langenbeck*, 1899, p. 186), et de Scharff (*Zeitschrift für Orthoped. Chir.*, 1899, p. 29).

Nos propres recherches nous avaient permis de vérifier histologiquement l'identité anatomique entre ces lésions locales et celles de l'ostéomalacie généralisée — et la radiographie présentée dans la dernière séance viendrait confirmer cette assertion, car elle présente bien les mêmes lacunes irrégulières, les mêmes îlots osseux persistant plus foncés au milieu de zones raréfiées plus claires, en un mot les mêmes caractères que l'on trouve par ce moyen d'investigation aux cas types d'ostéomalacie.

Maintenant quelle interprétation donner à la lésion de ce fémur au point de vue pathogénique ? Cela est vraiment très difficile à dire. S'agit-il d'une ostéomalacie traumatique ? On pourrait le soutenir, car la preuve est faite aujourd'hui qu'un traumatisme suffit à déterminer un trouble dans cet équilibre particulier à l'os qui maintient la balance égale entre l'apport et le départ des sels de chaux, dans l'apposition et la résorption qui se continuent sans cesse pendant tout le cours de la vie de l'os.

Mais si l'on admet l'origine traumatique, on est loin pour cela d'avoir élucidé complètement le mécanisme. On peut en effet penser d'abord à une lésion du cartilage de conjugaison, ayant rendu déficiente la fabrication de l'os par cet organe, ayant amené la formation d'un tissu insuffisant, mal nourri, d'une nutrition déviée. C'est à cette idée que semble se rattacher M. Gangolphe, puisqu'il a parlé d'agir sur le cartilage conjugal par des irritations dosées chirurgicalement, piqûres, enfoncement des chevilles, etc.

D'autres pourraient penser au contraire à une action trophique, l'os subissant une dégénérescence réflexe pareille à celle que l'on observe dans tous les tissus d'un membre blessé, dans des proportions variables à l'infini : atrophie et régression des muscles, atrophie et dégénération des nerfs, etc. Il s'agirait en somme d'un véritable trouble trophique.

J'avoue mes préférences pour cette dernière pathogénie ; je me base surtout sur ce fait que l'ostéomalacie locale traumatique paraît se développer en proportions sensiblement égales chez l'adulte et chez l'enfant ; qu'elle succède avec une égale fréquence à des lésions franchement diaphysaires données à des lésions juxta-épiphysaires ; enfin, qu'elle diffère peut-être un peu, anatomiquement et cliniquement, dans l'un et l'autre

siège, donnant, en effet, pour les lésions juxta-épiphysaires, ces formes de pseudo-rachitisme et de kystes des os sur lesquels a insisté, entre autres, Schlange, kystes et perles cartilagineuses dus, pour cet auteur, à la dispersion traumatique du cartilage, dans les tissus osseux voisins.

Je ne veux pas m'arrêter d'avantage sur cette discussion pathogénique qui est par trop d'ordre hypothétique et spéculatif; elle a cependant une importance plus pratique qu'elle n'en a l'air. Car, si ma manière d'interpréter l'origine de cette affection diffère, mon traitement différerait également; je n'aurais pas grande confiance, pour le cas présent, dans l'excitation artificielle du cartilage qui, en d'autres circonstances, a pu donner des succès, ainsi qu'Ollier l'a démontré il y a longtemps. Je préférerais chercher à améliorer la nutrition de l'os comme on le fait pour les muscles et pour les nerfs dégénérés, c'est-à-dire par une application judicieuse de l'électrisation continue, par des massages propres à activer la circulation profonde du membre, et peut-être par un traitement ambulatoire que pourrait permettre un appareil de marche soigneusement appliqué.

M. DESTOT. — A propos de la communication de M. Gangolphe et de M. Vincent, je ferai remarquer que sous le vocable d'ostéomalacie localisée on comprend une foule de dystrophies osseuses que l'on doit séparer, et qu'il faudrait réserver ce terme au cadre clinique de l'ostéomalacie des femmes en couches.

On remarquera que le cas de M. Gangolphe, celui de M. Vincent peuvent se rapprocher du cas présenté par M. Bérard et par M. Gangolphe sous le nom de cal soufflé du col du fémur. Il est bien singulier que tous ces cas se rapportent précisément à des enfants qui ont des os fragiles et que ce soit toujours le col du fémur qui soit la partie atteinte.

Le fait de voir une tumeur osseuse exubérante simulant l'ostéosarcome est aussi bien typique, alors que dans l'ostéomalacie vraie on ne voit rien de semblable.

Il existe d'ailleurs, à côté de ce cadre clinique, une autre dystrophie osseuse d'origine traumatique qui survient surtout chez les femmes et que l'on décrit aussi sous le nom d'ostéomalacie localisée, alors qu'il s'agit d'un trouble d'origine ner-

veuse. J'ai publié sur ce point des observations et un mémoire dans le Journal de la Radiographie de Paulin Méry, en 1897, et depuis cette époque, j'ai rencontré de nombreuses observations.

Au Congrès de Liège, je suis revenu sur cette question à propos des douleurs persistantes dans le pied consécutives au traumatisme. Un mémoire accompagné de figures a aussi paru dans le *Fortssvitt für Rontgau ptwaglau*.

Voici une observation typique qui montrera les caractères propres à cette affection singulière :

Une femme entre dans le service de M Mouisset à l'hôpital de la Croix-Rousse pour des douleurs localisées au pied droit consécutives à un faux pas sur le bord d'un trottoir. Gonflement, œdème, troubles vaso-moteurs localisés au pied. Cette femme resta quatre ans à la Croix-Rousse, passant d'un service de médecine à un service de chirurgie sans qu'on pût définir à quelle affection on avait affaire. De guerre lasse on l'envoya radiographier. Je crus d'abord à une erreur en développant mon cliché. Il existait bien une silhouette, mais les os étaient fondus dans un nuage homogène où toute trabéculatation avait disparu. Je recommençai l'épreuve avec le même insuccès, et ce n'est que lorsque j'eus pris les deux pieds sur la même plaque que je pus me rendre compte que le pied malade était calcifié, qu'il avait perdu sa densité et sa trabéculatation. Cette femme finit par mourir de broncho-pneumonie, et à l'autopsie on vit que le squelette était réduit à une coque périostique contenant un liquide jaune graisseux diffluent contenant quelques parcelles osseuses. J'ai vu depuis d'autres malades qui présentaient les mêmes troubles à la suite d'une lésion du radius et qui présentaient par la suite des troubles trophiques du côté des ongles.

Douleurs très violentes, troubles vaso-moteurs, décalcification rapide du squelette survenant à la suite d'un traumatisme et localisés à un segment de membre, tels sont les termes qui constituent cette dystrophie osseuse spéciale. Il faut nettement distinguer ces cas des troubles osseux consécutifs soit aux fractures, soit aux arthrites de quelque nature qu'elles soient et chez lesquelles on peut voir une trabéculatation persistante malgré la diminution de densité du squelette et son état graisseux.

Il faut aussi les distinguer des cas présentés par M. Gangolphe et par M. Vincent, puisque dans ces derniers il existe une augmentation du squelette dans la portion lésée, et ces cas ne se rapportent nullement ni au rachitisme, ni à l'ostéomalacie des femmes en couches. Les caractères cliniques en sont différents et l'anatomie pathologique n'est pas assez avancée pour donner la clef des lésions observées.

Si l'on compare les données expérimentales du professeur Ollier et celles de Wolf, on voit quelles obscurités règnent encore sur la physiologie pathologique et même sur la physiologie normale de l'os. On ne sait pas pourquoi le tissu osseux prend et garde les sels calcaires, on ne sait pas pourquoi et comment le système nerveux dirige et maintient l'équilibre dans la nutrition de l'os, et je rappellerai combien M. Ollier fut embarrassé pour expliquer pourquoi le cal exubérant d'une fracture du tibia qui, réséqué par M. Villard, présentait tous les caractères chimiques et histologiques de l'os, était pourtant transparent aux rayons X et ne donnait pas d'image.

Je crois jusqu'à plus ample informé qu'il faut se contenter de tracer des cadres cliniques et les distinguer les uns des autres plutôt que de rassembler sous la même dénomination d'ostéomalacie des faits absolument dissemblables.

*
* *

DISLOCATION DU CARPE.

M. DESTOT rapporte l'observation d'un pompier qui lui a été adressée par M. Fougerousse, chargé d'une expertise par la préfecture de l'Ain.

Il s'agit d'un homme qui, dans un incendie, raconte qu'il reçut sur la main un avant-toit. Il présentait sur la face dorsale du second métacarpien une petite plaie qui s'infecta et donna lieu à un abcès.

Mais en même temps il prit une main en griffe si bien que le médecin qui le soignait fit un certificat rapportant la griffe à l'infection des gaines.

Ce malade cependant avait bu et était tombé si bien qu'il présentait une lésion du carpe très nette, qu'un second médecin chargé de l'expertise fit radiographier.

On constate qu'il existe une dislocation du carpe, en avant

luxation du semi-lunaire, en arrière subluxation de l'extrémité supérieure du scaphoïde.

Les troubles nerveux qu'il présente sont dus à une compression du cubital par le semi-lunaire luxé, et c'est un fait tellement banal que toutes les fois qu'on constate un trouble dans le domaine du cubital ou du médiam à la suite d'une chute, il faut de suite penser à une dislocation de la première rangée ou à une luxation médio-carpienne, alors que les troubles nerveux sont exceptionnels à la suite des fractures du radius.

Ce cas montre bien la gravité pronostique de ces lésions carpiennes non diagnostiquées et non traitées, et la responsabilité médicale se trouve considérablement engagée dans ces circonstances. En effet, le diagnostic comporte la réduction immédiate et celle-ci est de pronostic très favorable ; au contraire la lésion non reconnue et non traitée c'est l'ankylose du poignet, les troubles nerveux, l'impotence, le traitement, la résection qui est toujours une mutilation et une perte.

J'ai déjà rapporté à la Société de nombreux cas qui montrent toute l'importance de ce diagnostic précoce.

Au point de vue théorique, ce cas confirme le rôle double du scaphoïde et du semi-lunaire. Malgré la théorie de Liliensfeld, il faut successivement tenir compte de ces deux os radiaux. Le semi-lunaire est prédominant, mais le scaphoïde a aussi une grande importance.

Séance du 13 Juillet 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. BÉRARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
**

PARALYSIE DU SCIATIQUE POPLITÉ EXTERNE.

A l'occasion du procès-verbal :

M. PATEL. — Pour compléter l'histoire de la malade dont j'ai rapporté l'observation dans la dernière séance, j'ajouterai qu'elle présente un signe indiqué par Hirschfeld dans un article du *Berliner Klinische Woch.* (13 mars 1905), analysé dans la *Semaine médicale* du 7 juin 1905, et considéré par cet auteur comme constant dans la parésie du sciatique poplité externe. Lorsque la malade a la jambe en extension sur la cuisse, le relèvement du dos du pied est impossible ; si, au contraire, la jambe est fléchie sur la cuisse, ce relèvement devient possible. Hirschfeld explique ce phénomène en admettant que dans le premier cas, le pied, pour se relever, doit lutter contre son propre poids et contre la contraction des muscles de la face postérieure de la jambe ; dans le second cas, la contraction musculaire n'existe plus et le pied peut se relever plus facilement.

Pour Hirschfeld, il s'agit là d'un signe qui indique le rétablissement de la fonction des muscles, innervés par le sciatique poplité externe, et quand on le constate, c'est que la guérison est proche.

J'ignore depuis quelle époque la malade le présente ; mais il est très net aujourd'hui et on peut espérer ainsi une récupération prochaine des mouvements.

*
**

APPENDICITE AIGUE ; APPENDICECTOMIE 15 HEURES
APRÈS LE DÉBUT DES ACCIDENTS ; GUÉRISON.

M. DURAND. — Nous avons très exceptionnellement l'occasion d'intervenir pour appendicite moins de 24 heures après le début des accidents ; j'ai pu opérer une malade à la quinzième heure, et j'ai pensé qu'il était utile de publier cette observation parce qu'elle montre avec une grande netteté les dangers qui menacent les malades avant la formation des adhérences protectrices et les avantages de la laparotomie rapide. De pareilles observations sont rares comme me l'ont montré quelques recherches bibliographiques.

Voici d'abord l'histoire de ma malade :

Une jeune fille de 18 ans, soignée pour tout autre chose dans un service voisin, n'a aucun antécédent important, sauf une poussée péritonéale survenue en décembre dernier. Cette affection d'apparition brusque et rapidement résolue semble devoir être rapportée à de la salpingite : ce fut le diagnostic du médecin traitant.

Le 18 avril, dans la matinée, elle aurait eu quelques maux abdominaux, mais mangea et se comporta comme d'habitude. Le soir, un peu après sept heures, elle fut prise brusquement dans la fosse iliaque droite d'une douleur vite généralisée à tout l'abdomen. Immédiatement apparurent tous les signes d'une grande infection péritonéale, nausées, vomissements verts, tuméfaction abdominale, dyspnée.

Je la vis le lendemain matin vers 10 heures. A ce moment la température était à 39°,8, le pouls à 138, la respiration au-dessus de 40, l'abdomen ne se gonflait à peu près pas dans l'inspiration. Le ventre était météorisé, douloureux à la pression, surtout à droite, les muscles de la paroi étaient en défense. Les vomissements étaient fréquents, rétention d'urine, des matières et des gaz. Le facies était pincé, le nez chaud, les extrémités non cyanosées.

Devant la gravité apparente de l'état général et local, poussé aussi par l'idée que la laparotomie précoce est excellente, j'intervins immédiatement, et les lésions que je trouvai ne me firent pas regretter cette détermination. La laparotomie, je ne trouvai dans le péritoine ni liquide, ni fausse membrane. Je

trouvai immédiatement l'appendice que j'amenai au dehors : *il n'y avait pas la moindre adhérence, l'épiploon protecteur était resté loin du siège du mal.* Il n'y avait donc encore aucune défense péritonéale organisée, la séreuse était à la merci d'une invasion brusque. L'appendice, immédiatement entouré de compresses, offrait un aspect très particulier. Sa base était tuméfiée, blanchâtre, bouclée par une dilatation ovoïde qui triplait au moins son volume, et cette dilatation était manifestement produite par l'accumulation d'un liquide purulent.

L'extrémité de l'appendice, un peu rouge et comme en érection avait conservé son volume. Je ne saurais mieux comparer l'aspect de l'ensemble de cet organe qu'à celui qu'on observe parfois dans certaines formes de panaris superficiels de la base des doigts : une collection purulente s'est produite en virole tout le tour de la première phalange, le pus apparaît blanchâtre sous la peau amincie, sur le point de perforer.

Je mis immédiatement une pince sur l'appendice au ras du cæcum, au moment où j'en passais une seconde pour sectionner entre les deux, l'appendice éclata, projetant le liquide septique avec une telle force qu'il jaillit dans l'œil d'un de mes externes. Résection et ligature de l'appendice, drainage à la gaze. L'opération avait demandé quelques minutes seulement.

Les suites furent des plus heureuses, le soir même la température était à 38°, le lendemain elle regagna 39° matin et soir, pour redescendre le surlendemain ; à partir du cinquième jour, elle resta entièrement normale. Le pouls et la respiration suivirent une marche plus régulière, et revinrent en quatre jours progressivement à leur chiffre ordinaire. La plaie se combla vite et se ferma régulièrement.

Je crois fermement que mon intervention a prévenu juste à temps la rupture de l'appendice et empêché le développement d'une péritonite généralisée. Évidemment, on ne saurait dire avec certitude que le pus répandu dans le péritoine par la perforation, qui ne pouvait manquer de se produire, avait donné une péritonite généralisée ; mais, comme je n'ai constaté aucun commencement d'adhérence et que je n'ai pas même vu l'épiploon, je crois que la péritonite était infiniment probable.

J'ai à peine besoin d'établir que la perforation était sur le point de se produire ; la description que j'ai donnée de l'aspect de l'appendice, son éclatement rapide et la projection au loin

de son contenu laissent ce fait hors de doute. J'ai opéré il y a quelques mois, mais avec moins de succès, car je suis intervenu pour une péritonite généralisée chez une jeune fille dont l'histoire me paraît avoir été exactement celle qu'aurait subie la malade, dont je vous rapporte la guérison, si je n'étais intervenu. Chez la jeune fille que je n'ai pu sauver, les accidents avaient débuté brusquement un matin ; le lendemain matin son état était sérieux mais non alarmant. Vers la fin de l'après-midi, elle fut prise brusquement des symptômes qui caractérisent la péritonite par perforation. Amenée dans mon service, elle fut opérée de suite quatre à cinq heures après l'apparition de ces accidents, moins de 36 heures après le début de la maladie. Je trouvai dans le péritoine une notable quantité de liquide bouillon sale et un appendice gangrené ; la malade fut soulagée, mais mourut quatre jours plus tard, après m'avoir donné quelques espérances de survie. Voici donc une malade opérée dans les 36 premières heures et trouvée déjà en pleine péritonite généralisée, sans aucune trace d'adhérences localisatrices. Dans ce cas j'étais intervenu trop tard, après la perforation ; dans celui qui fait l'objet de cette communication, j'ai pu être appelé à temps et je reste persuadé que mon intervention a sauvé ma malade.

De pareils cas sont assez rares, cependant ces faits commencent à être connus et ont notamment fait l'objet d'une intéressante discussion au dernier Congrès des chirurgiens allemands. Au point de vue de l'intervention dans l'appendicite aiguë, il faut distinguer deux périodes. Dans la première, dont la durée paraît être de 24 heures environ à partir du début des accidents, l'appendice est seul malade, l'infection n'est pas diffusée hors de ses tuniques, il n'y a pas encore d'infection péritonéale localisée ou généralisée. Les adhérences sont peu nombreuses, molles, absentes même, comme dans mon cas. La laparotomie est facile, rapide et l'appendicectomie donne presque toujours la guérison. Aussi la plupart des chirurgiens allemands ont-ils préconisé l'opération systématique quand on a le bonheur d'être appelé à cette période auprès des malades. M. Roux lui-même, le grand champion du « refroidissement », s'est déclaré partisan de l'intervention dans la première période.

Celle-ci terminée, commence une seconde phase dans laquelle

l'infection n'est plus localisée à l'appendice, mais a gagné le péritoine. Ici, la ligne de conduite devient moins nette, et c'est sur cette période seulement que portent les discussions retentissantes qui partagent encore les chirurgiens.

Pour moi, il me paraît que si on opérât quand l'affection est encore localisée dans l'appendice, on ferait une intervention facile, rapide et sans gravité. On tarirait la source de la péritonite et on arracherait ainsi à la mort une proportion notable d'appendiculaires. Il est impossible de préciser une pareille statistique mais, en me basant sur le grand nombre de péritonites appendiculaires que nous sommes appelés à opérer, je crois que de 10 à 20 % des appendicites se terminent par une péritonite mortelle. Aussi, devons-nous demander à pouvoir intervenir dans le courant du premier jour; si cette notion se répandait dans le monde médical, je crois fermement qu'un grand pas serait fait dans la solution de cette importante question et que les statistiques de l'appendicite seraient très heureusement modifiées.

M. BÉRARD. — Pour la majorité des chirurgiens il convient, ainsi que l'a fait M. Durand, de distinguer, dans l'évolution de l'appendicite, une première phase, variable comme durée de quelques heures à deux jours au maximum (th. de Du Clot), où les lésions de l'appendice sont encore purement pariétales, et où une perforation est trop souvent suivie de péritonite diffuse, puis une seconde phase péritonéale, où la séreuse réagit plus ou moins activement, pour englober dans ses adhérences l'appendice, jusqu'à la rétrocession de la poussée inflammatoire, ou bien jusqu'à l'enkystement de l'abcès péri-appendiculaire.

Pendant la première phase, que nous avons malheureusement trop rarement l'occasion d'observer, il semble que l'opinion la plus sage, et en tous cas la plus généralement admise, est d'intervenir pour réséquer l'appendice avant sa perforation. L'opération, pratiquée à ce moment, est des plus simples. Elle fait certainement courir moins de risques au malade que l'abandon des lésions à leur évolution spontanée, surtout si, comme il arrive trop souvent, on ne l'immobilise pas de suite rigoureusement au lit, en le soumettant à la diète stricte et à l'opium. C'est ce qui ressort des dernières discussions à la Société de chirurgie de Paris et au Congrès des chirurgiens allemands de 1905. Roux, de Lausanne, a même soutenu que l'on doit opérer toujours de suite si l'on est prévenu dans les 24 premières heures, tandis que plus tard il faut toujours attendre, pour opérer à froid. Le dernier paragraphe de cet aphorisme est discutable; passé les deux premiers jours, la conduite du chirurgien

est commandée par les éventualités les plus diverses, qui ne se prêtent à aucune règle absolue. Au contraire, les indications du premier jour paraissent formelles; nous devons simplement regretter de ne pouvoir pas les poser plus souvent.

M. GOULLIoud. — L'observation de M. Durand est des plus intéressantes, et elle vient bien à l'appui de l'opération hâtive, aujourd'hui recommandée.

Pour moi, je suis resté jusqu'ici très anxieux de la conduite à tenir devant chaque cas. Jamais je n'ai été partisan de l'opération hâtive, telle que la conseillait M. Dieulafoy. Aujourd'hui c'est plus tôt encore qu'il faudrait intervenir : dès les premières heures ou renoncer à l'opération. Le cas de M. Durand montrant la lésion encore limitée à l'appendice à la quinzième heure, et pouvant être enlevée avec succès, confirme bien cet enseignement. Mais il est exceptionnel que nous nous trouvions dans des conditions analogues, et l'on peut se demander si une immobilisation stricte n'eût pu permettre l'enkystement ultérieur de la lésion. Nous souhaitons que des observations aussi concluantes que celles de M. Durand se multiplient, nous traçant une ligne de conduite assurée.

*
* *

CANCER ORO-PHARYNGÉ.

M. LATARJET présente un malade que son maître, M. Vallas, a opéré, y a six mois, pour cette affection, avec hémirésection préalable du maxillaire inférieur, suivant le procédé qu'il a depuis longtemps décrit. Il insiste sur l'intégrité de l'orifice buccal qui a été respecté et l'absence de cicatrices difformes, les incisions ayant été dissimulées dans la région sus-hyoïdienne.

M. MARTIN. — Le résultat opératoire est très beau chez ce malade, il est peut-être même satisfaisant au point de vue fonctionnel. Si on avait eu soin d'appliquer un appareil anti-opératoire, on n'aurait pas eu cette déviation du menton qu'il serait difficile à l'heure actuelle de conjurer.

*
* *

M. CONDAMIN fait un rapport sur la candidature de M. Sorel. Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 9 novembre 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

* * *

DISCOURS DE M. HORAND, PRÉSIDENT SORTANT.

Mes chers collègues,

En ajoutant mon nom à la liste des collègues éminents, les professeurs Ollier, Fochier et Gayet qui depuis la fondation de notre Société ont occupé le fauteuil de la présidence, vous m'avez fait un honneur dont j'ai ressenti tout le prix et dont je conserverai un profond souvenir.

Je ne sais si j'ai répondu à ce témoignage d'estime comme il le méritait, toutefois ce que je puis dire, c'est que vous avez rendu facile la tâche de votre président.

Deux évènements importants ont marqué ma présidence. L'un, hélas ! triste, la mort soudaine de mon prédécesseur, notre regretté président le professeur Gayet, enlevé subitement à l'affection de sa famille et à la nôtre. J'ai eu le chagrin de l'accompagner jusqu'à sa tombe et de lui donner, en votre nom, un dernier adieu.

L'autre évènement ne peut que nous réjouir et nous glorifier, c'est l'appel par le Gouvernement du professeur Augagneur aux hautes fonctions de gouverneur général de Madagascar. Administrateur éminent, notre collègue était digne d'un tel poste. Soyons certains que, se souvenant qu'il est médecin, l'hygiène, si nécessaire dans ce pays, tiendra une large place dans son administration. Mieux qu'un autre, il saura appliquer les règlements destinés à protéger la santé publique. Votre président, son ancien chef de service, est heureux d'adresser au professeur Augagneur, gouverneur général de Madagascar, les félicitations de ses collègues de la Société de chirurgie et d'y joindre les siennes personnelles.

Au moment, mes chers collègues, où je vais cesser mes fonctions de président, laissez-moi vous faire connaître l'impression que j'emporte.

Grâce à votre exactitude, à l'aménité que vous avez apportée dans les discussions, ainsi qu'au choix de vos communications, toutes plus instructives les unes que les autres, vous avez donné à nos séances un véritable intérêt. Non seulement on est venu vous entendre, mais encore vous avez attiré à nous plusieurs nouveaux membres qui sont entrés dans nos rangs.

La publication régulière de vos travaux a montré la vitalité de notre Société à ceux que la chirurgie intéresse, en dehors de Lyon.

Si je vous rappelais le titre de vos communications, vous seriez étonnés, comme je l'ai été moi-même en parcourant les procès-verbaux de nos séances, de leur nombre et de leur variété, pendant les deux années qui viennent de s'écouler.

Malgré cette variété un fait paraît néanmoins ressortir de l'ensemble de vos communications : c'est une prédilection pour la chirurgie abdominale.

Cette région, à laquelle on n'osait autrefois s'attaquer, vous l'abordez aujourd'hui sans hésitation. C'est là un véritable progrès réalisé dans ces dernières années, grâce à l'asepsie plus encore qu'à l'antisepsie.

Combien nos maîtres seraient étonnés de vous voir pratiquer avec succès des entéro-anastomoses, des gastro-entéro-anastomoses comme nous en ont signalé des exemples M. Vallas et M. Albertin, des cholécystectomies sous-séreuses à la manière de M. Villard, des hystérectomies abdominales pour utérus infectés, suivant le procédé de M. Goulioud, et une série d'autres opérations non moins importantes, alors que pour eux l'ovariotomie constituait l'opération la plus hardie qu'un chirurgien puisse concevoir ? Je n'ai point oublié le retentissement qu'eut cette opération pratiquée avec succès en 1862, par notre maître, le professeur Desgranges. C'était le second cas heureux en France. La malade fut présentée au baron Larrey, de passage à Lyon, comme fait des plus rares.

Parmi les cas qui se rattachent à la chirurgie abdominale, je vous rappellerai les observations intéressantes de rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin grêle que nous ont signalées M. Bérard et M. Patel, les deux cas de tuberculose des kystes de l'ovaire dont nous a entretenus M. A. Pollosson et qui sont les deux premiers publiés en France, ainsi que le fait de tuberculose utéro-annexielle communiqué par M. Tavernier au nom de M. Albertin ; enfin la pseudo-lobulation des fibromes volumineux du ligament large, signe important à connaître sur lequel M. A. Pollosson a attiré notre attention.

En dehors de la chirurgie abdominale, il est diverses communications sur lesquelles je désire insister parce qu'elles ont une réelle importance.

C'est ainsi que les travaux de M. Destot, sur le traumatisme du poignet, méritent d'être connus en dehors de la région lyonnaise. Jusqu'ici on n'attachait qu'une médiocre importance au gonflement et à la douleur, plus ou moins vive qu'accusent les malades après une chute sur le poignet. On comptait sur l'immobilité et le temps pour tout réparer. Actuellement il n'en est plus ainsi, car grâce aux communications de notre collègue, nous savons que dans les chutes sur le poignet il se produit souvent des fractures et des luxations des os du carpe. Aussi la radiographie s'impose-t-elle dans ces cas pour établir un diagnostic ferme d'où dépend la conduite que doit tenir le chirurgien. En cas de fracture et de luxation il faut bien savoir que l'intervention ne réussit que lorsqu'elle a lieu dans les premiers jours qui suivent l'accident. En agissant promptement on évite au blessé une infirmité à laquelle on remédie difficilement ensuite et jamais d'une manière complète.

Le cas que M. Destot a cité tout récemment à la Société de médecine et qui concerne un de mes clients est instructif à ce point de vue. Il sera certainement publié.

Si la radiographie est utile dans le cas de dislocation du poignet, la cystoscopie ne l'est pas moins relativement aux affections vésicales. Les belles images cystoscopiques que nous a montrées M. Rochet nous ont permis de juger quels sont les services que cette méthode peut rendre. Toutefois elle demande une certaine habileté que donne seule la pratique : deux conditions que réalise M. Rochet et qui lui ont permis de constater chez un de ses malades le prolapsus de l'extrémité inférieure de l'uretère dans la vessie.

La radiographie ou l'œsophagoscopie peuvent être nécessaires pour reconnaître la présence et la situation d'un corps étranger de l'œsophage, car on sait que la douleur accusée par les malades, qui ont avalé un corps étranger, n'est pas toujours un signe certain qu'il n'a pas été dégluti. Mais une fois la présence du corps étranger constatée, quelle est la conduite à tenir ?

Une communication faite sur ce sujet par M. Écot a donné naissance à une importante discussion de laquelle il ressort que pour plusieurs de nos collègues on peut dans certains cas se servir, avec succès et sans danger du panier de de Graefe, ou du crochet de Kirmisson, tandis que M. Bérard considère ces moyens comme dangereux et leur préfère l'œsophagotomie. Peut-être, dirai-je, est-il sage de conclure avec M. Écot qu'une formule chirurgicale dans ce cas ne saurait être unique.

Lorsqu'il s'agit de l'asphyxie au cours d'une opération par l'introduction du sang dans les voies respiratoires, il n'en est plus de même et nous sommes tous d'accord sur la nécessité d'aspirer le sang au dehors, mais par quel moyen faire cette aspiration ?

M. Latarjet a eu l'idée, au cours d'une opération pratiquée par M. Vallas, de se servir d'un tube de caoutchouc enfoncé dans l'arbre trachéo-

bronchique et d'aspirer avec une seringue à hydrocèle. Le résultat fut des plus heureux. C'est donc un procédé qui a fait ses preuves et qu'il est bon de retenir, d'autant plus qu'il est moins dangereux que celui que je vais vous signaler.

Étant interne à la Charité, j'assistais M. Delore père, chirurgien-major désigné de cet hospice, pendant qu'il opérait un croup. Au moment de l'ouverture de la trachée du sang, étant tombé dans les voies respiratoires l'enfant asphyxiait. En présence du danger imminent, que fit M. Delore ? Il prit une sonde métallique de femme, l'introduisit dans la trachée et aspira avec la bouche, puis cracha le liquide aspiré et acheva l'opération. C'est là un acte de dévoûment qui est tout à l'honneur de M. Delore, mais qu'il serait dangereux d'imiter.

Je voudrais encore attirer votre attention sur une idée nouvelle qui nous a été soumise avec preuves à l'appui par M. Gangolphe, ce sont les bons résultats que l'on peut obtenir dans les cas d'ostéo-sarcome des membres au moyen d'interventions conservatrices, alors que l'on conseille généralement de désarticuler le membre.

Quelle conduite doit-on tenir dans le cas de cancer du col utérin avec grossesse ? Telle est la question qu'a soulevée et résolue M. A. Pollosson.

M. Condamin et M. Goullioud ont également pris part à cette discussion. Nos trois collègues se sont posés en interventionnistes non hésitants, alors que la plupart des chirurgiens et accoucheurs français considérant la femme enceinte atteinte d'un cancer du col comme fatalement condamnée, ne songe plus qu'à sauver son enfant. La question est assez grave pour qu'elle soit discutée.

Ce que l'on ne discute pas, ce sont les heureux résultats que l'on obtient avec les appareils de prothèse de M. Martin pour corriger les difformités consécutives aux fractures du nez et aux résections du maxillaire inférieur, ainsi que sa méthode des tractions élastiques pour vaincre les rétractions musculaires cicatricielles, là où la chirurgie est impuissante. Le malade présenté par M. Nové-Josserand en est une preuve.

Que penser de la suture des ailerons suivant la méthode de M. Vallas, dans les cas de fracture de la rotule ? On ne peut que la considérer comme une excellente méthode si l'on en juge par les cas présentés par M. Vallas, et cela même chez les vieillards. Il serait donc nécessaire de la faire connaître le plus possible, et de dire bien haut que les exemples publiés de guérison spontanée ne sont que de très rares exceptions. La règle c'est que la fracture de la rotule laisse habituellement une infirmité si l'on n'intervient pas. Or, de toutes les méthodes préconisées jusqu'à jour, celle de M. Vallas est la plus simple et la plus parfaite.

Des faits rares nous ont été communiqués. L'un d'ostéomalacie locale par M. Gangolphe, l'autre de myosite ossifiante, diffuse et progressive, type de la maladie de Munchmeyer, chez un enfant du service de M. Nové-Josserand, par M. René Horand. Il serait instructif de revoir ces malades ou de savoir ce qu'ils sont devenus.

Combien sont nombreuses les communications intéressantes que j'aurais encore à vous signaler, mais je craindrais d'abuser de votre bienveillante attention. Ces quelques citations suffisent certainement pour témoigner de votre activité et du mouvement scientifique de notre Société.

Je veux seulement en terminant vous faire remarquer que l'obstétrique n'est pas restée étrangère à vos travaux.

M. Vincent nous a fait part de sa pratique, déjà longue, relativement à l'accouchement provoqué prématurément ou à terme. Nous avons pu apprécier avec quelle dextérité et quelle précision il se sert du dilatateur Tarnier, de préférence à tout autre méthode. Entre ses mains c'est un instrument docile, intelligent qui permet à notre collègue de provoquer un accouchement avant terme avec la plus grande simplicité et sans le moindre danger.

Mes chers collègues, si M. Vincent est un accoucheur émérite, vous avez pu voir par les discussions nombreuses auxquelles il a pris part, que la chirurgie abdominale et la chirurgie infantile n'ont point de secrets pour lui. C'est donc à la fois, et je puis le dire sans blesser sa modestie, un clinicien consommé et un habile opérateur. Aussi en appelant notre collègue à diriger vos travaux, vous pouvez être assurés qu'entre ses mains la Société de chirurgie ne fera que grandir. Je ne pouvais avoir un plus digne successeur.

Mais avant de lui céder le fauteuil de la présidence, permettez-moi, mes chers collègues, de vous remercier de tout cœur de l'honneur que vous m'avez fait. Laissez moi adresser mes remerciements à mes collaborateurs : M. Vallas, notre secrétaire général, M. Aubert, notre trésorier, MM. Tixier et Bérard, nos deux secrétaires modèles qui méritent mieux que des remerciements, de sincères éloges pour le soin qu'ils ont apporté dans la rédaction irréprochable des procès-verbaux de nos séances. Ils rendront la tâche de secrétaire difficile à leurs successeurs. Enfin, je ne puis oublier les collaborateurs de notre *Bulletin* et je tiens à les remercier de la régularité de sa publication qui a une réelle importance pour notre Société.

*
* *

DISCOURS DE M. VINCENT, PRÉSIDENT.

Messieurs et chers collègues,

L'honorable collègue qui vient de vous rendre compte de son mandat, trop tôt fini, a droit à nos regrets unanimes et à la vive reconnaissance de la Société de chirurgie. Au cours de cette présidence qui ne sera pas la dernière, il a montré, comme dans la présidence de la Société de médecine et de beaucoup d'autres Sociétés, les qualités rares qui constituent la perfection de la fonction : autorité, prudence, urbanité, tolé-

rance, dévoûment, zèle, activité, ce qui rehausse le prestige d'une mission aussi élevée, qui toujours fut délicate.

Lui succéder est une tâche extrêmement lourde, d'autant que l'exactitude proverbiale d'un tel président modèle, n'a pu laisser à son vice-président aucune occasion de se former. Il n'a pas eu besoin de me dire comme Velpeau aimait, je crois, à le répéter à ses suppléants : « Usez de votre temps comme vous l'entendrez, je ne m'absente jamais. » Je le savais. M. Horand a toujours été l'homme ponctuel, l'homme du devoir impeccable.

Je vous exprime d'avance mon regret de ne pouvoir approcher que de très loin d'un tel modèle. Si mes efforts sont voués fatalement à l'impuissance, je vous prie de les estimer, à tout le moins, comme la preuve de mon désir de ne pas vous causer une trop grande déception.

Je fais appel à toute votre indulgence, je réclame le précieux concours de M. le Secrétaire général et de tous les membres du Bureau présents ou futurs. Mon excellent ami, M. Horand me permettra de compter aussi sur ses bons conseils, de recourir souvent à son expérience consommée en l'art difficile de diriger les Sociétés savantes.

Ne me refusez pas votre bienveillance, mes chers collègues ; y compter est ma seule force. Comment oserais je, sans cet appui moral, m'asseoir sur le fauteuil où se sont succédé nos illustres maîtres, hélas trop vite disparus : Ollier, Fochier, Gayet ? Leur souvenir aimé s'éveille plus émouvant en mon âme, en ce jour où la Société de chirurgie qu'ils ont fondée et dirigée me fait l'honneur immérité de me confirmer leur succession.

Je m'appliquerai à m'inspirer de leur esprit. En m'appelant à cette place, n'avez-vous pas voulu les honorer encore eux-mêmes dans la personne de leur élève ? Je vous en remercie.

Passer une heure chaque semaine à vous entendre me consolera des ennuis, du *spleen* d'une retraite forcée. Combien je serai heureux de vous applaudir ! Avec quelle joie je vous verrai ajouter par vos intéressants travaux de magnifiques compléments au grand édifice chirurgical que nous ont légué nos maîtres !

Ils en ont posé les bases, construit la puissante ossature ; vous travaillez, vous, avec une ardeur que j'admire à lui fournir ses organes splanchniques, en quelque sorte, en contribuant très activement et si heureusement à développer la chirurgie viscérale, qui paraît avoir toutes les prédilections de la génération actuelle, grâce aux conquêtes de l'asepsie. A chaque âge son lot. Vous aurez, vous, Messieurs, la gloire d'être les brillants architectes de l'intérieur de ce monument superbe de la chirurgie lyonnaise qui recevra son couronnement à l'époque où la science aura dit son dernier mot. Ce ne sera pas demain, j'imagine, car il y a encore beaucoup à faire : *Opus instat*. Mettons-nous donc à l'ouvrage sans plus attendre.

Messieurs, la séance est ouverte pour les communications à l'ordre du jour.

*
**

RAPPORT DE CANDIDATURE.

M. TIXIER fait un rapport sur la candidature de M. Kaëppelin au titre de membre correspondant de la Société. Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

*
**

PYLORECTOMIE AVEC GASTRECTOMIE ÉTENDUE.

M. TIXIER. — Voici une belle pièce de gastrectomie pour cancer de l'estomac que j'ai tenu à vous présenter immédiatement, étant donnée la difficulté que l'on a de conserver ces sortes de pièces. C'est mardi dernier que j'ai pratiqué cette ablation des deux tiers environ de l'estomac.

Il s'agissait d'une dame âgée de 47 ans qui mère de cinq enfants en excellente santé, n'avait jamais été malade sérieusement. Cependant elle avouait des troubles gastriques fréquents et prétendait que toute sa vie elle avait souffert de l'estomac. Depuis le mois de janvier des troubles de sténose progressive étaient apparus et les médecins traitants étaient arrivés à conseiller une intervention. La tumeur était très perceptible, grosse comme une orange et semblait mobile.

La famille avertie voulut bien me laisser la liberté absolue d'action. J'étais résolu à pratiquer chez elle, si possible, une pyloréctomie étendue. J'ai fait cette opération avec l'assistance des docteurs Pellanda et Casella; elle a été régulière, sans incidents. J'ai employé le procédé de Kocher. Les suites immédiates ont été simples; je viens de voir la malade au troisième jour de son opération, elle va bien.

J'ai tenu à vous montrer que je n'hésitais pas à mettre en pratique mes idées théoriques. Dernièrement, ici même, alors qu'on discutait les indications de la gastro-entérostomie, j'ai déclaré que nous devrions bien souvent, à l'heure actuelle, tenter la pyloréctomie. Depuis cette discussion j'ai opéré deux cancers de l'estomac et j'ai fait deux pyloréctomies. La première chez un homme que j'ai présenté il y a quelques jours guéri à la Société des sciences médicales, et cette deuxième

dont voici la pièce ; cette dernière étant une malade de clientèle qu'il me sera difficile de vous présenter (1).

*
* *

OSTÉOSARCOME DE L'EXTREMITÉ INFÉRIEURE DU PÉRONÉ ;
RÉSECTION HATIVE ; RÉSULTATS ONZE MOIS APRÈS.

M. GANGOLPHE. — J'ai l'honneur de vous présenter une fillette de 13 ans, entrée dans mon service le 14 décembre 1904, salle Saint-Martin, n° 15, pour une tuméfaction de l'extrémité inférieure du péroné droit.

Depuis un mois et demi environ cette enfant se plaignait de douleurs extrêmement violentes, continues, avec prédominance nocturne, siégeant à la partie inférieure du péroné. Ces douleurs étaient assez vives pour empêcher le sommeil ; elles n'étaient pas exaspérées par les mouvements. Le père étant atteint d'une tumeur blanche typique du genou, le médecin habituel de la famille supposait qu'il s'agissait d'une manifestation tuberculeuse. Il n'existait pas de modifications du côté des parties molles, pas de température locale ni générale, pas de crépitations parcheminées, pas de ganglions.

Malgré les antécédents paternels, je pensai à une néoplasme central de l'os à cause de l'intensité des douleurs et de l'absence de fièvre et de retentissement articulaire...

Une radiographie montra que le péroné était creusé d'une petite cavité de 6 à 8 millimètres de haut et de 4 à 5 de large. Les parents consentirent à une ostéotomie exploratrice.

Le 20 décembre, sous anesthésie, on procède à l'ablation d'un copeau osseux. La cavité intradiaphysaire est remplie d'une substance blanchâtre, lardacée, dure, très nettement circonscrite.

A la surface de l'os ancien, séparé de lui par un liseré rouge, on trouve une petite couche d'os nouveau. J'enlève en un seul bloc le tissu néoplasique, j'évite soigneusement la curette, je promène ensuite le fer rouge sur la surface osseuse. Suture à peu près totale.

L'examen histologique montre qu'on a affaire à un ostéosarcome malin. En voici du reste la teneur :

(1) La malade a été remarquablement vite guérie en huit jours.

Tumeur maligne, se caractérisant par un envahissement des espaces médullaires, par de petites cellules fusiformes. Devant elles les lamelles osseuses se raréfient à mesure que leurs corpuscules osseux grandissent, prennent un noyau colorable, un protoplasma visible.

En somme, ostéosarcome certainement malin (M. Paviot).

Huit jours plus tard, avec l'autorisation des parents, j'extirpai par la voie parostale 10 centimètres d'os. La malade quitte l'hôpital un mois plus tard. Actuellement, ainsi que vous pouvez en juger, la malade marche parfaitement, sans claudication. Aucune trace de récurrence.

M. ALBERTIN.— La malade que M. Gangolphe nous a présentée me rappelle une observation analogue que j'ai fait rapporter dans la thèse d'un de mes élèves, le Dr Pinet : *Du traitement des tumeurs osseuses à myéloplaxes par les opérations conservatrices*. Thèse de Lyon, 1903.

Il s'agissait également d'une tumeur osseuse ayant nécessité l'ablation du tiers inférieur du péroné. A la suite d'un évidement la récurrence s'était rapidement produite et je pratiquai la résection.

Je constate que M. Gangolphe, chez sa malade, a conservé la pointe de la malléole externe dont la présence est utile pour le fonctionnement de la tibio-tarsienne. Je crois que cette mesure conservatrice peut être prise dans certains cas, car la tumeur se localisant dans la région juxta-épiphyse, respecte le plus souvent le cartilage de conjugaison, et on peut, en limitant à ce niveau la résection, conserver l'épiphyse.

L'évidement me paraît une mauvaise méthode, et je m'associe pleinement à l'opinion de M. Gangolphe pour donner la préférence à la résection du segment osseux portant la tumeur. Pinet, dans la thèse que j'ai inspirée, concluait à la résection comme procédé de choix.

M. BÉRARD. — La localisation la plus habituelle des ostéosarcomes et des tumeurs à myéloplaxes surtout, est en effet la région juxta-épiphyse. Le cartilage de conjugaison est respecté plus ou moins longtemps, ce qui permet, comme dans le cas de M. Gangolphe, de conserver les malléoles tibiales ou péronières dans les résections pour tumeurs de malignité considérable.

La malignité des tumeurs des os est d'ailleurs difficilement appréciée par le seul examen histologique. Nous connaissons tous les cas déclarés très malins par l'examen au microscope et dont l'évolution clinique n'a pas été en accord avec un tel pronostic. A plus forte raison faut-il faire des réserves lorsqu'il s'agit de néoproductions à myéloplaxes qui peuvent se rencontrer non seulement dans des tumeurs, mais aussi dans des inflammations osseuses chroniques, ou encore dans des cals vicieux chez

les jeunes sujets, ainsi que M. Pierre Delbet vient de le constater récemment à la Société de chirurgie de Paris.

Les indications et les résultats des opérations conservatrices dans les tumeurs des os doivent donc être avant tout établies d'après les données cliniques.

M. GANGOLPHE. — Je suis très sceptique sur les examens histologiques pratiqués pour des lésions osseuses. Je réduis au point de vue clinique leur rôle au minimum : c'est seulement lorsqu'on peut avoir par le microscope la certitude qu'il s'agit d'une lésion purement inflammatoire que je tiens compte de cette constatation. Dès qu'au contraire l'anatomie pathologique émet des doutes sur la malignité de la lésion sans présumer de la nature exacte, je passe outre et pratique l'extirpation de l'os malade. Je rejette complètement l'évidement et n'admets que l'extirpation du segment osseux malade.

Au sujet de cette malade, je tiens à insister sur les services que peut rendre l'ostéomalacie exploratrice ; pourquoi cette opération ne trouverait-elle pas sa place marquée au même titre, par exemple, que la laparotomie exploratrice ?

L'impression qui se dégage de plus en plus de l'étude des tumeurs osseuses est qu'un traitement précoce, large, tout en restant conservateur du membre, peut seul donner des succès. Dès lors si l'on hésite sur la nature d'une tuméfaction osseuse, il me semble que le chirurgien a le choix de pratiquer une ostéotomie exploratrice au lieu d'attendre de l'évolution ultérieure de l'affection une indication diagnostique plus précise. Trouve-t-on du pus, la question sera tranchée. Est-on dans l'indécision même après cette ostéotomie, on pourra, comme je l'ai fait à plusieurs reprises, soumettre un fragment à l'examen histologique et guider sa conduite sur les résultats. Cependant, je ne crois pas qu'il faille tenir un compte trop absolu des renseignements ainsi obtenus.

Il y a encore trop d'obscurité sur ce point. (Exemple : Observation de de Langlade, où il s'agissait vraisemblablement d'une sorte de cal et non d'une tumeur.)

Aussi, lorsqu'au lieu de craindre un néoplasme, il faut avoir une décision prompte et la main lourde, c'est-à-dire enlever le segment osseux malade dans une étendue suffisante. J'ajoute qu'il ne faut jamais faire d'évidement, même si vous croyez que la néoplasie est à coup sûr bénigne. Je compte revenir sur cette question de l'ostéomalacie exploratrice, qui est pour ainsi dire comme un paragraphe de l'étude que je poursuis, celle du traitement conservateur dans les ostéosarcomes.

LA CASTRATION ABDOMINALE TOTALE DANS LES TUBERCULOSES UTÉRO-ANNEXIELLES.

M. DURAND. — On peut être amené à intervenir sur les annexes tuberculeuses dans des conditions cliniques assez variées et suivant des techniques différentes. Je crois qu'on peut dès maintenant fixer certains points de thérapeutique. Je me propose surtout, en vous exposant quelques faits, de soulever une discussion et de fournir à nos collègues l'occasion d'exposer les résultats de leur pratique.

Il m'a paru que les malades atteintes d'annexites tuberculeuses que j'ai opérées pouvaient être rangées en trois groupes :

1° Quand je laparotomise une péritonite tuberculeuse ascitique chez la femme, je ne manque jamais, la précaution est classique, d'examiner les annexes. Souvent on les trouve malades, les trompes sont bourrées de noyaux en voie de caséification plus ou moins avancée et on les enlève sans toucher à l'utérus ou aux ovaires restés sains. L'opération est très simple, sans gravité, elle comporte le pronostic éloigné de la laparotomie dans l'ascite tuberculeuse dont elle ne constitue qu'un incident.

2° Dans le deuxième groupe de faits, je range les cas de péritonite pelvienne tuberculeuse localisée. On intervient alors sur une sorte d'abcès froid pelvien. Le diagnostic est souvent difficile, et je puis rappeler deux cas dans lesquels j'ai hésité longtemps entre une grossesse et une tuberculose annexielle. Ceci semble assez peu vraisemblable, mais les lésions locales offraient les caractères d'un utérus gravide; il y avait suppression des règles et il me fallut assez longtemps pour établir le véritable diagnostic, que vérifia la laparotomie.

Dans ces pelvi-péritonites, on peut opérer par le vagin ou par l'abdomen. Je préfère de beaucoup cette dernière voie, parce que j'aime mieux voir et toucher les lésions que de les apprécier par le toucher pratiqué au fond d'un orifice de colpotomie : la laparotomie donne plus de jour et permet de pratiquer, en toute connaissance de cause, le drainage simple de la poche abcédée, ou une opération plus complexe.

Celle-ci n'est pas toujours nécessaire, et je puis rappeler deux cas, datant l'un de 1900, l'autre de 1903; l'ouverture simple avec drainage large et prolongé a suffi à amener la guérison. Chez celle de mes malades dont l'opération date de deux ans j'ai laissé la plaie de laparotomie très largement ouverte, j'ai pu reconstituer la paroi par une restauration secondaire et le résultat fut des plus satisfaisants.

Quand les lésions utéro-annexielles sont considérables, on ne peut se contenter de drainer, et la castration totale paraît s'imposer : je la préfère du moins à l'ovariotomie simple, parce qu'elle me semble plus facile et enlève un utérus la plupart du temps malade.

Elle est alors difficile, à cause des adhérences qu'il faut rompre pour isoler les organes à enlever, et il y a lieu de se demander quelle est la meilleure technique; je reviendrai tout à l'heure sur ce point.

A côté de ces cas de pelvipéritonite dans lesquels le foyer pelvien est nettement isolé de la grande cavité péritonéale par des adhérences, il importe de placer les cas où toute la portion sous-ombilicale du péritoine est envahie par la tuberculose. L'épiploon, l'intestin grêle, l'S iliaque, le rectum, les organes génitaux forment un bloc fibro-caséeux dans lequel on ne saurait songer à s'aventurer sous peine d'ouvrir l'intestin. Le péritoine ouvert, on se hâte de le fermer et la castration abdominale est hors de question.

3° Le troisième groupe de faits concerne les cas de salpingo-ovarites tuberculeuses cliniquement sans péritonite.

Ils deviennent de plus en plus nombreux, comme on le sait, et l'examen microscopique systématique des pièces de castration montre actuellement que beaucoup d'annexites qu'on serait disposé à considérer comme infectieuses, blennorragiques, montrent au contraire fréquemment des follicules tuberculeux, caractéristiques. Le diagnostic est souvent impossible à faire cliniquement, et même par l'examen direct de la pièce enlevée, le microscope seul permet d'établir la nature de la lésion. La thérapeutique alors ne peut offrir rien de spécial.

Dans les cas où il est possible, il n'est presque jamais posé d'une façon formelle; mais la présence de nodules manifestement tuberculeux peut le confirmer définitivement après l'ouverture du ventre. Je dois vous rappeler à ce propos une ob-

servation qui montrera les éléments symptomatiques sur lesquels je désire appeler votre attention.

Une jeune fille de 18 ans, sans antécédent héréditaire ou personnel, entra à la clinique de l'Antiquaille pour une syphilis récente et des douleurs abdominales.

Il ne semble pas qu'elle ait eu la blennorragie, elle n'en montrait aucun signe à son entrée, et disait qu'il y avait un mois seulement « qu'elle avait cessé d'être sage ». A partir du 10 mai, date de son entrée, elle présenta des oscillations thermiques irrégulières très considérables, ainsi que le montrent ses feuilles de température. Le matin elle avait 37°,6, le soir elle dépassait souvent 40°. L'état général s'altéra rapidement, et bientôt, plusieurs semaines après le début de l'affection, elle prit des pertes blanches purulentes qui ne pouvaient guère être rapportées à un coït infectant, la malade n'ayant pas quitté le service. Le pouls suivait à peu près les variations de la température.

M. Nicolas, chargé de la clinique, voulut bien me montrer cette malade, et, dès le premier examen, je fus frappé par un fait très singulier. Le toucher montrait que les annexes étaient atteintes, peu douloureuses, perceptibles de chaque côté de l'utérus un peu rétroversé, sous forme de masses grosses chacune comme une mandarine. Ces masses étaient dures, un peu bosselées, on ne trouvait aucun signe de suppuration. Il y avait donc une disproportion très marquée entre l'état local et ses manifestations générales. Ceci me sembla très particulier, et après examen répété il me parut que je devais chercher dans la nature de la lésion l'explication que ne donnait pas son importance apparente. Je portai donc le diagnostic de tuberculose utéro-annexielle et proposai l'intervention qui ne fut acceptée que longtemps après par la malade.

Les constatations macroscopiques d'abord, puis l'examen microscopique des pièces, fait par M. Paviot, révélant la présence de nombreux follicules, ne laissent aucun doute sur la nature de la lésion.

Malgré l'absence de tout autre lésion bacillaire, j'ai admis la tuberculose non à cause de particularités locales, de bosselures spéciales des annexes, mais à cause de la marche de la température. Cette malade a présenté pendant plusieurs semaines une hyperthermie vespérale quotidienne oscillant entre

39° et 40°; le matin, elle était vers 37°,5. Ceci est déjà assez anormal; mais ce qui l'était plus encore, c'était la disproportion entre ce retentissement thermique et l'importance des lésions locales. Pour expliquer une température vespérale de 40°, il faut généralement de grosses lésions, des abcès volumineux; nous ne trouvions que des masses ne dépassant pas le volume d'une mandarine, à contours bien nets, sans poche purulente, relativement peu douloureuses.

Le diagnostic établi et confirmé par la vision directe, les lésions tuberculeuses bilatérales, la castration s'impose évidemment. Comment la réaliser? Tel est le problème que je veux maintenant envisager; je l'ai résolu en faisant l'ablation des annexes avec hystérectomie subtotale par le procédé de l'hémisection utérine de J.-L. Faure. J'opérai le 10 juillet, avec le concours de M. Laroyenne qui avait bien voulu m'assister.

L'abdomen ouvert, nous pûmes facilement récliner le paquet intestinal qui ne présentait, avec les annexes, que de rares et molles adhérences. Le cul-de-sac utéro-vésical était à peu près libre; le Douglas était rempli par les deux masses annexielles, qui dépassaient le détroit supérieur, et ne laissaient libre que la partie toute médiane du cavum utéro-rectal. La masse annexielle adhérait intimement à l'S iliaque et au rectum, et il paraissait difficile de l'enlever sans léser l'intestin en l'attaquant directement. Une forte paire de ciseaux fit la section médiane de l'utérus, et je pus ménager un grand lambeau péritonéal aux dépens du feuillet antérieur du ligament large. La section transversale de l'isthme utérin et l'hémostase de l'artère une fois faite, je pus décoller de *bas en haut* très facilement mes deux masses annexielles. Ce faisant, j'ouvris de chaque côté un ou deux petits foyers purulents, gros comme une noisette.

Il me restait à ce moment, à la place du Douglas, une vaste cavité dépourvue de péritoine, dont la paroi, irrégulière, avait été infectée par le pus écoulé des annexes. Je n'aurais pas hésité, autrefois, à mettre un volumineux Mikulicz, peut-être même à le faire abdomino-vaginal en dépassant le cul-de-sac postérieur: les progrès des méthodes de péritonisation me firent tenter une restauration plus satisfaisante. Je vis rapidement que, en étalant et en suturant l'un à l'autre l'S iliaque et le bon lambeau péritonéal conservé aux dépens du feuillet anté-

rieur du ligament large, je pouvais former une cloison qui fermait complètement la cavité infectée du côté du ventre. Mais, je laissais ainsi persister, au-dessous de cette cloison, entre elle et le dôme vaginal, une poche sous-péritonéale assez vaste et infectée. Je n'avais pas une péritonisation proprement dite, j'avais tout simplement isolé du grand péritoine le Douglas infecté. Ce n'est pas la première fois que cette technique vous est exposée, M. Albertin, dans une des dernières séances, nous en a entretenus. Après l'avoir bourré de quelques mèches, je drainai cette cavité par le vagin, dont j'avais incisé dans ce but le cul-de-sac postérieur. L'abdomen fut fermé, mais un petit drain de caoutchouc fut mis dans la partie déclive du bassin. L'état de ma malade, les jours suivants, démontra d'une façon frappante, les avantages de la méthode d'isolement péritonéal du Douglas infecté.

Alors que, par suite de cette infection, la température restait aussi élevée qu'avant l'intervention ; il n'y eut jamais de retentissement péritonéal, et la cloison que j'avais établie opposa à l'infection une barrière absolument étanche.

La cavité sous-séreuse mit longtemps à se fermer, suppurant abondamment et entretenant l'hyperthermie vespérale qui mit plusieurs semaines à disparaître, il s'y fit même un moment une petite fistule rectale qui s'obtura spontanément, et actuellement la malade est guérie. Un incident a prolongé outre mesure son séjour au lit ; il se fit, par l'ouverture du passage du drain abdominal, une inoculation tuberculeuse de la paroi, et j'ai dû la cautériser profondément pour obtenir la guérison. Il est curieux de constater cette inoculation alors que le ventre reste parfaitement souple, sans ascite, sans trace de lésion péritonitique.

Deux points de technique opératoire me paraissent devoir être mis en lumière dans cette observation : 1° l'isolement du Douglas, dont j'ai déjà montré les avantages par l'exposé même de ses résultats ; 2° le procédé de castration que j'ai employé.

Je veux insister sur les facilités que donne l'hémisection utérine. Dans un cas analogue j'ai d'abord enlevé les annexes, puis pratiqué l'hystérectomie à la Doyen. L'opération est extrêmement difficile : l'ablation première des annexes est laborieuse, pleine de périls pour l'intestin, on cotoie l'S iliaque en

entier et on craint à chaque instant de l'ouvrir. En attaquant les annexes de bas en haut, leur décollement est on ne peut plus simple, on est vraiment étonné de sa facilité. De plus, on ménage mieux le péritoine, on en conserve davantage et la restauration devient beaucoup plus facile. Quant à l'hystérectomie en elle-même, on ne peut faire aucune comparaison entre les deux procédés. Dans le Doyen, on a mille peines à atteindre le cul-de-sac postérieur et, quand on a pincé le col, il est très difficile de l'amener assez haut pour le détacher du vagin. La difficulté que j'ai éprouvée dans cette manœuvre a été telle que je ne la tenterai jamais plus. Par l'hémisection, au contraire, l'hystérectomie est d'une extrême rapidité, pourvu qu'une branche des ciseaux puisse être glissée entre la face postérieure de l'utérus et le rectum; tout se passe très bien, on suit très bien, sans crainte pour le rectum, la marche de la section utérine. Doit-on faire une totale ou une subtotale? La première permettrait un plus large drainage, et supprime entièrement le moignon utérin qui peut être infecté. La subtotale permet une hémostase plus simple, elle ménage mieux les adhérences avec le rectum, puisque l'hémisection n'atteint pas le vagin, elle présente enfin je ne sais quoi de plus satisfaisant qui me la fait préférer.

Quoi qu'il en soit de ce dernier point, je pense que la castration abdominale utéro-annexielle par l'hystérectomie totale ou subtotale doit devenir le procédé général de traitement des tuberculoses génitales chez la femme. La technique de ces opérations est devenue assez parfaite pour qu'on n'ait aucun scrupule à en généraliser l'emploi. On doit l'employer dans les formes qui ne s'accompagnent pas cliniquement de pelvipéritonite, elle semble aussi de mise dans les cas de pelvipéritonite localisée.

L'isolement par une cloison péritonéale du Douglas infectée simplifie les suites opératoires qui sont ainsi rendues très bénignes pour le péritoine.

Je terminerai en souhaitant que l'étude plus approfondie des signes cliniques permette de déceler plus souvent la nature tuberculeuse de beaucoup de salpingites, nature qui, actuellement, n'est révélée que par l'examen minutieux des pièces.

Je pense avoir soulevé un certain nombre de problèmes cliniques et thérapeutiques, je serai heureux de voir mes col-

lègues les discuter et nous rapporter les résultats de leur pratique.

M. CONDAMIN. — Dans les cas où les lésions tuberculeuse du petit bassin sont si avancées que l'on ne peut pas intervenir par le ventre sans risquer de déterminer de grosses lésions sur les anses intestinales agglutinées, je crois qu'il faut pratiquer l'hystérectomie par la voie vaginale. Cette opération se fait sans danger et une fois l'utérus enlevé on peut drainer largement les collections tubaires.

J'insiste aussi sur la difficulté dans certains cas de tuberculose annexielle du diagnostic différentiel avec une grossesse débutante. Chez une malade observée avec M. Chatin, ce diagnostic a été très difficile. L'utérus est volumineux dans ces cas de tuberculose annexielle, soit qu'il présente de la métrite ou de la paramétrite consécutive aux lésions de la trompe. Ce volume favorise les erreurs de diagnostic en faveur d'une grossesse.

M. TIXIER. — M. Condamin nous a signalé l'augmentation du volume de l'utérus dans le cas de tuberculose annexielle et il a laissé supposer que ces lésions de la matrice sont consécutives à l'envahissement des trompes par le bacille de Koch. Il est peut-être aussi logique de renverser la proposition et d'admettre que l'utérus est frappé avant les annexes. Sans doute, on connaît mal encore la tuberculose de l'utérus, mais de plus en plus on admet qu'elle peut frapper l'utérus dans son corps comme dans son col. C'est même à ce point de vue que je ferai une remarque à M. Durand.

Il a pratiqué une hystérectomie subtotale chez sa malade atteinte de tuberculose génitale et il a déclaré que cette opération était admise par nous comme l'intervention de choix. Cette proposition est parfaitement exacte quand on parle de fibromes utérins, mais il n'en est plus de même vis-à-vis de la tuberculose génitale. Pour ma part, je crois que si l'hystérectomie totale était possible chez sa malade, il y eut avantage à la pratiquer. Il se serait ainsi débarrassé d'un col qui peut être le siège de tuberculose plus ou moins latente et aurait établi par cette ablation un large drainage vaginal qu'il semble avoir eu assez de peine à exécuter par le cul-de-sac postérieur.

Séance du 16 novembre 1905.

Présidence de M. HORAND.

M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

RAPPORT DE CANDIDATURE.

M. Auguste POLLOSSON présente un rapport sur la candidature comme membre titulaire de M. Fabre, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

*
* *

ÉLECTIONS.

Sont nommés :

Vice-président pour une période de deux ans : M. Gangolphe.

Secrétaires pour une période de deux ans : MM. Gayet et Vignard.

Membre titulaire : M. Fabre.

Membres correspondants : MM. Cantas (d'Athènes), Kaepelin (du Puy), Sorel (de Dijon).

*
* *

GASTROSTOMIE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT D'UN RÉTRÉCISSEMENT CICATRICIEL INFRANCHISSABLE DE L'ŒSOPHAGE (DILATATION RÉTROGRADE).

M. ALBERTIN. — Avant de renvoyer cette malade, je tiens à vous la présenter guérie d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Depuis trois ans je l'ai soignée et son histoire thérapeutique me paraît digne d'être exposée. On trouvera le début de son observation dans la thèse d'un de mes élèves (Contribution à l'étude du rétrécissement cicatriciel de l'œsophage chez l'enfant. Thèse de Lyon, 1903). Je la résume :

C... Honorine, âgée de 11 ans, ingère de la potasse caustique le 16 juillet 1902.

En octobre 1902, elle m'est adressée par le Dr Bouveret. L'enfant est très amaigrie.

D'octobre à novembre, je fais une série de tentatives de cathétérisme sans succès.

Le 16 décembre 1903, je pratique une gastrostomie dans le double but d'alimenter la malade et de faire le cathétérisme rétrograde.

De décembre à mars 1903, la malade, alimentée par la bouche stomacale, engraisse de 10 kilogs.

En février 1903, je tente à nouveau sans succès le cathétérisme par la voie bucco-œsophagienne.

Le 15 mars 1903, je tente le cathétérisme par la voie stomacale et je réussis d'emblée. Pour trouver l'orifice du cardia, j'introduis l'index gauche par la bouche stomacale très profondément, et après avoir reconnu une dépression, je glissai un cathéter utérin qui d'emblée pénétra dans l'œsophage à travers le cardia. J'étudiai avec soin la direction du cathéter et depuis j'ai pu retrouver le cardia sans avoir recours à l'introduction de l'index.

Le cathétérisme servant de guide, je glissai des bougies cylindro-coniques et j'arrivai à franchir le rétrécissement inférieur siégeant à 7 à 8 centimètres du cardia; puis, vers le 15 mai 1903 je pus faire sortir la sonde par la voie buccale.

Je nouai un fil de soie à l'extrémité de la sonde et, en la retirant par l'estomac, je pus avoir une anse circulaire complète traversant l'œsophage. J'instituai alors des séances de cathétérisme, d'abord rétrograde, puis direct, par la voie buccale.

Pour le premier, le fil convergeant de l'estomac était passé à l'extrémité d'une bougie dont le calibre était tel qu'elle put traverser en totalité les points rétrécis.

En même temps que la sonde était poussée par le cardia, le fil était tiré par l'orifice buccal ou nasal. En traversant l'œsophage pour sortir par la voie buccale, l'extrémité renflée de la sonde entraînait un fil destiné à remplacer l'ancien.

Pour faire le cathétérisme par la voie buccale on procédait en sens inverse. La présence de ce fil facilitait beaucoup le cathétérisme, en évitant les tâtonnements et les fausses routes.

Ces séances de cathétérisme, pratiquées au début par moi, puis par M. Pélican, interne des hôpitaux, étaient assez dramatiques lorsqu'on produisait une dilatation effective. Elles provoquaient une douleur intra-thoracique assez vive et des alternatives d'accélération et de ralentissement du pouls.

De juillet 1903 à mars 1904, on fit trois séances par semaine et presque toujours avec le cathétérisme rétrograde, avec des bougies allant du n° 16 au n° 31.

De mars 1904 à décembre, l'enfant ne subit que de rares cathétérismes par la voie supérieure.

En décembre 1904, janvier et février 1905, séances répétées de cathétérisme par la voie buccale en faisant sortir la sonde par la bouche stomacale.

En février 1905, je rétrécis de moitié l'orifice de la gastrostomie, mais je décide de ne pas encore le fermer. Pour le rétrécir, j'incise circulairement le petit rebord muco-cutané et le libère pour le ramener en forme d'entonnoir autour de l'orifice.

Depuis quelques mois déjà, l'enfant s'alimentait surtout par la bouche, et l'orifice de la gastrostomie n'était plus utilisé pour l'alimentation.

En août 1905, plusieurs séances de cathétérisme supérieur avec bougie du n° 32 au n° 34.

En novembre 1905, on passe les bougies n°s 35 et 36.

Je décide alors la suppression de l'orifice épigastrique de l'estomac, et le 31 octobre je pratiquai la libération de la muqueuse stomacale, sa suture à la soie, puis par dessus je suturai la tunique musculo-séreuse plus ou moins modifiée par les adhérences. La fistule est complètement fermée, et l'enfant s'alimente facilement par la voie buccale. Vous avez pu voir que son état général est bon ; si l'enfant n'est pas obèse, elle a grandi d'une façon considérable, et en examinant son tégument on voit qu'il existe une couche très convenable de tissu cellulo-adipeux en doublure.

Je considère cette malade comme guérie, en la surveillant par le contrôle de deux à trois cathétérismes par an. Elle est restée déjà plusieurs mois sans être sondée et le résultat s'était maintenu. La double action, mécanique de la déglutition et agrandissante de la croissance, contribuera au maintien du calibre de l'œsophage.

En résumé :

Rétrécissement cicatriciel infranchissable de l'œsophage.
Gastrostomie pour permettre l'alimentation et le cathétérisme rétrograde.

Combinaison des cathétérismes rétrograde et supérieur par le procédé du fil circulaire à demeure.

Rétablissement de la perméabilité du conduit œsophagien.

Possibilité d'alimentation par la voie buccale permettant pour la clôture du traitement la suppression de la bouche stomacale.

Voilà le résumé de l'histoire thérapeutique de ma malade, qui a duré trois ans, et qui s'est terminée par la guérison.

Les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage sont graves chez les enfants et leur thérapeutique peut devenir complexe, elle ne laisse pas que d'embarrasser bien souvent le chirurgien ; c'est ce qui m'a décidé à communiquer à mes distingués collègues le résultat de mes observations.

M. GANGOLPHE. — Est-ce que M. Albertin a eu beaucoup de difficultés pour cathétériser le cardia par l'estomac après la gastrostomie ? De mes recherches sur le cadavre, j'avais conclu que cette manœuvre pouvait être assez laborieuse. Comment a-t-il guidé sa sonde dans l'estomac ? N'a-t-il pas été gêné plus tard par l'ouverture large qu'il avait dû créer, et n'en est-il pas résulté un écoulement considérable, au dehors, du contenu de l'estomac, avec corrosion des téguments ?

Quant à la réparation des parois de l'œsophage, j'ai constaté comme lui qu'il suffit de petites surfaces muqueuses encore saines au niveau du rétrécissement pour que les parois se reconstituent et pour que le calibre du conduit se reforme peu à peu. Chez un aliéné, j'ai dû intervenir par l'œsophagotomie externe pour extraire un caillou au niveau de la portion supérieure du segment thoracique ; toutes les parois semblaient sphacélées sur une hauteur de 3 ou 4 centimètres, et pourtant l'opéré, suivi pendant longtemps, n'a jamais présenté de sténose ultérieure.

M. BÉRARD. — Sans doute, chez la petite malade de M. Albertin, la brûlure de l'œsophage par la soude caustique était assez ancienne pour que la sténose cicatricielle fût définitivement constituée, et pour que toute tentative de cathétérisme par la bouche fût vouée à un échec. Pourtant il faut bien se rappeler que, chez les enfants surtout, même avec un rétrécissement encore franchissable, le spasme surajouté peut opposer un obstacle à peu près invincible à l'introduction d'un cathéter même filiforme. Avant de renoncer à passer par la voie buccale, il est nécessaire de multiplier les tentatives, en s'aidant de l'anesthésie locale ou générale, et, lorsqu'on le peut, de l'œsophagoscopie.

En 1903, on m'amena à la Charité une fillette de 3 ans qui avait avalé deux mois auparavant quelques gorgées de lessive de soude. Depuis plusieurs jours elle ne déglutissait que quelques gouttes d'eau, et elle rendait constamment une salive muqueuse épaisse. Par trois fois en deux jours, après anesthésie locale à l'adrénaline-cocaïne, j'essayai en vain de franchir le rétrécissement, situé à 25 centimètres des arcades dentaires; les conducteurs en baleine et les sondes de toute consistance et de tout calibre étaient arrêtés.

Le troisième jour, enfin, sous anesthésie générale, en utilisant comme on le fait pour les rétrécissements de l'urètre, tout un faisceau de conducteurs Maisonneuve, j'arrive à passer. Dans la même séance, les numéros 6, 8, 10 et 12 de la filière Charrière se firent leur voie. Au bout de trois mois, avec deux séances par semaine, l'œsophage admettait une sonde n° 28.

A ce moment, les parents voulurent emmener leur enfant à la campagne, bien que le calibre normal fût loin d'être atteint. Or, malgré une alerte due à un noyau de cerise dégluti, qui boucha pendant 24 heures le conduit, il dut être refoulé avec une bougie dans l'estomac, aucun incident ne survint.

Actuellement, au bout de 18 mois, l'enfant peut avaler tous les aliments avec facilité; elle a une taille et un poids au-dessus de la moyenne de son âge. Certainement chez elle le calibrage de l'œsophage s'est continué de lui-même, du seul fait du passage des aliments, grâce à la persistance sans doute de segments de muqueuse saine.

M. GAYET. — Il est très intéressant de constater que M. Albertin n'ait pas eu à se préoccuper des régurgitations par l'orifice de la gastrostomie si large qu'il avait dû effectuer. Cependant dans les gastrostomies pour cancer de l'œsophage, dès que l'orifice devient incontinent, les malades sont inondés par les liquides de l'estomac, et la peau ne tarde pas à s'ulcérer.

M. ALBERTIN. — Je répondrai à M. Gangolphe que j'ai dû faire pénétrer très profondément l'index pour arriver jusqu'au cardia, quoiqu'il j'eusse pratiqué une gastrostomie un peu haute pour faciliter cette recherche. L'angle supérieur de l'orifice avait même subi une effraction au moment de l'introduction profonde de l'index.

Le résultat me paraît devoir se maintenir, car, ainsi que l'explique M. Bérard, la croissance de l'œsophage y contribue. En effet, si l'œsophage n'est pas cicatriciel sur tout le pourtour, la portion du conduit restée saine se dilate en face du point atrésié.

Quant à la question du spasme pouvant faire croire à l'infranchissabilité de l'œsophage, je la connais bien et suis comme M. Bérard disposé à faire de nombreuses tentatives avant de déclarer un rétrécissement œsophagien infranchissable.

Je déclarerai à M. Gayet que malgré sa dimension l'orifice de la gastrostomie admettant très facilement l'index, n'a pas causé trop d'ennuis à la malade.

Pour éviter la macération, je me suis servi au début d'une pommade à la lanoline, puis c'est à la fécule en poudre qu'on a donné la préférence pour supprimer l'irritation périphérique de la plaie qui était insignifiante. Les aliments étaient bien conservés et n'ont été rejetés par l'orifice stomacal que rarement à l'occasion de secousses violentes de toux ou des efforts faits à l'occasion du cathétérisme.

Si l'on veut utiliser l'orifice de l'estomac pour le cathétérisme rétrograde, il est nécessaire de lui donner une dimension suffisante pour que l'index puisse être introduit, car cette manœuvre sera d'un grand secours pour la pratique du cathétérisme ou pour l'extraction des bougies, lorsqu'on aura renoncé au procédé du fil.

Séance du 23 novembre 1905.

Présidence de M. VINCENT.

M. BÉRARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
Adopté.

*
* * *

A PROPOS DES HYDRO-SALPINX ET DE LA TORSION DU
PÉDICULE.

M. ALBERTIN. — J'ai observé un certain nombre de cas d'hydro-salpinx, dont vous pouvez voir ici les pièces. La trompe ouverte à ses deux extrémités se ferme du côté de son pavillon et l'orifice utérin reste perméable, nous avons toujours pu faire sourdre le liquide du côté de l'utérus en comprimant la tumeur.

Cette oblitération de la trompe, s'accompagnant de sécrétions séreuses, est le plus souvent inflammatoire. Mais dans quelques cas, chez des vierges ne présentant aucune trace d'infection, il me semble qu'on pourrait peut-être invoquer une malformation congénitale.

L'hydro-salpinx se tord fréquemment et l'attention a été attirée sur ce fait clinique depuis quelques années.

En 1891, Bland Sutton en observe un cas rapporté par Morris. En 1900, Pozzi en cite 16 observations. En 1901, Cathelin, dans la *Revue de chirurgie*, en réunit 41 observations.

Il est difficile de faire le diagnostic d'hydro-salpinx. Lorsque le ventre est souple, la paroi abdominale mince, on peut arriver à reconnaître la forme en cornemuse de la tumeur et souvent sa bilatéralité; mais dans la plupart des cas, on pense à la présence d'un kyste ovarique.

Notre première observation a trait à une jeune fille de 18 ans, ayant présenté des crises abdominales douloureuses répétées. On reconnut la présence de tumeurs liquides bilatérales, que l'on crut devoir localiser dans l'ovaire. Il s'agissait d'un double hydro-salpinx, dont le droit, de la grosseur du poing, était tordu et plongeait dans le Douglas. Le gauche, moins volumineux, restait accolé à l'utérus. L'ovaire gauche kystique fut également enlevé.

Voici une énorme tumeur liquide du volume d'une grosse tête d'adulte.

La paroi est rouge lie de vin. C'est encore un hydro-salpinx tordu que j'ai enlevé le 28 octobre 1905, chez une jeune fille de seize ans. Celui-là était unilatéral.

La malade avait comme la première présenté des crises abdominales douloureuses qui correspondent bien à ce que Legueu a appelé des torsions lâches sans étranglement.

Entrée dans mon service depuis quelques jours, elle eut le 27 octobre une crise extrêmement douloureuse qui nous fit diagnostiquer la torsion du pédicule et nous amena à intervenir le lendemain.

Vous pouvez constater le résultat de la triple torsion du pédicule. Toute la paroi de l'hydro-salpinx est le siège de suffusion sanguine, et en outre l'ovaire quadruple de volume est totalement infiltré de sang et présente la coloration noirâtre du sang veineux.

Pozzi a déjà signalé la prédominance des altérations de l'ovaire en pareil cas chez une troisième malade âgée de trente-quatre ans et présentant depuis plusieurs années de l'infection utéro-annexielle.

Je trouvais un double hydro-salpinx dont je fis l'ablation en respectant les ovaires qui paraissaient sains. L'analyse bactériologique du liquide révéla la présence de staphylocoques.

Huit mois après, la malade revint accusant des douleurs vives et je lui fis une castration ovarienne. Les deux ovaires étaient devenus kystiques et avaient triplé de volume.

Chez une quatrième malade, âgée de 27 ans, je fais une colpotomie le 21 juillet 1905 pour évacuer une grosse collection que j'avais diagnostiquée séro-purulente de nature bacillaire.

Le 4 octobre 1905, je réinterviens par une laparotomie et je trouve un hydro-salpinx avec deux ovaires kystiques. Je fis la castration par la subtotale.

Enfin, dans mes deux dernières observations, j'ai par colpotomie pratiqué l'ablation d'hydro-salpinx du volume d'une mandarine, et dans les deux cas il s'agissait de lésions que je considère comme tuberculeuses par leur mode d'évolution.

En résumé, tout en faisant une réserve sur la malformation congénitale, l'hydro-salpinx résulte de lésions inflammatoires dues à des agents infectieux divers, depuis le gonocoque jusqu'au bacille de Koch en passant par le staphylocoque.

Le diagnostic de ces tumeurs est difficile à faire à côté du kyste de l'ovaire à pédicule lâche. On pourra quelquefois saisir la forme de la tumeur par la palpation et reconnaître la bilatéralité, signes qui pourront permettre de faire le diagnostic.

Plus encore que le kyste de l'ovaire, l'hydro-salpinx peut se tordre sur son pédicule et cette complication impose une intervention immédiate.

M. CONDAMIN. -- Je demanderais à M. Albertin s'il n'a pas observé des hydro-salpinx chez les malades qui portent des fibromes, cas surtout observés par moi.

M. Condamin croit que la plupart des hydro-salpinx sont d'origine inflammatoire et que c'est ce processus qui oblitère l'orifice externe de la trompe.

Quant à l'orifice interne, il est le plus souvent perméable.

M. GOULLIoud croit aussi à un début inflammatoire des hydro-salpinx. Il a toujours remarqué que les pavillons étaient bouchés, et souvent aussi, il a vu des lésions de l'ovaire, ce qui coïncide avec les observations de M. Albertin qui a été obligé de réopérer pour des lésions secondaires de l'ovaire.

Il a souvent fait des opérations partielles, laissant les ovaires et parfois partie de la trompe, qui recouvre un pavillon néoformé.

Il insiste sur ces faits à cause de la possibilité d'une grossesse ultérieure qui amène souvent une accalmie considérable et parfois des guérisons complètes de ces phénomènes douloureux et inflammatoires subsistant après l'opération de l'hydro-salpinx, quand on laisse un ou les deux ovaires.

M. GOULLIoud cite l'observation d'une religieuse qui portait un fibrome et un hydro-salpinx.

Il enleva la trompe tordue et les deux ovaires. Il vit rétrocéder les phénomènes dus au fibrome, et la situation générale s'améliora sensiblement.

M. VINCENT fait remarquer qu'il a observé très souvent des fistules stercorales à la suite de ces opérations, surtout quand il y a des lésions tuberculeuses.

M. ALBERTIN répond à M. Condamin qu'il a bien observé des hydro-salpinx coïncidant avec des fibromes, mais il les a trouvés si fréquemment qu'il les a systématiquement laissés de côté dans sa communication.

*
* *

SECTION DU CUBITAL PAR UN FRAGMENT DE VERRE
SUTURE; GUÉRISON

M. VIGNARD présente une petite fille de 10 ans dont l'histoire est la suivante :

Au mois de mars, elle se blessa avec un éclat de verre et se fit à la partie interne et inférieure de l'avant-bras droit une plaie profonde qui saigna beaucoup.

Elle fut soignée par un pharmacien et s'aperçut à partir de ce jour que ses deux derniers doigts, une partie de la paume et le bord interne de la main étaient insensibles. Petit à petit le petit doigt et l'annulaire se fléchirent en griffe dans la paume, à tel point que l'ongle du cinquième doigt laissait un sillon dans la peau ; puis celle-ci devint violacée, plus froide et desquame par places. C'est avec ces signes très nets de griffe par paralysie, due évidemment à la section du cubital, au niveau de la plaie de l'avant-bras, qu'elle se présenta au mois d'août dernier à la Charité dans le service de M. Vignard.

Le 2 septembre, elle fut anesthésiée, et après incision parallèle au tendon du cubital antérieur, on découvrit le paquet vasculo-nerveux complètement sectionné.

Je vous présentai deux petits renflements au niveau des bouts sectionnés qui furent avivés et réunis à la soie, sans qu'on ait été obligé de faire des tractions trop fortes sur les deux tronçons du nerf.

Le 15 septembre, la sensibilité était revenue et les doigts commençaient à se mouvoir. Quand l'enfant quitta la Charité, le 25 septembre, on pouvait considérer la guérison comme définitive et comme particulièrement rapide. Actuellement, 23 novembre, la sensibilité est parfaite, les troubles trophiques ont disparu presque totalement ; seuls, les mouvements du quatrième doigt sont gênés. Il tend à s'incliner toujours du côté de la paume. Malgré cette imperfection, le résultat définitif peut être considéré comme bon et la rapidité avec laquelle il a été

acquis est peut-être attribuable à la réunion par première intention qui a été obtenue sans drainage en six jours.

M. BÉRARD rappelle à ce sujet les cas qu'il a rapportés l'an dernier et en particulier un cas de suture du radial au niveau du coude. Ces cas ont été suivis de guérison complète, et il y a lieu de penser que les troubles moteurs qui persistent encore chez la malade de M. Vignard disparaîtront complètement.

M. GOULLIoud signale aussi un cas de suture du médian et du cubital suivi d'un retour complet des mouvements et de la sensibilité.

*
* *

TUMEURS VÉGÉTANTES DES DEUX OVAIRES; TORSION DU
PÉDICULE DE L'UNE DE CES TUMEURS AVEC TRANSPORT
DU CÆCUM DANS LE FLANC GAUCHE.

M. BÉRARD. — Des pièces que vient de présenter M. Albertin, il est intéressant de rapprocher celles que je vous apporte, et qui représentent une grosse tumeur végétante de l'ovaire droit avec pédicule tordu.

Si la torsion des hydrosalpinx est fréquente, il n'en est pas de même de celles des épithéliomes ovariens végétants, qui ont un pédicule d'ordinaire plus volumineux et plus court, et qui par leurs végétations sont souvent enclavées dans le bassin.

Le 14 novembre entra dans mon service de la Croix-Rousse une femme de 43 ans qui, depuis trois jours, présentait des accidents péritonéaux aigus.

Sans antécédents pathologiques nets, cette femme, mariée, mère de deux enfants, se plaignait depuis quelques mois d'une constipation croissante et de pesanteur dans le bas-ventre. Depuis deux semaines elle n'allait plus que très difficilement à la selle, et elle avait une inappétence absolue avec nausée. Elle avait notablement maigri. Trois jours auparavant en faisant des efforts pour aller à la selle, elle ressentit de violentes tranchées dans tout l'abdomen, avec prédominance vers le côté droit du pelvis; en lypothymie immédiate, elle fut transportée sur son lit, et de suite eut des vomissements alimentaires, puis bilieux. Un médecin consulté la mit au repos

et la diète avec de la glace sur le ventre. Le lendemain, un seul vomissement se reproduisit, mais le météorisme s'accroît avec arrêt des matières et des gaz. Le transport à l'hôpital fut décidé le troisième jour.

A l'entrée, on constatait un facies tiré, la langue un peu rôtie, une dyspnée commandée surtout par les douleurs abdominales, le pouls à 110, la température à 38°,3. Le ventre était modérément tendu, sans paralysie complète des parois, ni du diaphragme. Un lavement huileux administré prudemment à l'arrivée avait ramené quelques glaires et provoqué l'émission de quelques gaz. Les vomissements avaient cessé.

A l'inspection, l'abdomen, asymétrique, était soulevé au niveau du flanc gauche par une saillie arrondie. La palpation permettait de délimiter à ce niveau une tumeur rénitente, mate, dont le pôle supérieur dépassait l'ombilic de deux travers de doigt, et dont le pôle inférieur se perdait dans le côté droit du pelvis, siège des douleurs les plus vives. Pas de fluctuation nette, mais submatité des deux fosses iliaques. Au toucher, l'utérus paraissait fixé au sommet du vagin par la tension de ses ligaments comme s'il avait été attiré au maximum vers l'ombilic; pas de masse délimitable dans les culs-de-sac, mais transmission de l'impulsion utérine à la tumeur abdominale.

Ces données de l'examen rapprochées du début foudroyant des accidents et de la réaction passagère du péritoine nous avaient fait conclure à une torsion de tumeur annexielle droite.

La laparotomie, pratiquée le 17 novembre, fait constater par transparence avant l'incision du péritoine, que la cavité abdominale contient une quantité abondante de liquide hématique.

L'appareil à aspiration permet d'en retirer environ un litre; on en évacue davantage encore après l'incision de la séreuse, que l'on assèche avec des compresses. Puis la malade est mise en position de Trendelenbourg. Une masse végétante dont les franges ont une couleur lie de vin, apparaît enclavée dans l'hypogastre et dans le flanc gauche. Amenée au dehors, elle se présente comme un gros kyste végétant d'où la ponction retire encore deux litres de liquide séro-muqueux non teinté de sang. Le pédicule, large, épais et infiltré, est tordu suivant deux tours de spire: la détorsion, de gauche à droite, est effectuée

sans peine, et la section pratiquée au delà de deux grandes pinces.

Alors apparaît une autre tumeur, également végétante, de l'ovaire gauche, du volume de deux poings, tassée en arrière de l'utérus. Le Douglas et la séreuse utérine sont semés de petites granulations papillomateuses, provenant de greffes de tumeurs ovariennes. On ne se préoccupe pas, l'état général précaire de la malade rendant assez osée une hystérectomie, qui d'ailleurs n'eût pas enlevé toutes les greffes.

Lorsqu'on fait la ligature de deux pédicules, on se rend compte que la tumeur tordue a englobé dans son pédicule le ligament appendiculo-ovarien et entraîné avec elle le *cæcum* et l'*appendice* qui ont été transportés dans la fosse iliaque gauche. Le fond du *cæcum* est violacé, l'*appendice* et son méso très congestionné sont épaissis par un hématome sous-séreux. Rapidement on résèque cet *appendice* dont le moignon est enfoui par une suture en bourse.

La paroi abdominale est fermée complètement ; il semblait en effet que tout le liquide exsudé avait été évacué et qu'un Mikulicz ou une mèche vaginale ne fussent pas nécessaires.

La malade, soulagée immédiatement, rend dès le lendemain des matières et des gaz. Mais le pouls se maintient à 110, la température reste comme avant l'opération entre 38° et 38°,5 ; deux jours après cette période d'euphorie, brusquement la malade a des vomissements verdâtres ; elle succombe en quelques heures.

A l'autopsie, on trouva dans le petit bassin, autour des végétations du Douglas, environ un demi-litre de liquide séro-hématique exsudé depuis l'opération, un léger dépoli des anses intestinales autour du *cæcum* et du moignon appendiculaire dont les sutures avaient parfaitement tenu ; pas d'autres lésions macroscopiques de la cavité péritonéale et de la congestion pulmonaire.

Cette observation, indépendamment de sa rareté relative en ce qui concerne la torsion des tumeurs végétantes, m'a paru digne de vous être rapportée, à cause de la translation du *cæcum* et de l'*appendice*, à la suite de la tumeur, jusque dans le flanc gauche. Ce déplacement de l'angle iléo-cæcal n'était peut-être pas étranger à l'occlusion intestinale à peu près

complète depuis le moment de la torsion, sans qu'il y eût cependant des lésions de péritonite confirmée.

L'abondance exceptionnelle et le caractère hématique du liquide exsudé tenaient au grand nombre et à la fragilité des vaisseaux néoformés dans les végétations. Pendant les deux jours qui ont suivi la torsion, des transsudations et même de petites hémorragies multiples se sont faites au niveau de ces vaisseaux embryonnaires.

Bien que les lésions fussent par elles-mêmes très graves, et que l'intervention n'eût pu être effectuée que trois jours après le début des accidents, je me demande cependant si un drainage du péritoine, soit par la plaie de laparotomie, soit par le vagin, n'eût pas donné plus de chances de guérison à la malade. Si je n'ai pas drainé, c'est que toutes les manœuvres opératoires avaient été faites l'intestin mis à l'abri de compresses, que le liquide hématique avait été retiré avec soin et la séreuse bien asséchée, enfin et surtout que d'ordinaire on contre-indique le drainage dans ces cas de tumeurs greffées sur le péritoine, dont les adhérences avec les mèches prédisposent à l'occlusion post-opératoire. Sur ce dernier point, je serais heureux d'avoir l'avis de mes collègues.

M. CONDAMIN s'étonne que M. Bérard n'ait pas pratiqué un drainage par le cul-de-sac de Douglas. Il constate le très grand intérêt de l'observation de M. Bérard, car les tumeurs végétatives à pédicule court sont rarement tordues.

M. GOULLIoud déclare qu'il draine très rarement après opération pour torsion de kyste de l'ovaire, et il pense que peut-être l'appendicectomie dans un foyer déjà hématique n'a pas été étrangère à l'infection péritonéale.

Il en rapporte un cas dans lequel cependant le liquide de l'appendice était clair comme de l'eau de roche. Ce liquide s'écoula dans le ventre et entraîna une péritonite mortelle.

M. Goullioud insiste sur le procédé qu'il a utilisé pour drainer par le vagin et qui met à l'abri de l'infection du péritoine par les doigts qui au préalable ont passé dans le vagin pour ouvrir le Douglas.

M. CONDAMIN demande quels ont été les résultats nécropsiques.

M. BÉRARD répond que les sutures avaient bien tenu.

M. DURAND, à propos de l'hypothèse de l'infection par un Mikulicz, rapporte un cas où un drainage infecté par des matières fécales chez un

fracturé du bassin délirant et auquel il aurait pratiqué une laparotomie, n'amena aucune péritonite.

M. ALBERTIN estime que la présence de liquide dans le bassin exige presque toujours le drainage abdomino-vaginal. Il pense, comme M. Durand, que le danger d'une infection exogène par le drainage est peu important et hors de proportion avec celui que courent les malades quand on referme un ventre qui a contenu en assez grande quantité du liquide séro-hématique.

Séance du 30 novembre 1905.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
**

FRACTURES ITÉRATIVES DU FÉMUR; CONSOLIDATION IMPARFAITE LIÉE A UNE FRAGILITÉ PATHOLOGIQUE DE L'OS (OSTÉOMALACIE LOCALISÉE) TRAITÉE PAR LE DÉCOLLEMENT PÉRIOSTIQUE ÉTENDU ET L'ENFONCEMENT DE CHEVILLES D'IVOIRE.

M. GANGOLPHE. — J'avais présenté au mois de juin dernier un jeune garçon de 14 ans atteint de fractures itératives du fémur. Je m'étais servi d'une expression (déjà employée par d'autres) celle d'*ostéomalacie localisée*, pour bien indiquer qu'il y avait à coup sûr une *diminution de résistance*, limitée à un segment osseux. A la réflexion j'abandonne tout à fait cette terminologie, parce que l'ostéomalacie proprement dite n'a rien de localisé, et qu'il faut éviter la confusion des mots pour éviter la confusion des idées. Je préfère le mot de ramollissement pathologique ou mieux de *fragilité*, mettant de côté la cause même de cette fragilité qu'il m'est à peine permis de soupçonner jusqu'à présent.

Ce jeune homme (dont l'observation est relatée dans la thèse récente de M. Trucy), était dans l'impossibilité de marcher sans appareil et sans béquilles.

Le fémur malade était incurvé en crosse et présentait une sorte d'aplatissement latéral qui le faisait ressembler au fourreau d'un sabre de cavalerie.

Sa minceur était d'autant plus curieuse que le fémur sain était remarquablement épais. Il semblait que cet os était frappé de stérilité. C'est alors que je pensais à l'irriter en enfonçant des chevilles d'ivoire dans son épaisseur. Une première tentative échoua parce que l'asepsie des chevilles les avait complètement ramollies. Mais dix jours plus tard, le 17 juillet, je découvris le fémur par une incision antéro-externe de 35 à 40 centimètres; je décollai aussi complètement que possible le périoste sur tout le périmètre de la diaphyse, puis j'enfonçai presque parallèlement à l'os, trois solides chevilles d'ivoire coniques, les faisant pénétrer aussi profondément que possible.

Chemin faisant je notai des détails extrêmement intéressants.

L'os était ramolli, sans doute, mais je vis, comme mes assistants, une substance jaune safran répandue sous le périoste, et dans l'épaisseur même de la coque diaphysaire : la crainte de supprimer des éléments de résistance m'empêcha de poursuivre trop loin mes investigations : je prélevai cependant un fragment de cet os malade dans le but d'avoir un examen histologique. Je viens d'apprendre que cet échantillon a été égaré; il m'est donc impossible de dire autre chose c'est que la fragilité du fémur était certainement liée à une lésion locale. Quelle en était la nature? Je ne puis le préciser, mais l'aspect du tissu osseux, cette coloration jaune safran m'ont fait penser à de l'ostéomyélite gommeuse.

Les suites opératoires furent des plus simples, et le sujet rentra chez lui dans le courant du mois de septembre.

Je vous le présente aujourd'hui marchant sans bâton ni béquilles, et vous pouvez constater l'augmentation considérable de volume du fémur dans toute la zone irritée. La partie inférieure de la diaphyse, juxta-articulaire, n'a pas été touchée, elle diffère par sa gracilité de la partie supérieure où s'est exercé le décollement périostique.

J'insiste sur les résultats favorables que peut donner le décollement périostique pour assurer la solidité d'un os.

Je termine en ajoutant que l'opéré a été soumis après l'opération (comme il l'avait été avant) à un traitement ioduré. Je tiendrai la Société au courant des suites éloignées de cette

observation qu'il m'a paru cependant utile de faire connaître dès maintenant.

M. VINCENT constate le succès de M. Gangolphe qui a transporté en clinique les données fournies par la physiologie et utilisé les résultats obtenus par l'irritation de l'os à l'aide d'un corps étranger.

*
* *

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS CERTAINES FRACTURES DU COUDE CHEZ L'ENFANT.

M. VIGNARD. — Les deux malades que je vous présente ici, bien que n'ayant pas des lésions absolument identiques méritent cependant d'être rapprochés l'un de l'autre, car ils peuvent servir tous deux à la démonstration de la thèse que je veux soutenir :

Le premier, C..., entra dans mon service à la Charité, au commencement d'avril avec tous les symptômes d'une fracture du coude facile à diagnostiquer malgré son extrême rareté. Il s'agissait d'une fracture du condyle interne de l'humérus passant au milieu de la trochlée. On sentait très nettement bouger et crépiter le fragment au niveau de la partie interne de l'extrémité inférieure de l'humérus. Je dis que c'est une fracture rare car je n'en ai retrouvé que trois cas dans le traité de Kocher sur les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. Il en est fait seulement mention dans le travail de Mouchet et dans celui de Muller, de Lyon, inspiré par M. Nové Jossierand.

Cette fracture fut mise en plâtre quelques jours après. Cependant la réduction me paraissait devoir être peu satisfaisante, en raison de la mobilité du fragment. M. le docteur Destot qui vit la radiographie me conseillait d'enlever le fragment et j'y inclinai moi-même très volontiers en raison des résultats peu encourageants signalés dans le travail de Kocher et concernant les tentatives de réduction simple.

Sur trois cas, l'un fut l'objet d'une intervention au bout de plusieurs mois, et l'observation d'un deuxième ne donne pas de détails sur l'état du coude à la fin du traitement.

C'est pourquoi au bout de 10 jours environ j'enlevai le premier plâtre, je pus constater que la région interne du coude était très déformée, que le fragment n'était pas en place et je l'enlevai par une incision interne. L'opération fut des plus simples : je débarrassai le foyer de fracture de ses caillots, rien ne saignait, je détachai facilement le fragment et mis un petit drain. Au bout de six jours je l'enlevai avec les fils et pendant trois semaines environ je fis tous les cinq jours un nouveau plâtre au

malade en allant par degrés de la position d'extension incomplète à la position de flexion forcée.

Dans les premiers jours de mai, le malade fut débarrassé de tout appareil et mobilisé progressivement. Ne voulant pas le perdre de vue je le gardai dans le service très longtemps. Il sortit à la fin d'août et reprit son travail.

Actuellement le coude ne présente pas de déformation, il n'est pas dévié latéralement et présente de la solidité dans le sens latéral. L'extension n'est pas complète, mais la flexion est presque parfaite, ce qui vaut beaucoup mieux. Aucune douleur. L'enfant a repris son travail et ne se plaint en aucune façon.

Par comparaison, je vous présente en même temps un second malade :

Le jeune X... qui est entré dans mon service dans le courant de juillet avec tous les phénomènes d'une luxation en arrière et en dehors des deux os de l'avant-bras. En outre, il présentait à la partie interne du coude une ecchymose et un empâtement très prononcés qui me firent porter le diagnostic de fracture de l'épitrôchlée et d'une partie de la trochlée. Celle-ci avait été abaissée et projetée dans l'articulation.

La réduction sous anesthésie fut pratiquée deux jours après l'entrée. Elle fut facile. Je sentis très nettement les deux os de l'avant-bras revenir à leur place et j'immobilisai le coude en flexion forcée dans un plâtre avec la notion d'avoir fait une réduction et une contention aussi bonne que possible. Le plâtre fut laissé trente jours. Quand le bras en fut sorti il était toujours en flexion et manifestait peu de tendance à s'étendre. On fit du massage, de la mobilisation, mais en somme beaucoup moins de manœuvres que chez le malade précédent, car on acquit bien vite la notion que ce que l'on gagnait dans le sens de l'extension était perdu dans celui de la flexion et que le coude s'enraidissait chaque jour davantage.

Aussi les tentatives de mobilisation furent-elles presque entièrement abandonnées. Actuellement le coude de ce malade s'étend moins que celui du précédent et la flexion atteint à peine l'angle droit. Il n'y a pas de déviation latérale, mais on sent que la tête radiale est un peu remontée et que toute la région du condyle interne est occupée par une masse dure que représente le fragment épitrôchléen et des jetées périostiques dans le bracial antérieur.

Je me demande dès lors, si je n'aurais pas dû suivre chez ce deuxième malade la ligne de conduite qui m'a réussi chez le premier et si la résection du fragment ne m'aurait pas donné plus de satisfaction. Et c'est ici que passant du domaine des

faits particuliers à une loi plus générale on peut se demander si l'intervention sanglante et précoce ne serait pas le traitement le plus sûr, le moins aléatoire de ces fractures intra-articulaires du coude dans lesquels le fragment est très mobile et assez petit pour pouvoir échapper à l'action des manœuvres réductrices.

Je sais bien que dans de nombreux cas, la réduction se fait d'une façon convenable, mais n'est-elle pas souvent le fait d'une heureuse chance et n'est-il pas bien difficile à travers 16 épaisseurs de tarlatane plâtrée d'affirmer qu'on tient entre ses doigts un fragment du volume de celui que je vous présente et qu'on l'a remis dans sa position normale. Je crois la chose impossible et c'est pour cela que l'on voit les mêmes fractures traitées par des mains compétentes donner des résultats très différents. Bien plus, on voit quelquefois des succès entre les mains des empiriques, c'est surtout une affaire de chance. C'est pourquoi je pose aux membres de la Société, la question de savoir si une intervention facile dans un milieu aseptique ne serait pas le seul traitement rationnel de la variété de fractures à laquelle je fais allusion.

M. GANGOLPHE. — Je me demande si la résection des fragments est à conseiller à tout coup.

Il faut se rappeler que l'opération est assez bénigne. Mais il faut toujours compter avec des chances d'infection.

Ici aussi repose la question de l'intervention précoce. On a peut-être avantage à ne pas attendre la prolifération périostique. Cependant il faut se rappeler que l'on peut obtenir de bons résultats par la simple réduction.

Le premier malade a un résultat qui paraît bon malgré qu'il ne soit pas parfait.

Quant au second, il semble bien devoir légitimer une intervention et il est intéressant de voir quel en sera le résultat.

M. ALBERTIN. — J'ai été frappé de ce fait dans un traumatisme du coude que l'extension et la supination semblent être de beaucoup la meilleure position, notion défendue par M. le professeur Laroyenne et reprise par M. Vincent.

M. Albertin rappelle qu'il faisait d'abord de l'extension, puis petit à petit de la flexion sous-anesthésie et par degrés. Il n'a pas été obligé de recourir à des interventions sanglantes, sauf dans un cas.

M. DESTOT. — Je crois que les divergences d'opinions des auteurs viennent de ce qu'on ne s'entend pas sur les cas.

Il faut faire une distinction très nette entre les fractures sus-condyliennes et les fractures du condyle, de la trochlée, de l'épicondyle et de l'épitrochlée.

Toute la thérapeutique doit être basée sur ces distinctions que n'ont pas faites suffisamment les auteurs.

M. GOULLIoud. — Je ne crois pas qu'il faille désespérer de l'avenir du deuxième malade présenté par M. Vignard et dont le coude évidemment est loin de pouvoir être comparé à celui du premier. Mais le temps écoulé n'est pas encore assez long pour pouvoir se prononcer définitivement et il faut avoir la consécration du temps avant de rien entreprendre sur son membre.

M. VIGNARD. — Je suis de l'avis de M. Goullioud, mais je crois aussi, comme M. Destot l'a indiqué, qu'il ne faut pas assimiler les unes aux autres, au point de vue de la thérapeutique, les diverses fractures du coude. Ce que j'ai dit de l'intervention sanglante ne s'applique, dans mon esprit, qu'aux fractures qui intéressent l'articulation primitivement ou secondairement, et dont le fragment échappe en raison de sa mobilité, de son petit volume, aux tentatives de mise en place.

Ces fractures, même bien réduites, laissent des traces dans l'articulation et, à plus forte raison, ce qui arrive souvent quand la réduction est imparfaite.

Il n'en est pas de même pour les sus-condyliennes qui sont extra-articulaires.

Quant au moment de l'intervention, je crois qu'il y a avantage, si on s'y décide, à la faire précoce.

Huit à dix jours après le traumatisme, l'hémorragie est tarie et l'on cueille pour ainsi dire le fragment sans faire aucun délabrement. Si au contraire on opère quatre, six, huit mois après l'ossification ; les plus périostiques sont telles que l'on est amené à faire des résections beaucoup plus étendues, beaucoup plus difficiles, très hémorragiques et qui créent à l'infection de vastes surfaces suintantes et absorbantes.

M. GANGOLPHE. — Je crois en effet que si l'on tient pour l'opération, il vaut mieux la faire très tôt que très tard.

*
* *

RÉSECTION ANAPLASTIQUE DU CALCANÉUM ; SES INDICATIONS.

M. GANGOLPHE. — J'ai l'honneur d'appeler l'attention de la Société sur les services que peut rendre la résection du calcanéum pratiquée dans un but *anaplastique*, en dehors de toute indication tirée de l'état de l'os lui-même.

Voici dans quelles conditions j'ai songé à employer cette résection.

Un homme d'une soixantaine d'années entra dans mon service pour une tumeur mélanique du talon, de la dimension apparente d'une pièce de 5 francs au moins. Je calculai que pour faire une ablation large, il me serait nécessaire de donner un tel périmètre à l'excision et aussi une telle profondeur, que le calcanéum serait dénudé sur une étendue notable, les téguments détruits au point qu'une réunion serait impossible. C'était condamner le patient à l'impotence définitive par ulcération indéfinie du talon.

J'étais conduit à l'idée d'amputation, mais je songeai aussitôt à employer le même artifice opératoire qui m'avait donné d'excellents résultats à la face dans les cas d'extirpation d'épithéliomas extrêmement étendus.

En pareille occurrence j'avais pu, par la suppression de *sailles osseuses* (os malaire, apophyse orbitaire, zygomatique) d'ailleurs saines, mais gênantes, et par la *suture forcée*, obtenir la réunion à peu près totale. Il était tout naturel de songer à supprimer le calcanéum afin de pouvoir obtenir la cicatrisation.

La pièce que je vous présente et sur laquelle on voit le calcanéum et la tumeur *enlevés en bloc*, me dispense d'insister davantage sur la justification de mon opération. Voici les notes prises par mon secrétaire :

Sarcome mélanique du pied.

C'est un homme d'environ 60 ans, facteur à Thizy, qui se présente porteur d'une tumeur siégeant à la face externe du talon droit. L'affection avait débuté en 1901, quatre ans avant son entrée à l'hôpital. Le malade avait vu apparaître, au niveau de son talon droit, une petite ulcération ronde de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Le malade va voir le médecin de Thizy, qui cautérise la plaie. La cautérisation se fait un mois après.

Depuis cette époque, l'ulcération s'est reproduite trois fois ; à la seconde fois, le médecin de Thizy fait une incision cruciale sur la plaie et la brûle. Une plaie se reproduit une troisième fois dans l'année 1904 ; elle est surelevée, sanieuse, non purulente. On sent une tumeur sous jacente, dont M. le Dr Fustier, de Thizy, pratique l'excision.

En deux mois, la plaie est entièrement cicatrisée, le malade reprend son travail. Enfin, il y a un mois environ, en juin 1905, au talon droit et au même endroit que la fois précédente, sur la face externe, le malade

constata l'apparition d'une tumeur de la largeur d'une pièce de 5 francs, aplatie. Cette tumeur a été à peu près de cette largeur dès son début et n'a guère augmenté. Les deux diamètres sont sensiblement égaux vertical et horizontal, de 6 centimètres. La marche est gênée, non douloureuse. Ganglions inguinaux. Ni sucre, ni albumine.

On se trouve donc bien en présence d'une tumeur mélanique. L'ablation de la tumeur doit être, théoriquement, des plus aisées. Le problème thérapeutique et pratique consiste dans l'autoplastie post-opératoire, car il s'agit de combler la perte de substance considérable résultant de l'ablation de la tumeur. Pour ce fait, M. Gango!phe, après avoir très largement circonscrit la tumeur par une incision à distance, continue son incision circulaire, la convertit en raquette, de façon à pouvoir procéder à l'ablation totale du calcanéum. Grâce à cette ablation, on peut aussi obtenir la réunion des lambeaux.

Les suites de l'opération sont très normales ; le malade sort guéri, pouvant marcher sans traces de récurrence deux mois après l'opération.

RÉFLEXIONS. — J'ajouterai que le malade m'a fait donner de ses nouvelles aujourd'hui-même. Il marche avec une canne, ne présente aucune trace de récurrence, aucune plaie.

Cette observation me conduit à préconiser l'extirpation du calcanéum dans les cas si rebelles d'ulcérations suites de brûlures.

La méthode italienne est parfois impossible à appliquer, en raison de l'âge, de l'indocilité ; elle est, en tous cas extrêmement pénible ; on pourrait, j'en suis convaincu, lui substituer une résection anaplastique.

D'une manière générale, on peut donc tirer parti de ces sortes d'interventions en chirurgie conservatrice. Elles méritent de prendre place à côté de certaines interventions préconisées, elles aussi, dans un but de restauration, je fais allusion aux résections diaphysaires faites par Löbker, pour favoriser les sutures tendineuses.

*
* *

DE LA PERTE DES MOUVEMENTS DE PRONATION ET DE SUPINATION DANS LES FRACTURES DE RADIUS.

M. DESTOT. — Les fractures de la diaphyse du radius sont souvent suivies de perte des mouvements de pronation et de supination, alors que les extrémités articulaires paraissent intactes.

Que le siège de la fracture porte sur un point quelconque de la diaphyse, cette complication peut s'observer. Il faut, évidemment faire abstraction des cas où il existe une pseudarthrose ou une fracture des deux os, et je n'ai en vue que les cas simples en apparence, qu'il s'agisse d'une fracture par choc direct, ou par exagération de courbure latérale du radius. Deux facteurs interviennent pour amener cette complication :

1° L'ascension du fragment inférieur, dont l'extrémité supérieure se porte en dedans et en arrière du côté cubital, tandis que l'extrémité inférieure remonte et bascule de telle façon que l'articulation radio-cubitale inférieure ne présente plus la même orientation dans ses surfaces articulaires. De là la douleur spinale du poignet bien plus vive qu'au niveau du foyer de fracture.

2° La rotation du radius sur son axe, tenant à un vice de position donné dans le plâtre. En effet, tandis que le fragment supérieur, entraîné par la contraction du biceps, se met en supination, le fragment inférieur, mis en demi-pronation, est décalé par rapport au fragment supérieur, et lorsque le malade sort du plâtre, ses mouvements de pronation et de supination ne peuvent plus s'exécuter. Les deux facteurs sont réunis ou isolés. J'ai vu des cas dans lesquels la fracture du radius avait été méconnue, où il n'existait aucun déplacement en hauteur, où les fragments étaient bout à bout très exactement, et où cependant la perte des mouvements de pronation tenaient à cette rotation sur l'axe, dans le foyer de fracture.

Ces malades guérissent par l'ostéotomie pratiquée sur le fragment inférieur ou dans le cal même, et tout le traitement consiste à remettre le membre en supination et à l'y fixer.

Il faut être averti de cette complication, que j'ai déjà étudiée dans la thèse de Lamouche (1898). Elle n'a pas pour origine l'espace interosseux, non plus que la soudure des fragments du radius ou cubitus. La radiographie a fait justice de cette explication, qui est exceptionnelle, alors que le mécanisme indiqué se voit assez fréquemment.

Ma dernière observation a trait à un jeune homme de 20 ans, qui me fut adressé pour un poignet, dont il se plaignait beaucoup, et le médecin, obnubilé par cette localisation douloureuse, n'avait pas vu la fracture du radius au tiers moyen. Le blessé n'avait pas été traité et avait porté sa main en demi-

pronation dans une écharpe. Les mouvements de pronation et de supination avaient disparu, et ce seul signe, en l'absence de gonflement du poignet, suffisait à faire chercher la fracture du radius; celle-ci, bien consolidée, n'avait pas un cal bien sensible sous les masses musculaires de l'avant-bras; l'espace interosseux était conservé.

Il faut donc toujours, dans les fractures isolées du corps du radius, être prévenu de cette éventualité, et l'appareil plâtré ne doit être placé qu'après réduction par traction et l'avant-bras en supination. De cette façon, on évite l'ennui d'une opération itérative, et ce n'est pas un mince désagrément de voir sortir du plâtre une fracture bien consolidée, mais vicieuse au point d'exiger une intervention.

M. GANGOLPHE. — Je me souviens d'avoir vu un cas de fracture du radius à la partie moyenne, avec impossibilité de la supination. Ce cas rappelait ceux auxquels M. Destot vient de faire allusion.

M. Molin fit une ostéotomie qui fut suivie de succès.

M. Gangolphe apportera l'observation à la Société de chirurgie.

M. DURAND cite un cas où les mouvements de pronation et de supination étaient gênés par l'hypertrophie du cal, mécanisme invoqué jadis.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 7 décembre 1905.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

FRACTURE SPONTANÉE DU COL DU FÉMUR CHEZ UN GARÇON
DE 15 ANS ; RAPPORT DE CES LÉSIONS AVEC LES FAITS
GROUPÉS SOUS LE NOM DE COXA VARA.

M. GANGOLPHE. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade entré dans mon service pour une fracture du col du fémur, survenue dans des conditions tout à fait exceptionnelles.

Le 1^{er} janvier 1904, ce garçon, en parfaite santé jusqu'alors, revenait à son village, accompagné par son père. Tous deux suivaient un sentier assez étroit, mais égal, le père précédant le fils. Tout d'un coup, n'entendant plus le pas de ce dernier, le père se retourna et aperçut son fils immobile, debout, criant qu'il ne pouvait plus avancer, que sa jambe gauche lui faisait mal. Revenant sur ses pas, il chargea le jeune homme sur ses épaules et le ramena chez lui. Quelques jours après il était dirigé sur mon service. Voici du reste, l'observation :

Pas d'antécédents héréditaires; rougeole dans l'enfance. Hypertrophie des amygdales. Ablation de l'amygdale droite.

Début. Vers le milieu de décembre, un peu de boiterie seulement, remarquée des parents. L'enfant avait seulement observé un peu d'engourdissement de la jambe, le soir, et une fatigue plus marquée.

Le malade se promenait avec son père, le 1^{er} janvier, lorsqu'il ressentit subitement une violente douleur sur le cou-de-pied et dans la hanche

gauche. Il reste debout, ne peut faire un pas et se met à crier. Son père, qui marchait en avant, se retourne et vient à son aide. Il le charge sur ses épaules et l'emporte chez lui. Dans ce transport, les moindres secousses font crier le malade.

Les parents font venir le docteur, puis le rhabilleur.

Le Dr Denier ensuite pense à une coxalgie.

Le 20 janvier, on le transporte à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, on constate l'état suivant : Le sujet étant dans le décubitus dorsal sur un plan résistant, le membre inférieur gauche paraît raccourci, la pointe du pied légèrement tournée en dehors, il n'existe aucune ensellure lombaire. Impotence fonctionnelle absolue. Les mouvements imprimés au fémur entraînent absolument le bassin et provoquent des douleurs pour peu qu'on les exerce avec force. La pression est douloureuse au niveau du pli de l'aîne. On sent au-dessous et en dedans de l'épine iliaque antéro-inférieure un corps dur qui donne l'impression de la tête fémorale. Le grand trochanter paraît plus haut, dépasse, en effet, la ligne du Nelaton-Roser. La mensuration faite entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le trochanter donne environ 2 cent. 5 de moins que du côté sain. La mensuration prise de l'épine iliaque supérieure à la malléole externe donne un raccourcissement de 3 à 4 centimètres.

Les deux pieds présentent l'aspect des pieds creux ; mais le pied gauche surtout est remarquable par l'exagération de sa cambrure, l'attitude en griffe des orteils et l'atrophie, qui est au moins de 2 cent. 5 dans le grand diamètre du pied. Notons en passant, que ni le sujet ni ses parents ne se sont jamais aperçus de cette différence entre les deux pieds et que le cordonnier n'a jamais fait de remarques. Il n'y a aucun signe de paralysie des groupes musculaires de la jambe et du pied. Nous n'avons pu obtenir aucun renseignement sur ces pieds creux. Le sujet aurait marché à l'âge de 16 ou 18 mois.

On porte le diagnostic de fracture du col, la radiographie le confirme absolument. Le sujet est immobilisé dans une grande gouttière.

7 février 1904. Le malade peut détacher le talon du lit.

Quelques temps après il quitte le service pourvu d'un tuteur.

23 octobre. On constate que le sujet est en très bon état et marche toute la journée sans douleur. On décide de supprimer l'emploi du tuteur.

8 décembre 1905. Nous revoyons le malade dans des conditions très satisfaisantes.

Il travaille toute la journée sans difficulté. Depuis quelque temps il peut lacer son soulier, ce qui jusqu'alors était impossible.

Le membre inférieur paraît toujours aussi raccourci. La mensuration prise du bord supérieur du grand trochanter au bord inférieur du condyle externe donne des résultats identiques, tandis que la mensuration prise

de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe donne 89 centimètres du côté malade, 94 cent. du côté sain.

Le périmètre des deux cuisses indique une différence de 3 centimètres en moins pour le membre malade.

Le périmètre des deux jambes est identique.

Ayant redemandé des renseignements sur le pied creux constaté à gauche, nous n'obtenons rien; il n'existe, à coup sûr, aucun signe de paralysie musculaire; la colonne vertébrale est intacte, ainsi que le reste du squelette.

Aujourd'hui le malade détache facilement le talon du plan du lit. Il y a un enraidissement considérable de la hanche. Les mouvements d'abduction, flexion, adduction et rotation entraînent le bassin.

Le membre inférieur paraît légèrement éversé en dehors, sans adduction marquée.

RÉFLEXIONS. — Les faits de fractures du col du fémur chez de jeunes sujets sont connus, quoique très rares. D'après les publications de Kirmisson et Jouon (*Revue d'orthopédie*, 1902), on aurait parfois noté un traumatisme très léger, tel un saut, un grand écart, une chute sur le siège, une bousculade. Il est impossible d'admettre que chez ces jeunes sujets il n'y avait pas une prédisposition anatomique, ou décollement épiphysaire. Mais cette prédisposition apparaît indubitable chez notre malade. L'interrogatoire répété ne m'a pas permis de préciser la cause de cette fragilité du col. Peut-être peut-on songer, en raison du pied creux essentiel constaté du même côté, qu'il y avait là une circonstance favorable. Notons que, d'après la statistique de Poland, le maximum de fréquence des fractures est entre 14 et 18 ans, notre malade en avait 15. J'arrive maintenant à vous parler des rapports que peuvent présenter de telles lésions avec la collectivité pathologique dénommée coxa vara.

Est-il juste de substituer un terme aussi vague que celui de coxa vara post-traumatique à la dénomination de fracture du col du fémur? L'emploi de néologisme n'a jamais fait qu'apporter de la confusion dans les idées. C'est, du reste, l'avis de la plupart des auteurs et le démembrement complet de la collectivité susdite, coxa vara, ne tardera pas sans doute à se faire. Il restera sans doute, seulement sous ce titre, les faits appelés coxa vara essentielle. Peut-être même, pourrait-on se demander avec Sprengel, si une diminution spontanée et progressive de l'angle d'inclinaison du col ne pourrait pas être

la cause de cette fragilité si grande du col chez certains sujets. En tout cas, il nous paraît inutile d'étiquetter notre observation autrement que fracture spontanée du col du fémur.

M. NOVÉ-JOSSERAND. — J'ai vu trois cas de coxa vara d'origine traumatique, et dans les trois cas la chute avait eu lieu les jambes écartées.

M. BÉRARD. — Dans ces cas, ce qu'il y a de curieux, c'est qu'on voit parfois de l'allongement réel du côté du membre, du fait de l'engrènement particulier des fragments.

M. DURAND. — Les cas analogues à celui de M. Gangolphe peuvent peut-être bien expliquer les coxa vara de cause inconnue.

M. DESTOT. — J'ai vu le cas d'une petite fille ayant une fracture du col par chute, les jambes écartées et qui avait de l'allongement comme le signale M. Bérard.

*
* *

DEUX CAS DE CHIRURGIE URINAIRE.

M. NOVÉ-JOSSERAND communique les deux cas suivants :

1° *Hypospadias.*

D..., 6 ans. Hypospadias pénien. L'orifice anormal siège au milieu de l'urètre pénien. Le gland est bien formé, pas d'incurvation ni de palmure de la verge.

Une tentative de restauration au moyen du prépuce n'avait pas abouti à autre chose qu'à mettre au devant du méat hypospade une sorte de jabot cutané, ouvert en avant et en arrière et incapable de remplir la fonction d'un canal.

14 novembre 1904. Excision de ce lambeau préputial. On dissèque l'urètre sur une longueur de 2 centimètres et on ferme son extrémité avec deux points de catgut fin, puis par une ligature en masse avec un fin tendon de renne. Puis on enfouit profondément l'urètre et on suture au devant de lui les plans fibreux sous-cutanés et la peau.

Dans la même séance on ouvre l'urètre au périnée, on suture la muqueuse à la peau sur une longueur de 2 centimètres, et par là on introduit une sonde à demeure.

Réunion *per primam*.

16 février 1905. On agrandit la partie antérieure de la fistule périnéale. Par là, on introduit un trocart qui suit d'abord le segment antérieur de l'urètre jusqu'à son extrémité, puis che-

mine dans le tissu sous-cutané jusqu'au gland qu'il traverse pour sortir à la place du méat normal.

On taille sur la cuisse une greffe d'Ollier qui est fixée sur une sonde par des points de catgut et introduite dans le canal creusé par le trocart.

22 février. L'enfant présente un fort accès de fièvre; on défait le pansement et on trouve un abcès qui s'est ouvert sur le côté gauche de la verge à la partie moyenne du nouveau canal.

On retire la sonde porte-greffe.

La fièvre tombe le lendemain.

Le 23, on passe une petite sonde qui est laissée à demeure pour repérer le trajet du canal. Au niveau de l'abcès il s'est fait une fistule assez large qui laisse sourdre un peu de pus provenant d'un décollement pas très étendu autour du nouvel urètre. Cette suppuration persiste jusqu'au 3 mars.

A partir du 6 mars on fait le cathérisme avec une sonde armée, régulièrement en laissant une sonde à demeure un jour sur trois. Le cathétérisme devient de plus en plus facile.

Le 10 juillet, le calibrage de l'urètre paraît terminé. On ferme la fistule par deux points de suture.

Dans le même temps, on dissèque la muqueuse sur les bords de la fistule périnéale et on réunit par deux points de suture.

Actuellement les fistules sont bien fermées. Le canal fonctionne normalement. Il n'a aucune tendance à se rétrécir bien que les cathétérismes ne soient plus faits qu'une fois par mois environ.

2° Chute sur le périnée et rupture de l'urètre.

G..., 11 ans, 18 juin 1904. Chute sur le périnée. Intervention immédiate par le chirurgien de garde (D^r Pinatelle) qui rechercha le bout postérieur et mit une sonde à demeure. Deux jours après fièvre et symptômes d'infection vésicale obligeant à enlever la sonde.

Le 29 juin. On rechercha à nouveau le bout postérieur et on mit une sonde à demeure. Elle est aussi mal tolérée et doit être retirée le 4 juillet.

Les essais de cathétérisme échouent, la sonde se perdant dans le tissu cicatriciel du périnée.

30 juillet. La rétraction cicatricielle occasionne de la rétention d'urine avec signes d'infection vésicale. On recherche et on dilate le bout postérieur et on met une sonde à demeure.

28 septembre. Urétroplastie. On ouvre le périnée. On retrouve facilement le bout antérieur repéré par une sonde. La recherche du bout supérieur est difficile; on parvient cependant à le trouver. Il est rétréci, admettant à peine l'extrémité d'un stylet et se trouve tout près de l'anus. Entre les deux bouts de l'urètre, masse de tissu cicatriciel, longueur 3 centimètres, sans aucune trace de muqueuse. Après avoir enlevé tout le tissu cicatriciel possible, en présence de l'impossibilité de suturer les deux bouts de l'urètre, on fait une urétroplastie en taillant un lambeau cutané sur le bord de la plaie, et en l'enfouissant profondément au-dessous de la sonde à demeure.

On laisse la plaie se refermer par seconde intention, et le 11 octobre cette fermeture est à peu près complète, sauf une fistulette de la partie antérieure vers le pédicule du lambeau.

A partir de ce moment on chercha à cathétériser le nouvel urètre mais on se heurta à une impossibilité absolue de passer de l'urètre antérieur dans le postérieur. Une fois, après des essais laborieux on parvint à passer une sonde qui fut laissée à demeure; mais après son ablation les difficultés reparurent au même degré. On découvre alors de nouveau l'urètre postérieur dont on trouve l'orifice rétréci, cicatriciel, admettant à peine un stylet.

Alors, sur les conseils et avec l'aide de M. Rodet, on fit l'intervention suivante le 1^{er} février 1905 :

L'urètre est largement ouvert sur toute la longueur du périnée. On constate que la portion du canal formée par le lambeau autoplastique remplit très bien sa fonction, il est toutefois un peu large et d'aspect irrégulier. L'urètre postérieur s'abouche avec lui en faisant une légère coudure qui occasionne un éperon assez prononcé. Sa muqueuse se continue avec le nouveau canal, mais il est enserré par du tissu cicatriciel qui s'étend profondément en arrière et sur les côtés. On incise largement ce tissu, puis on suture l'urètre antérieur à l'urètre postérieur par un plan muqueux au catgut, et un plan fibreux à la soie. Sonde à demeure sortant par le périnée. Petite bougie à demeure dans l'urètre antérieur.

Le 6 février, on enlève la petite sonde de l'urètre antérieur. Le 8, on passe une sonde par l'urètre antérieur jusque dans la vessie et on la laisse à demeure.

16 février. On enlève la sonde à demeure et on commence le cathétérisme avec une sonde métallique. Au début, le passage de la sonde offre quelques difficultés que l'on surmonte en se guidant à l'aide du doigt introduit dans le rectum. Le cathétérisme devient de plus en plus facile, et depuis longtemps on le fait seulement une fois par mois. Le canal fonctionne bien et il n'a pas de tendance à se rétrécir.

10 octobre. On ferme la fistulette qui persistait à la partie antérieure du périnée.

Aujourd'hui le malade est complètement guéri.

*
**

GROSSESSE TUBAIRE ET PYOSALPINX ; RUPTURE DE LA PO-
CHE TUBAIRE AU COURS DE L'ANESTHÉSIE ; CASTRATION
ABDOMINALE ; GUÉRISON.

M. BÉRARD. — On a signalé déjà un certain nombre de ruptures spontanées de pyosalpinx et de kystes de l'ovaire, notamment de kystes dermoïdes suppurés, au cours de l'anesthésie ou des préparatifs de la laparotomie (lavages de la paroi un peu énergiques, mise en position de Trendelenbourg). Moins souvent on a rapporté des ruptures de grossesse tubaire, ou plutôt des hémorragies abondantes des gros plexus veineux de la trompe gravide, sur la table d'opération, au moment même où l'on allait pratiquer l'ablation par voie abdominale de cette trompe : cette coïncidence m'a engagé à communiquer le cas suivant, qui pourra en outre apporter quelques documents à la pathogénie des hématocèles pelviennes.

OBSERVATION.

La malade est une femme de 27 ans, sans antécédents pathologiques intéressants ; mariée, mère de deux enfants de 10 et de 8 ans, et n'ayant pas eu de fausses couches.

Souffrant depuis plusieurs mois de douleurs abdominales, surtout dans la fosse iliaque et le pelvis à gauche, elle avait eu vraisemblablement de ce côté de récentes poussées d'annexite.

Au mois d'août, après des règles moins abondantes, mais plus prolongées que d'habitude, elle s'était mise à souffrir également du côté droit,

spontanément et à l'occasion de chaque effort. En septembre, exacerbation de douleurs à l'occasion de la période menstruelle, persistance d'un écoulement rosé; et depuis, impotence à peu près absolue du fait de la constance des douleurs à droite.

A l'entrée dans le service, cette femme est assez pâle; elle accuse un peu d'amaigrissement et d'anorexie. Elle n'a jamais eu de vomissements, ni de troubles digestifs ou urinaires. Rien au poumon ni au cœur. Température: 38, 38°,4. Le ventre est un peu ballonné, mais sans zone de matité. Les douleurs à la palpation sont accusées au-dessus de chacune des arcades de Fallope, avec prédominance à droite, sans que l'appendice doive être mis en cause.

Le toucher décèle un utérus un peu gros, avec col mou; le fond est reporté vers la gauche, où l'on sent des annexes prolabées, douloureuses et augmentées de volume. A droite, on délimite facilement une masse arrondie, assez mobile, du volume d'une tête de fœtus à sept mois, assez distante du cul-de-sac pour que l'on songe à l'aborder plutôt par l'abdomen que par le vagin.

Pas de petits signes de la grossesse. Néanmoins, on laisse le diagnostic hésitant entre pyosalpinx double (à cause des douleurs et de la température) et grossesse tubaire droite avec annexite gauche. En toute hypothèse, la laparotomie semble indiquée, car le repos au lit et les injections chaudes n'ont amené aucune modification des signes fonctionnels et du toucher.

Avant d'intervenir, et après la toilette faite, on contrôle que la grosse collection droite est toujours mobile et libre. La malade endormie, mêmes sensations; on la met donc en position de Trendelenbourg. A l'incision de la paroi, le péritoine apparaît par transparence fortement teinté de rouge, comme si une hémorragie se produisait dans la grande séreuse. La malade est aussitôt remise en position horizontale, le péritoine ouvert, tamponné avec de larges compresses: une hémorragie de sang noir assez abondante vient des annexes droites qui sont amenées facilement dans la plaie et saisies entre deux pinces. Le sang jaillit d'un kyste tubaire foetal fissuré, et surtout des gros sinus veineux de ce kyste, vers le bord droit de l'utérus.

L'hémostase faite, on se rend compte qu'il s'agit d'une grossesse de la trompe droite, du volume des deux poings, avec des caillots anciens dans la poche, qui proviennent d'un avortement tubaire antérieur. Sans doute l'avortement tubaire s'est réalisé au moment de la recrudescence des hémorragies et des douleurs au mois de septembre.

Les intestins sont asséchés soigneusement, mis à l'abri de compresses, et la malade replacée en Trendelenbourg. A gauche et en arrière de l'utérus, un pyosalpinx allongé occupe le Douglas. On pratique d'abord l'ablation des annexes des deux côtés; mais alors tout le ligament large droit apparaît occupé par des sinus veineux béants, quelques-uns ouverts

au ras de l'utérus, et même dans le pelvis à quelque distance de la trompe gravide. Il faut donc, pour réaliser une hémostase satisfaisante, pratiquer l'hystérectomie subtotale, ce qui est fait sans difficulté. Le suintement veineux persiste néanmoins : en plusieurs points le ligament large continue de saigner, malgré plusieurs ligatures et sutures hémostatiques, qui tiennent mal sur ces tissus friables. On termine en laissant une pince languette à demeure entourée d'un Mikulicz avec drain.

Suites simples, malgré une hémorragie veineuse par le pédicule, le troisième jour, le lendemain de l'ablation de la pince. Aujourd'hui la malade est complètement guérie.

Les deux points à retenir dans cette observation nous semblent donc :

1° Rupture à la fois du kyste foetal tubaire et des sinus veineux du ligament large droit, qui étaient très distendus, très minces de parois, très friables, recouverts seulement par le revêtement péritonéal du ligament large.

2° Ainsi que nous l'avions déjà montré sur une pièce de grossesse tubaire avec hématocele, sans rupture apparente de la paroi de la trompe (Société de Chirurgie de Lyon, 1902), il y a lieu d'admettre que, dans l'hématocele pelvienne, l'hémorragie peut venir non seulement des parois tubaires déchirées et des villosités, mais également des sinus veineux du ligament large, parfois très distendus et à parois très minces, très friables, comme dans notre observation d'aujourd'hui.

*
* *

PYO-SALPINX TUBERCULEUX BILATÉTAL
SALPINGECTOMIE DOUBLE.

M. PATEL. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de mon maître, le professeur Jaboulay, un double pyo-salpinx tuberculeux, survenu et extirpé dans des circonstances particulièrement intéressantes.

Il s'agissait d'un jeune fille de vingt-cinq ans, qui ne comptait dans ses antécédents pathologiques que des amygdalites à répétition ; elle présentait quelques irrégularités, du reste peu marquées, dans la menstruation.

Ses parents sont bien portants ; un de ses frères avait eu, quelques années auparavant, une broncho-pneumonie, et à la suite de laquelle il devint nettement tuberculeux ; il a même présenté à un moment, des signes de cystite, assez rebelle, sans blennorragie antérieure ; actuelle-

ment, ce jeune homme se maintient au point de vue de son état général ; mais les signes pulmonaires persistent.

Au mois d'août 1904, la malade ressentit, à l'occasion d'un léger traumatisme, une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite ; c'est alors que le médecin de la famille, le Dr Métra, constata une tuméfaction abdominale volumineuse et porta le diagnostic de kyste de l'ovaire.

La malade fut opérée au mois de septembre 1904, par M. Jaboulay.

La tumeur abdominale, qui était visible à la simple inspection, remontait jusqu'à l'ombilic. Elle était rénitente et mobile sur les plans profonds ; toutes ces manœuvres de palpation étaient indolentes. La matité était complète en avant ; les flancs étaient sonores.

Le toucher vaginal permettait de se rendre compte d'une légère ascension de l'utérus ; les culs-de-sac étaient libres, non douloureux. Les mouvements imprimés à la tumeur ne se communiquaient que partiellement à l'utérus.

Après l'ouverture du péritoine, on peut reconnaître la présence de deux tuméfactions volumineuses, fusiformes, à grosse extrémité supérieure, dirigée vers l'ombilic, à extrémité très effilée, tenant à l'utérus ; ces deux tumeurs se juxtaposaient sur la ligne médiane et l'ensemble réalisait absolument une masse sphérique, qui en avait imposé pour un kyste de l'ovaire. En réalité, on vit qu'il s'agissait de deux trompes, énormément et également dilatées, semblant s'être redressées vers l'ombilic.

Il n'y avait aucune adhérence ; les ovaires étaient un peu entraînés par les trompes vers la partie supérieure de la fosse iliaque interne. Aucune granulation sur le péritoine qui était simplement congestionné.

Deux ligatures furent placées au niveau de l'insertion utérine, remarquable par sa gracilité ; deux autres permirent de séparer l'ovaire de la trompe.

En somme, les trompes seules furent enlevées. L'abdomen fut reformé complètement ; la guérison opératoire était complète au bout de huit jours.

Les trompes extirpées contenaient chacune plus d'un demi-litre de pus verdâtre, très épais, présentant absolument les caractères du pus d'accès froid. Les pavillons des trompes étaient entièrement oblitérés et le pus s'était collecté principalement dans la partie externe de la trompe. Un cobaye, inoculé avec le pus recueilli, devient très rapidement tuberculeux.

La malade est actuellement en bonne santé ; elle a engraisé de 6 kilogrammes et ne se plaint d'aucun trouble. Ses règles ne sont pas apparues pendant quelques mois ; depuis quelques mois, elle reviennent régulièrement, peu abondantes cependant.

Cette observation est remarquable par la localisation très limitée des lésions tuberculeuses, au niveau des trompes, ainsi que par le peu de troubles fonctionnels et généraux déterminés par la présence d'une suppuration pelvienne aussi abondante.

Il s'agit de véritables *abcès froids tubaires*, suivant l'expression employée par M. Albertin (1) pour un cas à peu près analogue. Il semble que les trompes ont été envahies en premier lieu, et que l'infection y soit demeurée localisée. Une castration complète eût été inutile ; et l'ablation du seul foyer malade a procuré un résultat excellent au point de vue général, puisqu'aucune manifestation tuberculeuse n'est apparue, et aussi, au point de vue fonctionnel, puisque la malade, malgré l'absence de trompes, est réglée régulièrement.

*
**

GUÉRISON D'UNE SEPTICÉMIE PUERPÉRALE PAR ABCÈS
DE FIXATION.

M. VINCENT fait part d'un cas qu'il vient d'observer et qui a trait à une accouchée en pleine fièvre puerpérale. Cette pyohémie était survenue à la suite de l'examen de la malade avec le doigt enduit d'une pommade de parfumeur dite antiseptique.

M. Vincent fit un abcès de fixation qui aboutit à suppuration. Et il pratiqua, l'état général restant mauvais, jusqu'à trente piqûres de térébenthine.

Le thorax de la malade était transformé en deux énormes poches mammaires suppurées. Il en était de même aux cuisses où en outre on avait pratiqué des injections de sérum qui avaient été aussi un point d'appel pour la suppuration.

Cependant, l'état général s'améliorait de jour en jour. Les abcès furent ouverts aussi tardivement que possible et la suppuration se tarit avec une remarquable rapidité. Actuellement, la malade est guérie totalement, accouchée d'un autre enfant, et les abcès n'ont laissé aucune trace. C'est aux abcès de fixation qu'il faut rattacher la guérison de cette malade, et son observation constitue pour ainsi dire un hommage à la méthode de M. Fochier.

(1) R. LERICHE. Pio-salpinx tuberculeux bilatéral, *Soc. des Sciences médicales*, 14 mai 1905.

Séance du 14 décembre 1905.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

M. VINCENT rend compte d'une demande qu'il a faite à l'Administration concernant l'installation d'un négativoscope, caisse en sapin dans laquelle brûlent trois lampes électriques. La paroi antérieure de la caisse est occupée par un verre dépoli au devant duquel est placé le cliché radiographique. Le coût de l'appareil peut varier entre 10 et 20 fr.

L'Administration a refusé de faire une dépense pareille, et a jugé que le fait d'abandonner une de ses salles aux délibérations de la Société constitue un don suffisant.

*
* *

M. GAYET demande également qu'il y ait dans la salle un lit sur lequel on puisse faire étendre certains malades qu'il n'est possible d'examiner avec intérêt et avec fruit que dans cette position.

*
* *

M. VINCENT lit une lettre du Président de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Lyon, invitant les membres de la Société à la séance solennelle du 19 décembre 1905.

*
* *

RADIOGRAPHIE D'UNE FRACTURE SPONTANÉE DU COL
DU FÉMUR.

M. GANGOLPHE présente la radiographie du malade dont il a relaté l'observation dans la séance précédente.

Cette radiographie démontre nettement qu'il s'agissait bien d'une fracture du col et non pas d'une coxalgie, diagnostic avec lequel le malade avait été envoyé à l'hôpital.

M. Gangolphe relate d'une façon précise les circonstances dans lesquelles la fracture est survenue. Celle-ci montrait bien qu'il s'est agi d'une véritable fracture spontanée sans le plus petit traumatisme.

Des recherches bibliographiques ont permis à M. Gangolphe de retrouver des cas analogues, mais dans aucun cas on n'a vu une absence aussi totale de traumatisme. Presque toujours il y a une petite chute, un bruit quelconque.

La statistique de Jouan a montré à M. Gangolphe que presque tous les cas signalés concernent des adolescents de l'âge du malade de M. Gangolphe.

M. Gangolphe proteste contre les expressions de coxa vara traumatique, coxalgie, etc. Ces expressions créent une véritable confusion contre laquelle il faut réagir.

Est-il vrai, comme l'ont dit certains auteurs, que l'on peut observer une déformation du col, une altération du tissu osseux, d'origine inconnue, altération essentielle pour ainsi dire qui constituerait une coxa vara prédisposant à la fracture ?

En d'autres termes, la coxa vara serait-elle primitive, diminuant l'angle du col et créant un état qui prédisposerait à la fracture ? Question à réserver.

M. Gangolphe s'élève vivement contre les interventions chirurgicales qui par certains opérateurs ont été dirigées contre les fractures du col ? Il estime qu'elles constituent des imprudences et ne peuvent qu'aggraver les résultats d'une fracture du col.

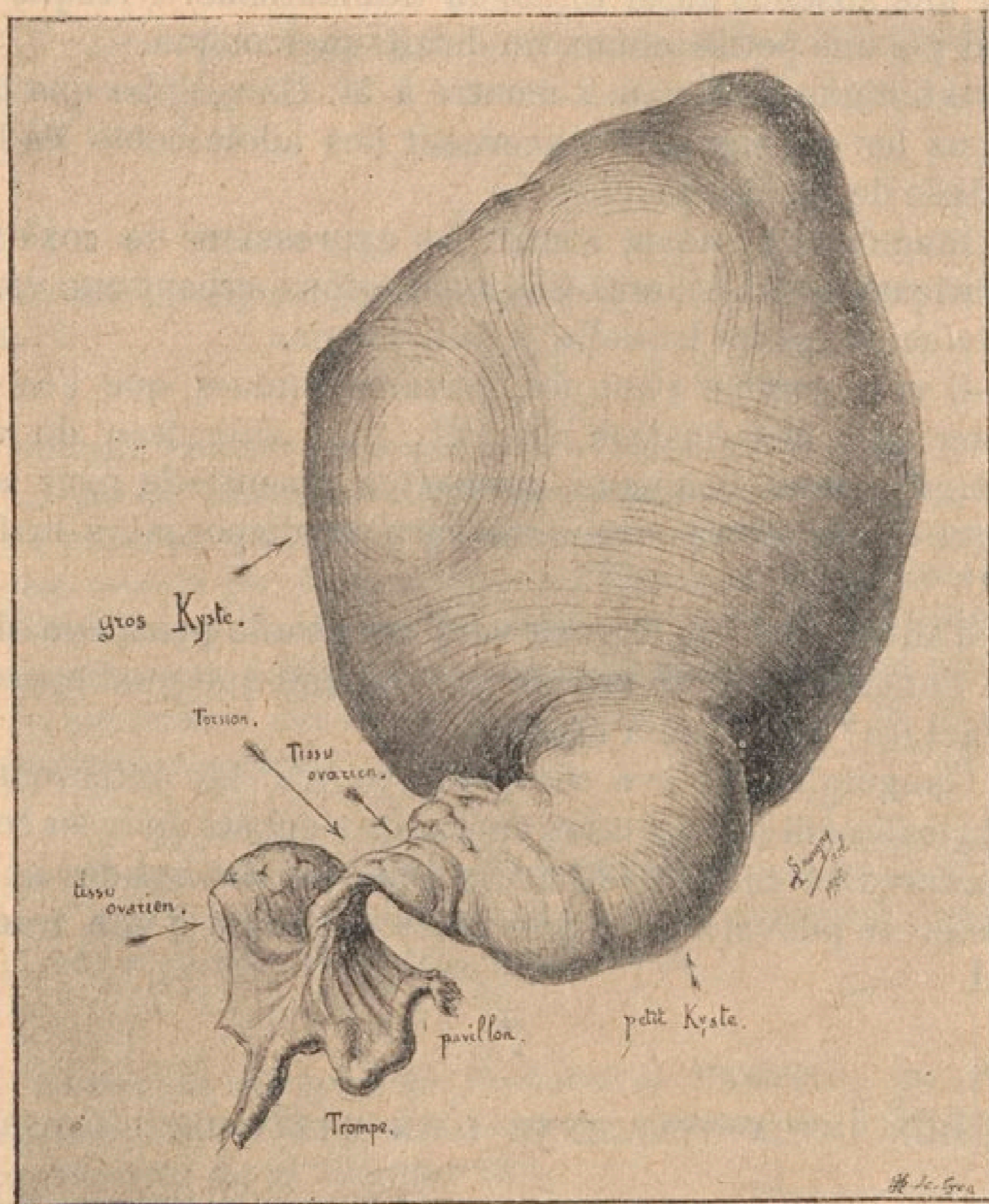
*
**

TORSION INTRA-OVARIENNE D'UN KYSTE DE L'OVAIRE.

M. GOULLIoud. — La torsion des kystes de l'ovaire est un accident banal, tant il est fréquent. Les torsions, interceptant complètement la circulation, donnent les formes graves ; les torsions incomplètes occasionnent seulement quelques douleurs et déterminent un peu d'ascite.

Nous venons d'observer un cas de torsion d'un kyste peu volumineux qui nous a présenté un détail anatomo-pathologique d'un certain intérêt, ce qui nous fait vous présenter cette pièce.

Ce kyste, du volume d'une tête foetale, s'était développé à l'extrémité d'un ovaire [qui, au lieu d'avoir la forme d'une amande, avait plutôt la forme allongée d'une gousse de pois. Aussi, le point de torsion, au lieu de siéger au-dessous de l'ovaire, s'est-il produit à la base du kyste lui-même et au



milieu de l'ovaire. Il est très net qu'une moitié de l'ovaire est restée en deçà du point de torsion, et a gardé ses rapports normaux avec les divers éléments du ligament large. La torsion incomplète ne s'était accompagnée d'aucune adhérence, mais seulement d'un léger épanchement ascitique.

Si l'on avait sectionné le pédicule au niveau du point de torsion, ce qu'on fait généralement, on aurait laissé la moitié

de l'ovaire et on aurait pu voir survenir du même côté un nouveau kyste ovarien.

C'est probablement ce qui est arrivé chez une autre de nos malades.

Il s'agissait d'une jeune fille qui avait été opérée au mois de novembre 1904 d'un kyste de l'ovaire droit, qui avait présenté une torsion. Il y avait de nombreuses adhérences, telles même qu'une anse adhérente dans le pelvis et coudée en canon de fusil ne put être détachée, et que pour éviter des chances possibles de coudure et d'occlusion, on fit une anastomose entre ses deux branches à titre prophylactique.

Cette jeune fille nous est revenue avec un kyste de l'ovaire droit en partie sous-péritonéal, ou plutôt développé sous un voile d'adhérences et présentant les mêmes caractères anatomo-pathologiques que le premier kyste. Plusieurs hypothèses sont possibles, mais la plus probable serait que la torsion du premier kyste ait partagé l'ovaire en deux segments, comme dans la pièce présentée, et que le second kyste se soit développé dans un segment de l'ovaire laissé dans les adhérences nombreuses qui s'étaient formées autour du kyste tordu.

M. BÉRARD. — Ces torsions des tumeurs utérines ou annexielles apparaissent comme très fréquentes, maintenant qu'on en connaît bien les symptômes. M. Auguste Pollosson nous disait récemment avoir opéré six hydrosalpinx ou kystes tordus en moins d'un mois.

Personnellement, après la torsion de la grosse tumeur végétante de l'ovaire que je vous ai présentée à la fin du mois de novembre, j'ai opéré il y a dix jours un autre kyste ovarique, tordu déjà depuis deux semaines, et dont le diagnostic s'était imposé à l'examen (douleurs brusques, lipothymie, persistance dans la fosse iliaque et le flanc gauches d'une masse douloureuse, rénitente, etc.).

Ce dernier cas était compliqué d'une hémorragie intrapéritonéale par rupture du kyste, si bien qu'après l'ablation de la tumeur, elle-même distendue par des caillots, il fallait évacuer au-dessous de cette première poche, une deuxième collection, réunie à la première par une sorte de goulot, et constituée par des caillots enkystés au milieu des anses intestinales, en arrière de l'ombilic. Comme la couche la plus superficielle de ces caillots était très adhérente aux anses intestinales, il fallut renoncer à une toilette absolument complète du péritoine et terminer par un petit tamponnement. La malade est actuellement en bonne voie de guérison.

*
* *

FISTULE VÉSICO-VAGINALE.

M. VINCENT rapporte le cas suivant :

Il s'agissait d'une femme présentant une fistule vésico-vaginale punctiforme en avant de la région du trigone, à quelques centimètres en arrière du méat urinaire.

On soupçonnait un néoplasme, mais il n'en existait aucune trace. Ce que démontra un examen complet sous anesthésie.

M. Vincent crut alors avoir affaire à une perforation traumatique. Il pratiqua une incision vésicale et trouva dans la vessie des masses végétantes qu'il ramena à la curette et qui lui parurent être de nature papillomateuse. Il pratiqua ensuite une suture depuis le méat jusqu'au trigone.

Mais la suture ne tint pas, comme M. Vincent le supposait, en raison de l'altération du fond de la vessie. Il eut alors la pensée de laisser l'orifice tel qu'il était et d'abaisser le bas fond de la vessie jusqu'au niveau de la paroi postérieure du vagin. Il n'y a pas donné suite. Il a repoussé en arrière la partie antérieure de la vessie, raccourcissant ainsi le canal et enfonçant le méat, de telle sorte que les urines ne coulent plus sur le col de l'utérus, mais dans la partie antérieure de la vessie

Il demande s'il n'aurait pas mieux fait de faire du vagin une vessie de circonstance par la fermeture de celui-ci par l'oblitération de la vulve.

Il demande aux membres de la Société s'ils ont connaissance d'opérations semblables pratiquées en France.

M. DURAND demande pourquoi M. Vincent a abordé la vessie par fente de la paroi inférieure de l'urètre, plutôt que par la taille vaginale, ou mieux encore par la voie sus-pubienne.

Quant à l'occlusion vulvaire, c'est une très mauvaise opération, si j'en crois le seul cas que j'aie pu observer. J'ai vu autrefois une malade à qui M. Ollier avait pratiqué cette intervention. Le vagin, la cavité utérine elle-même et toute la vessie étaient absolument remplies par une masse calculuse : la malade avait une cystite très intense et souffrait d'effroyables et constantes douleurs.

M. ROCHET estime qu'il y a dans la communication de M. Vincent deux choses à considérer :

1° La tumeur, qui paraît bien être un cancer, car il est rare que des papillomes bénins soient perforants.

2° L'intervention que M. Rochet eût préféré faire par la voie hypogastrique et les rapports de la tumeur surtout avec les uretères.

En tous cas il ne croit pas qu'actuellement il y ait lieu de tenter la fermeture de la fistule, car il est peu probable que la tumeur ait été enlevée assez complètement. Il n'est pas partisan de la fermeture du vagin.

Peut-être pourrait-on faire un abouchement des uretères dans le rectum.

Cependant il s'agirait là d'un traumatisme grave chez une malade cancéreuse et peut-être disproportionné au résultat à obtenir.

M. VINCENT. — Il faut conclure de ce qui vient d'être dit que le professeur Ollier aurait avant Pawlick exécuté la transformation du vagin en réservoir urinaire, par l'occlusion opératoire de la vulve en cas d'impossibilité de fermer une fistule vésico-vaginale.

Malgré ce titre de priorité lyonnaise, je n'appliquerai pas le procédé à ma malade, puisque les inconvénients des amas calculeux sont presque ceux de l'incontinence des urines. Si ma malade ne peut se résigner à se servir d'un urinal dans les conditions où l'ont placée nos deux interventions, je lui planterai les uretères dans le rectum en prenant toutes les précautions possibles pour ne pas greffer le fungus vésical sur les parois recto-vaginales.

A l'âge de cette femme et avec la nature maligne de sa dégénérescence vésicale, il serait préférable qu'elle prît son parti de son infirmité atténuée. Au cas contraire, il me semble qu'on serait autorisé à lui faire l'implantation des uretères dans le rectum, comme le dit M. Rochet.

Mais j'aimerais mieux qu'elle n'en voulût pas, parce que au cas d'insuccès ou de transfert néoplasique elle courrait le risque d'ajouter une fistule stercorale recto-vaginale à sa fistule urinaire vésico-vaginale, cloaque peu enviable.

*
* *

HÉMORRAGIE GRAVE PAR ULCÉRATION DE LA CAROTIDE INTERNE AU COURS D'UNE OTITE ; LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE ; GUÉRISON.

M. KAEPPELIN. — Voici l'observation de ce cas :

Le malade, âgé de 37 ans, présentait depuis cinq semaines une otite gauche avec suppuration abondante, consécutive à une chute sur la tête. Depuis trois semaines, céphalées violentes survenant par crises.

Je l'observe le 29 novembre : suppuration fétide, le conduit auditif est rétréci, presque obstrué par des fongosités. Douleur à la pression au niveau de la base de l'apophyse mastoïde et sous le lobule de l'oreille en

avant. T. 39°. Constriction du maxillaire. Malgré l'absence d'œdème, je pense à une mastoïdite.

Le 30 novembre, trepanation à la gouge, l'antre est ouvert. Pas de pus. Curettage du conduit auditif externe.

Après cette intervention, aucun soulagement ne se produit. La température persiste.

Le 2 décembre, dans l'après-midi, le malade présente une épistaxis très abondante précédée d'otorragie. Il raconte qu'à trois ou quatre reprises, chez lui, il a eu des hémorragies analogues, succédant chaque fois à une exacerbation des douleurs et débutant par le conduit.

Le 4 décembre, à trois heures du matin, après avoir passé une nuit agitée sans pouvoir trouver le sommeil, il est pris brusquement d'une hémorragie considérable qui se produit en bouillonnant à la fois par la nez, l'oreille et la bouche. Il rend en quelques secondes une pleine cuvette de sang rutilant, spumeux. Il appela à son secours les autres malades de la salle et se lève craignant d'étouffer; mais il tombe et la garde, accourue, le trouve étendu sans connaissance ayant encore saigné sur le plancher.

J'arrive auprès de lui environ vingt minutes après cette scène. Le malade, replacé dans son lit, est immobilisé, parle peu, le visage anxieux, très pâle, le pouls petit et rapide. Des caillots obstruent les deux narines et le conduit. L'hémorragie a cessé au moment de la syncope. Je ne juge pas le moment opportun pour une intervention et me contente de prescrire l'immobilité absolue tête basse. Je recommande de me prévenir en cas de retour de l'hémorragie et de pratiquer la compression de la carotide en attendant mon arrivée.

Dans la journée, pas de suintement sanguin, faiblesse extrême, aphasie légère et parésie du côté droit transitoires.

Je diagnostique l'ulcération de la carotide interne. Le lendemain matin j'arrive décidé et autorisé par la famille à pratiquer la ligature de la carotide primitive gauche. Je suis engagé à ne pas différer davantage, car l'otorragie vient de recommencer vers les sept heures indiquant l'imminence d'une nouvelle saignée.

Anesthésie prudente au chloroforme. Ligature de l'artère carotide primitive au lieu d'élection; au-dessus de l'omohyoïdien, à la partie moyenne du corps thyroïde. Le vaisseau est dénudé avec soin pour éviter le pneumogastrique et les filets sympathiques. Le catgut est serré lentement, pendant qu'on suspend l'anesthésie. Aucun phénomène n'est observé. Pas de convulsions épileptiformes. L'opéré se réveille rapidement et parle sans embarras. Pas de parésie.

Les jours suivants, aucun accident cérébral même léger n'est à noter. Le malade s'est levé le sixième jour, les fils ont été enlevés ce matin 13 décembre. Il compte sortir de la clinique demain. L'hémorragie ne

s'est pas reproduite, la suppuration persiste, n'est même pas sanguinolente.

Plusieurs raisons m'ont engagé à rapporter ce cas :

1° *La rareté* de cette complication redoutable des otites avec carie du rocher qui, si l'on s'abstient d'intervenir, entraîne toujours la mort; mais en général, au bout d'un temps relativement assez long : deux jours, treize jours, vingt-six jours et même quatre semaines, pendant lesquels l'hémorragie se reproduit un nombre variable de fois.

2° L'importance du diagnostic du vaisseau lésé que nous avons pu établir sans utiliser le signe classique fondé sur les résultats fournis par la compression de la carotide primitive, l'hémorragie s'étant arrêtée spontanément avant notre arrivée. Nous avons pensé à la carotide interne en raison de l'abondance du sang, sa coloration rouge vif et des phénomènes d'aphasie et de parésie droite transitoires que nous avons rapportés à l'ischémie brusque de l'hémisphère gauche.

3° Enfin le résultat de cette ligature au double point de vue de l'effet curatif qui a vérifié notre diagnostic et des suites opératoires. Nous redoutions les accidents immédiats (coma) ou tardifs (hémiplégie). Aucun malaise ne s'est produit après la constriction du fil. Nous croyons être à l'abri de la thrombose, la plaie de ligature étant restée aseptique et cette complication se produisant dans l'immense majorité des cas au cours des huit premiers jours de l'opération (thèse de Lestille, Paris, 1905).

Ce résultat est d'autant plus intéressant que, d'après les auteurs, le pronostic de la ligature faite pour ulcération carotidienne [d'origine otique paraît particulièrement sombre. Au dire de Duplay, « cette opération, qui a été pratiquée quatre fois dans de semblables circonstances, a permis deux fois de sauver la vie des malades ». Il faut sans doute envisager, pour expliquer cette gravité exceptionnelle, la raison donnée par Guinard : elle tiendrait, d'après lui, à ce que, en cas de grosse hémorragie, il n'y a peut-être plus dans le système artériel une tension suffisante pour forcer le sang à prendre les voies collatérales inhabituelles.

M. TIXIER fait remarquer qu'il est curieux de voir une otite succéder à une chute sur la tête. On pourrait se demander s'il n'y a pas eu une

fracture du rocher et des phénomènes inflammatoires consécutifs, avec ulcération de la carotide interne. Il y aurait lieu de demander au docteur Kaepelin quelques renseignements complémentaires.

*
* *

M. VINCENT demande à M. Nové-Josserand, à propos des faits d'hypospadias qu'il a présentés dans la dernière séance, s'il n'a pas observé des faits de rétraction de la greffe urétrale et de rétrécissement ultérieur.

M. NOVÉ-JOSSERAND croit qu'il n'y a jamais eu de rétrécissement; mais il a eu très souvent et presque toujours une persistance d'une petite fistule périnéale.

Séance du 21 décembre 1905.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
Adopté.

*
* *

GENU VARUM DE L'ADOLESCENCE. — CONSIDÉRATIONS
SUR LA NATURE DE CERTAINES DÉVIATIONS.

M. GANGOLPHE. — J'ai l'honneur de vous présenter une jeune fille de 17 ans, entrée dans mon service il y a sept mois environ pour un genu varum double survenu assez rapidement, dans l'espace d'une année et des plus accentués.

On ne relève aucun antécédent héréditaire ou collatéral particulier. Cette jeune fille aurait marché à 14 mois, aurait eu une fièvre typhoïde vers l'âge de 10 ou 12 ans. Il semble que c'est à la suite de surmenage, travail debout dans un atelier et nourriture insuffisante, que la déformation actuelle s'est produite. Celle-ci est très prononcée et entraîne une impotence complète par suite des douleurs provoquées par la station debout. Le sujet marche très péniblement et en boitant. La distance qui sépare les deux condyles internes est de plus de 30 centimètres, les deux malléoles étant rapprochées. Le palper des fémurs est un peu douloureux, mais ne révèle aucune tuméfaction. Les articulations sont libres et normales. Chapelet costal évident, ventre proéminent; l'ensemble du sujet, n'étaient les proportions, est celui d'un enfant rachitique. Je décide l'immobilisation simple dans une gouttière. Au bout d'un mois ou deux, je fais faire un massage. Peu après la déviation se corrige, et actuellement, comme vous le voyez, c'est à peine si l'espace qui sépare les deux condyles est de 4 ou 5 centimètres.

Disparition des douleurs. La malade marche sans peine et quitte l'hôpital.

Le redressement par le repos simple des déformations rachitiques est chose bien connue chez l'enfant; il n'en est pas de même chez l'adulte, et c'est à ce titre que cette observation m'a paru d'abord digne d'intérêt. Mais en y réfléchissant, on va voir qu'elle prête à d'autres considérations. Si on peut admettre que ce genu varum a quelque droit à être classé comme un fait de rachitisme tardif (rôle indiscutable joué par le surmenage, la station debout, la mauvaise alimentation), il n'en est pas ainsi, je le crois, pour d'autres déformations, habituellement décrites à côté de celle-ci, et parfois sous ce même vocable, tel est le genu valgum de l'adolescence.

Je pense qu'il s'agit dans ce dernier cas d'une déformation d'espèce toute différente de la précédente et aussi distincte qu'un chameau peut l'être d'un éléphant (passez-moi l'expression). Le genu valgum n'est que l'accentuation d'un type *indiqué* normalement. L'adolescent atteint de genu valgum possède dès sa naissance, en germe, la déformation qui n'apparaîtra que plus tard; celle-ci est inhérente à une disposition originelle des organes d'accroissement de l'os. Ni le surmenage, ni le régime, ni la pesanteur n'influent dans la pathogénie de ce genu valgum. Je l'ai vu notamment sur deux ouvrières bien nourries et qui travaillaient assises toute la journée.

De même aussi la scoliose, le radius curvus, le cubitus valgus sont du même groupe pathogénique; pour le radius curvus j'ai le premier attiré l'attention sur l'hérédité de la lésion (thèse de Roger). Ce ne sont pas des maladies, ce sont des déformations tenant à une conformation spéciale des éléments ostéogéniques. Ces lésions ne tiennent pas plus au rachitisme que la conformation des membres de certaines races de chiens, tels les bassets.

Quant aux courbures de la colonne vertébrale, on sait qu'elles peuvent être propres à certaines races.

Je rangerai aussi dans ce même groupe les exostoses dites de croissance dont j'ai pu retrouver l'hérédité plusieurs fois, et notamment dans une circonstance, dans ces trois générations.

Je me réserve de développer ultérieurement cette question.

SUR LA GUÉRISON SPONTANÉE DU RACHITISME DE LA
PREMIÈRE ENFANCE ET SUR LE RACHITISME DES ADO-
LESCENTS APPELÉ RACHITISME TARDIF.

M. VINCENT. — M. Gangolphe me permettra d'user du privilège qu'ont les amis de n'être pas absolument du même avis sans cesser d'être unis. Je ferai mes réserves tout à l'heure ; je commence par un point sur lequel nous pensons de même. Il a dit que le repos et l'hygiène suffisaient à corriger les déformations rachitiques sans qu'il fût besoin de munir ces malades d'appareils orthopédiques. Il a raison, mais il faut distinguer les périodes et les âges.

Mon regretté maître, le Prof. Gayet, m'avait annoncé que je verrais à la Charité souvent les petits rachitiques guérir sans tuteur. Je n'ai pu que constater le bien fondé de cette assertion, et après plus de vingt ans de chirurgie infantile, j'affirme, malgré toutes mes sympathies pour l'orthopédie, qu'elle n'a pas de rôle nécessaire dans la période d'évolution du rachitisme.

Les déformations rachitiques se corrigent spontanément en plaçant les sujets dans de bonnes conditions hygiéniques et alimentaires et en les tenant dans le décubitus le plus possible. Le charriage des enfants sur les bras, leur installation en position assise dans des chaises ou des voitures contribuent à les déformer ; les tuteurs et corsets mis de trop bonne heure sont plutôt nuisibles qu'utiles, car ils sont mal portés ou mal appliqués, parce qu'ils sont une charge au-dessus des forces des enfants et parce que les parents sont maladroits ou négligents. On dépense bien de l'argent en pure perte dans les dispensaires et les hôpitaux avec ces appareils inutiles ou dangereux, mais seulement dans le tout jeune âge.

Il n'en est pas ainsi plus tard. J'estime que vers 5 à 6 ans, la nature a accompli l'effort dont elle est capable seule, mais qu'à partir de cet âge, il est bon, il est utile de l'aider au moyen de tuteurs bien faits, bien portés et bien surveillés.

A 6 ans, les enfants seront plus propres et plus forts ; ils peuvent traîner leurs appareils et le processus floride du rachitisme (qui ne va pas sans douleur, sans malaise et quelquefois sans fièvre) étant éteint, les enfants ont le désir et le besoin de faire du mouvement à la surface de la terre.

Je passe à la question de la nature du genu valgum. M. Gangolphe a de la peine à croire qu'il soit jamais rachitique. Pour tous ceux qui ont vécu ou vivent à la Charité, il n'y a aucun doute à garder. Le genu valgum est aussi rachitique que le genu varum, ou plutôt, pour éviter toute amphibologie, la déformation en genu valgum se voit aussi bien que la déformation en genu varum dans le rachitisme; il en est de même, quoique moins fréquemment, pour la scoliose.

M. Gangolphe vient de nous faire une philippique chaleureuse et éloquente contre le développement du rachitisme des adolescents. Il ne veut pas que le genu valgum des adolescents, que la scoliose des adolescents soient qualifiés de rachitiques. Je comprends son hésitation à ranger cette catégorie de déformation du squelette dans le rachitisme. Il est certain qu'on voit des sujets présenter, à l'adolescence, du genu varum unilatéral ou bilatéral, des torsions de la colonne vertébrale, sans avoir eu dans leur prime enfance aucune tare rachitique et sans offrir, au moment de l'apparition de leur genu valgum ou de leur scoliose ou de leur cubitus valgus, aucun des symptômes du rachitisme vulgaire : nouure, tête carrée, thorax en carène, aspect batracien, etc.

Évidemment, on a pas le droit d'affirmer que ce soit là du rachitisme. M. Ollier, moins que personne, n'a eu la pensée de faire une définition d'espèce en qualifiant ces cas de *rachitisme tardif*. Il inclinerait plutôt à y voir une lésion indéterminée comme celle qu'il a appelée dyschondroplasie. C'est une dénomination d'attente, inspirée par l'analogie des déformations squelettiques relevant incontestablement du rachitisme ordinaire et classique. Pourquoi chez tels ou tels adolescents l'action musculaire défailante ou exagérée détermine-t-elle ces déformations du squelette qui ne sont que des exagérations de courbures ou d'attitudes normales?

C'est ce *quid ignoti* qu'il appartient aux histologistes de déterminer. Lorsqu'ils l'auront fait, nous effacerons de la nosologie l'épithète de rachitisme ou nous l'y maintiendrons. Nous réclamons, en attendant, l'indulgence de notre cher collègue. Tout le monde partagera son sentiment et attend que la lumière se fasse sur ce point de pathologie osseuse.

M. NOVÉ-JOSSERAND. — Je partage les idées émises par M. Vincent sur le redressement spontané des courbures rachitiques.

Ceux qui ne se redressent pas sont ceux qui ne grandissent pas, à l'exception peut-être des sujets qui portent des courbures à convexité antérieure. Ce n'est que lorsque le redressement ne se produit pas spontanément qu'on peut être autorisé à faire porter des appareils, et plus tard à intervenir chirurgicalement.

*
* *

PRÉSENTATION D'APPAREILS CHIRURGICAUX.

M. VIGNARD présente un stérilisateur électrique stérilisant à sec à la température de 160° et facilement transportable.

Il présente également le tracteur redresseur de Lorenz qui permet de faire très aisément et sans hâte des plâtres très bien ajustés, en particulier chez les coxalgiques et chez les fracturés du fémur en maintenant une traction énorme.

On arrive, grâce à la traction permanente et à la facilité de tourner autour du membre à faire un plâtre sans se presser, et à coapter les fragments avec beaucoup d'exactitude.

Il a actuellement dans son service deux enfants porteurs d'une fracture de cuisse à la partie moyenne avec chevauchement, déformation du membre et raccourcissement. Grâce à cet appareil, la coaptation a été faite d'une façon presque parfaite, la consolidation est survenue sans incident. Le raccourcissement est nul et l'un des malades a marché dès le huitième jour qui a suivi son traumatisme.

*
* *

PRÉSENTATION D'UN TUTEUR POUR COXALGIQUES ET DE CORSETS EN CELLULOÏD POUR MAUX DE POTT.

M. VIGNARD. — Les appareils que je vous présente aujourd'hui sont de deux sortes :

Les uns ne représentent que la reproduction en celluloïd de moyens de contention qui vous sont déjà connus.

L'autre est un appareil sinon nouveau, du moins adapté en vue d'un but particulier. C'est un tuteur pelvi-fémoral destiné à immobiliser l'articulation des coxalgiques à peu près guéris et auxquels on peut permettre la marche.

Vous connaissez tous les lourds tuteurs dont on afflige souvent les malades et dont le poids excède souvent les forces du sujet. Tout y a été prévu : des mouvements pour le genou ou

de l'enraidissement à volonté, et pour la hanche la possibilité de faire de l'extension et de l'abduction surtout, car l'on voit que la déformation en adduction est l'attitude dernière que tendent à prendre les coxalgiques quand ils ne sont pas immobilisés jusqu'à l'extinction du processus inflammatoire.

Cette multiplicité de perfectionnement entraîne, comme bien l'on pense, un luxe de ferrailles : tiges de renforcement, vis de pression, de rappel, coulisses, etc.

Le malade finit par ressembler à ces malheureux chevaliers désarçonnés que leur carapace protectrice empêchait de se mouvoir. Il ne porte très bien son appareil que lorsqu'on le porte lui-même.

D'autre part, si on le remet en cet état à ses parents, ceux-ci, las d'adapter tous les jours quelque chose de très compliqué finissent par ne plus le mettre.

Les réparations sont fréquentes et l'appareil étant coûteux, on ne peut le remplacer quand il faudrait.

Celui que je vous présente n'a pas toutes les qualités de ceux qu'il voudrait remplacer, mais il n'en a pas non plus les défauts principaux.

Il se compose d'une ceinture en cuir faite d'après un moulage en plâtre du bassin et des deux cuisses de l'enfant. Cette ceinture, renforcée en certains points, se continue sans interruption avec un cuissard qui se baisse en avant et qui descend jusqu'au genou.

L'articulation de la hanche est ainsi suffisamment immobilisée.

Le moulage a été fait en position d'abduction légère et d'extension. De la partie interne des cuissards, un peu au-dessus du condyle interne s'élève une tige métallique qui d'abord parallèle à la cuisse se coude au-dessus du périnée pour venir aboutir à une béquille qui embrasse étroitement le pli périnéocrural et vient prendre un solide point d'appui sur l'ischion. Cette béquille peut se déplacer pour faciliter les besoins naturels et elle se fixe en avant et en arrière à la ceinture pelvienne.

Elle a pour effet de s'opposer aux mouvements d'adduction du membre malade et aussi à l'abaissement du bassin du côté sain.

Quand on le juge nécessaire, on peut ajouter au cuissard un

tuteur avec un étrier passant sous le pied et destiné à soulager l'articulation de la hanche malade d'une partie du poids du corps et à empêcher les rotations vicieuses de la jambe et du pied.

Cet appareil soulage beaucoup les malades qui passent facilement du dernier plâtre au port de ce tuteur.

Il lutte d'une façon, je crois, assez satisfaisante contre les déviations possibles du membre malade ou du bassin, il immobilise suffisamment l'articulation malade et a pour lui l'avantage de la légèreté, de la mise en place facile, et d'un prix qui n'atteint pas celui des instruments auxquels je faisais allusion tout à l'heure. Il est d'ailleurs emprunté à la technique de Lorenz qui m'en a montré plusieurs exemplaires qui a définitivement abandonné les complications orthopédiques pour faire simple et fatiguer le moins possible les malades.

Dans le même ordre d'idées, je vous présente des corsets destinés à des maux de Pott ayant besoin d'immobilisation et auxquels on pouvait appliquer les différents types connus de corsets orthopédiques. Ceux que j'ai fait venir ici ne représentent pas des modèles spéciaux et copient la forme et la disposition des corsets dits en cuirs moulés. Ils ont été faits avec des bandes de gaze imprégnées de celluloïde dissous dans l'acétone et auquel on ajoute un peu d'huile de ricin pour donner plus de souplesse au corset. Ils prennent un solide point d'appui sur le bassin dont ils épousent les contours, se moulant sur les saillies osseuses sans les comprimer. Un vaste orifice en avant permet le développement de l'abdomen, et un orifice plus petit en regard de la gibbosité évite les pressions à son niveau.

Le corset remonte suffisamment sous les épaules pour les soutenir. Si l'on voulait supporter le poids de la tête et en soulager la colonne, il serait très facile de river sur le celluloïde une tige métallique supportant un appui pour l'occiput et pour le menton.

Le celluloïde se prête aussi bien que le cuir à l'incorporation de pièces métalliques quand celles-ci sont nécessaires.

Enfin, le corset est doublé à l'intérieur de peau qui en élève un peu le prix, mais il pourrait parfaitement être doublé de flanelle, de molleton ou autre étoffe beaucoup moins coûteuse

que la peau et ne demandant pas pour son adaptation un ouvrier spécial.

Ces corsets ont plusieurs avantages. D'abord ils sont très légers et pourraient l'être bien davantage si on les avait faits un peu moins épais et si leur doublure était un peu moins forte. Il va suivant la taille de 700 à 1100 grammes. Ils peuvent être très aisément portés jour et nuit et peuvent à volonté être transformés en corsets inamovibles. Leur adaptation à la forme du corps peut être très exacte à la condition qu'ils soient faits sur un bon moulage.

Et à ce propos je crois devoir insister sur la nécessité qu'il y a pour le chirurgien à faire son moulage lui-même. Ce moulage est fait avec des bandes plâtrées d'une fabrication un peu particulière et qui d'ailleurs se trouvent dans le commerce. On pend le sujet par la tête comme pour un corset de Sayre et les bandes sont roulées sur toute la partie qui sera occupée par l'appareil. Puis, lorsqu'elles sont sèches, ce qui se produit dans l'espace de quelques minutes, on coupe l'appareil et on possède un négatif du tronc et du bassin dans lequel on coule du plâtre qui donne le positif sur lequel on construira le corset en celluloïde. Mais un moulage ainsi fait n'est utile qu'à la condition de veiller soi-même pendant tout le temps de prise à ce que les saillies osseuses soient nettement dessinées. Pour cela il faut déprimer le moulage et le masser au-dessus et au-dessous d'elles en ayant soin de les respecter de manière qu'à leur niveau n'existe aucune pression. Les crêtes et les épines iliaques doivent être fortement imprimées dans le négatif si l'on veut qu'au positif il en reste des traces suffisantes.

Il en est de même de l'omoplate. Un corset comme tout appareil orthopédique doit s'accrocher aux saillies osseuses sans les comprimer. Lorsque le positif en plâtre est fait, il faut encore le corriger, le retoucher judicieusement pour obtenir un bon corset définitif. Ce n'est que lorsque ce travail préparatoire a été fait que l'on peut abandonner la fabrication proprement dite de l'appareil.

Enfin, l'un des avantages de cet emploi du celluloïd est le prix de revient relativement peu élevé du corset, et dès lors vous pouvez le renouveler plusieurs fois, bien qu'un même appareil puisse servir facilement un ou deux ans. Mais cette

longévité n'est pas une qualité, car la taille des enfants se modifie du fait de la croissance, du fait aussi du redressement que vous avez pu provoquer en même temps que la taille changeait de forme.

Dans les corsets en cuir avec armature métallique beaucoup plus lourds, plus coûteux et n'ayant pas un rôle contentif meilleur parce qu'ils sont moins bien ajustés, on a prévu des coulisses pour agrandir et élargir le corset. Ce sont là des moyens approximatifs qui n'équivaldront jamais à la prise d'un nouveau moulage que vous donne *des contours* et non pas simplement des accroissements rectilignes en longueur ou en largeur.

L'importance d'un bon moulage fait par une main qui connaît la forme et la valeur des saillies osseuses vous apparaîtra peut-être mieux encore sur cette genouillère, au lieu de ces étuis tronc-coniques dans lesquels sont enfermés les membres et qui ne tiennent que parce qu'ils sont lacés à fond. Vous pouvez voir dessinées ici en un relief marqué les saillies de la rotule et du condyle interne, les deux éminences principales de l'articulation. Fixée par elle, cette genouillère ne peut bouger et ne sera jamais retrouvée sur le cou-de-pied, même si on ne serre pas les attaches très vigoureusement.

M. GANGOLPHE. — Chez la malade que nous a présentée M Vignard le pied est tourné un peu en dedans et l'appareil n'a pas d'action sur lui. Aussi faut-il avoir souvent recours à un tuteur qui maintienne le pied.

En dehors de ces considérations particulières, je suis tout à fait de l'avis de ceux qui, en orthopédie, veulent faire de plus en plus simple et de moins en moins lourd.

M. VIGNARD fait remarquer que l'on peut ajouter si l'on veut à l'appareil qu'il a montré un tuteur qui ne l'alourdira pas beaucoup et corrigera l'attitude vicieuse du membre.

Séance du 28 décembre 1905.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
A l'occasion du procès-verbal :

M. PATEL communique, de la part de M. Kaepelin, membre correspondant, les détails complémentaires de son observation lue dans une séance précédente :

FRACTURE DU ROCHER; OTORRAGIES ABONDANTES;
LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE.

M. KAEPELIN (du Puy). — Pour compléter l'observation, rapportée dans la dernière séance, je donnerai quelques détails qui pourront peut-être donner la cause de l'hémorragie.

Cinq semaines avant son entrée, le malade fait une chute sur la tête, et bien qu'il ne puisse fournir des détails, il aurait même reçu des coups sur la tête, il se serait produit une otorragie très forte. Suppuration quelques jours après; il semble bien qu'il y ait eu fracture du rocher; mais l'hémorragie paraît consécutive à la suppuration de la caisse.

Aujourd'hui, l'écoulement purulent persiste atténué; les hémorragies ne se sont pas reproduites. Le blessé ne présente, aujourd'hui encore, aucun trouble du côté de l'encéphale.

M. VALLAS. — Les troubles nerveux qui suivent la ligature de la carotide primitive ont été beaucoup exagérés. J'ai eu à intervenir d'urgence dans un cas semblable chez un homme qui avait eu une ulcération de sa carotide au cours d'un phlegmon du cou. J'incisai la poche et fis la ligature des deux bouts. Bref, le malade n'a jamais rien présenté du côté de ses centres. Lorsque la ligature est aseptique et qu'il ne se produit pas d'embolies par migration des caillots septiques, je crois que ces accidents cérébraux sont peu à redouter.

M. BÉRARD a eu un cas personnel qu'il rapportera dans une séance ultérieure.

D'après Sigrist, si on collige les observations de la période aseptique, on n'a plus qu'une proportion de 20 % de troubles nerveux et non plus de 45 % comme autrefois. Encore ces 20 % sont-ils dus à de mauvaises conditions d'âge et d'artério-sclérose.

M. ROCHET a fait deux fois cette ligature, une fois pour hémostase préventive dans un cas de tumeur; le malade avait 72 ans et a très bien guéri. Dans un autre cas les sutures ont également été très simples.

*
**

HYPOSPADIAS PÉRINÉO-SCROTAL TOTAL GUÉRI PAR LE PROCÉDÉ DE LA GREFFE AUTOPLASTIQUE.

M. NOVÉ-JOSSERAND. — Le malade que je vous présente, entièrement guéri d'un hypospadias très accentué, a une histoire assez complexe, parce que c'est sur lui que j'ai employé pour la première fois la technique que je recommande aujourd'hui, et qui m'a donné depuis de remarquables succès.

Voici son histoire :

F..., âgé de 15 ans. Hypospadias périnéo-scrotal. La verge, assez fortement incurvée en bas, a un volume presque normal et une longueur relativement assez grande. Les bourses sont divisées sur presque toute leur étendue; elles forment deux grandes lèvres, reliées en arrière par un bourrelet assez épais, en avant duquel se trouve le méat hypospade qui siège par conséquent à l'extrémité antérieure du périnée.

Les testicules sont descendus et paraissent normaux. Épiplocèle droite.

Après avoir préalablement redressé la verge, le 16 mars 1904, on cherche à reconstituer l'urètre en un temps, par le procédé de Rochet.

On fait une petite incision transversale au devant du méat hypospade, et on creuse de là un conduit sous-cutané allant jusqu'à l'extrémité du gland. On taille ensuite sur le périnée un long lambeau large de 2 c. 1/2, et après l'avoir fixé sur une sonde, on le fait pénétrer dans le conduit sous-cutané où il est fixé. On termine en reconstituant les bourses qui sont avivées et réunies sur la ligne médiane.

Des accidents infectieux firent échouer cette tentative. Le lambeau périnéal se sphacéla au niveau de son point de retournement, et il persista un canal antérieur dont on voit encore les vestiges, avec une large fistule au niveau du méat hypospade.

L'expérience acquise antérieurement ayant montré les très grandes

difficultés que rencontre l'obturation de cette fistule, on décida de reprendre le traitement sur un plan entièrement nouveau.

Le 27 avril 1904, on ouvre l'urètre à la partie postérieure du périnée pour faire une dérivation des urines. On dissèque alors l'urètre au niveau de la fistule, et après l'avoir fermé par une ligature au catgut, on enfouit profondément le moignon sous les téguments qui sont ramenés au devant de lui et soigneusement suturés.

Cette obturation ayant réussi, le 20 mai 1904, on fait un nouveau canal. Par la fistule périnéale, on introduit un trocart qui suit d'abord le segment antérieur de l'urètre et passe ensuite dans le tissu cellulaire sous-cutané pour prolonger ce canal jusqu'à l'extrémité du gland. Une greffe autoplastique taillée sur la cuisse est fixée sur une sonde, et mise en place à l'intérieur de ce conduit.

Cette intervention fut suivie de nouveaux accidents infectieux : le malade eut de la fièvre, il se développa une tuméfaction phlegmoneuse au niveau des bourses, et du pus s'écoula par l'urètre et par deux fistules qui s'ouvrirent à la partie inférieure de la portion pénienne. Néanmoins, la greffe prit, et on commença le cathétérisme, mais celui-ci était difficile et douloureux.

Pendant les vacances de 1904, le malade fut un peu négligé, et à mon retour je trouvai le cathétérisme presque impossible. De plus, la fistule de dérivation périnéale s'était presque fermée, les urines passaient en grande partie par les fistules, et il y avait un certain degré d'infection urineuse.

L'exploration de l'urètre sous anesthésie montre que le canal qui persiste toujours dans la portion pénienne, se perd au niveau des bourses dans une sorte de poche urineuse, à laquelle aboutissent aussi les trajets fistuleux.

On refait alors l'ouverture périnéale de l'urètre, et, pour éviter son oblitération trop rapide, on fait une urétrostomie, en suturant la muqueuse à la peau sur une longueur de 2 cent.

Cette intervention eut pour résultat de faire cesser rapidement les accidents infectieux, locaux et généraux. Pensant que la paroi du nouvel urètre manquait sur une certaine étendue au niveau de la poche scrotale, on résolut de la refaire. Après avoir excisé et fermé complètement les trajets fistuleux, le 25 janvier 1905, on replace dans le canal une sonde portant une greffe autoplastique.

Mais cette intervention réveilla les accidents infectieux probablement incomplètement endormis. Il y eut de nouveau des symptômes d'inflammation au niveau des bourses, deux petites hémorragies secondaires le 30 janvier; et, le 6 février, un hématome suppuré s'ouvrit au niveau de l'angle péno-scrotal. Malgré cela, la sonde porte-greffe fut laissée jusqu'au 4 février. Après son ablation, l'inflammation disparut assez vite, et on put commencer le cathétérisme le 10 février.

Celui-ci fut assez facile; grâce à l'emploi des sondes armées, on put le poursuivre régulièrement, et le 18 avril le nouvel urètre admettait facilement une sonde n° 12.

Le 19 mai, l'état paraissant satisfaisant, on ferme la fistule périnéale en libérant l'urètre de la peau et en refermant le canal par deux plans de sutures. Celles-ci cédèrent en partie le 23 mai; néanmoins la fistule qui en résulta ne tarda pas à se rétrécir assez pour que les urines passent à travers la portion antérieure de l'urètre.

On remarqua alors que l'émission des urines restait difficile, et qu'il se formait au niveau de la partie antérieure des bourses une sorte de poche urineuse qui communiquait avec le canal et dont l'évacuation intermittente faisait sortir de l'urine mélangée de pus. On décida alors de reconnaître l'état de l'urètre par une large urétrotomie externe pour voir comment on pourrait supprimer cette poche.

Le 18 juillet, on incise l'urètre sur sa face inférieure, à partir de la fistulette périnéale qui persiste encore. On trouve au niveau de l'abouchement du canal artificiel avec le canal naturel un rétrécissement peu serré, long d'environ un centimètre. La paroi urétrale est formée par du tissu fibreux assez dense, faisant à l'intérieur du canal de petites callosités grosses comme une tête d'épingle, avec un revêtement épidermique complet. Plus en avant, le canal est souple, tapissé par une véritable peau et son calibre régulier. Mais au niveau de la partie antérieure des bourses il se perd dans un poche du volume d'une petite noix, tapissée sur toute sa surface par une peau épaisse.

La dissection de ce véritable kyste dermoïde est assez facile. Ses dimensions, l'épaisseur de son revêtement cutané ont fait penser qu'il s'agissait d'un vestige du premier canal fait par la méthode de Rochet.

A partir de là, l'urètre largement perméable se poursuit jusqu'au gland, et l'urétrotomie n'est pas poursuivie plus loin. Après avoir excisé la poche cutanée en conservant seulement l'étoffe nécessaire pour refaire le canal de l'urètre, on laisse celui-ci, largement ouvert sur sa face inférieure, se refermer seul.

Ce travail demanda environ deux mois. Vers le milieu de septembre il ne restait plus qu'une fistule perméable longue d'environ 1 cent. 1/2, et la miction se faisait en partie par là et en partie par la verge. On reprit alors le cathétérisme avec les Béniqué. Le canal, qui était au début assez irrégulier, ne tarda pas à se calibrer; on augmenta progressivement le volume des sondes, et on atteignit ainsi le n° 30 de la filière Béniqué.

Le 22 novembre 1905. La fistule périnéale n'ayant pas grande tendance à se fermer, on en avive les bords et on les suture. Au bout de quelques jours il se reproduit une petite fistule à l'extrémité antérieure de la ligne de suture; mais cette fistulette ne tarde pas à se tarir, et actuellement il n'en reste plus de traces.

La miction se fait bien avec un jet assez volumineux et assez fort, bien rectiligne. Le cathétérisme est facile avec le cathéter n° 30. On a la sensation d'un point légèrement plus résistant au niveau du point d'abouchement des deux canaux; mais le passage est néanmoins facile, et on ne peut pas dire qu'il y ait là un rétrécissement véritable.

Ce résultat vient s'ajouter à celui que je vous ai présenté il y a quelques semaines pour vous montrer qu'il est possible d'obtenir par la méthode de la greffe autoplastique un nouvel urètre s'ouvrant dans le gland, et ressemblant à l'urètre normal autant qu'un organe artificiel peut ressembler à un organe naturel.

Ici, le traitement a été laborieux parce que je manquais d'expérience sur bien des points. Deux circonstances ont particulièrement contribué à compliquer ce cas. D'abord et surtout cette poche cutanée qui était probablement un résidu de la première intervention, et qui a occasionné des accidents jusqu'au moment où je l'ai extirpée. Ensuite, le fait sur lequel je voudrais insister, que la voie de dérivation périnéale ne doit pas être une simple urétrotomie, mais une urétrostomie. Il faut faire une ouverture large et suturer la muqueuse à la peau sur une certaine étendue pour éviter la fermeture ou le rétrécissement prématuré de cette voie de dérivation. C'est une condition importante de succès.

Puisque j'en ai l'occasion, je voudrais aussi répondre à la question qui m'a été posée sur la persistance des urètres reconstitués au moyen de la greffe. J'ai employé jusqu'ici cette méthode dans dix cas. Le premier a été perdu de vue au bout de six mois, ayant alors son canal perméable. Le second, atteint d'hypospadias juxta-balanique, qu'il faudrait opérer aujourd'hui par la méthode de Beck von Hacker, eut son canal détruit au cours des interventions faites pour fermer la fistule qui persistait au point de réunion des deux canaux. Le troisième cas, hypospadias bénin, fut revu un peu plus de quatre ans après l'opération, avec un canal en bon état. Le quatrième cas était celui d'un hypospade complet pseudo-hermaphrodite. Le canal fut reconstitué avec succès. Trois mois plus tard, je tentai de fermer la fistule périnéale; mais la suture ne tint pas, et le malade refusa de poursuivre plus loin le traitement. Je ne l'ai plus revu. Le cinquième cas, hypospadias péno-scrotal, fut suivi pendant trois ans et demi. A ce

moment son nouvel urètre était en bon état et fonctionnait bien. Le sixième, enfin, qui était comme notre malade d'aujourd'hui un cas d'hypospadias périnéo-scrotal, avait aussi un bon résultat au bout de deux ans.

Ces chiffres montrent que l'on peut compter sur les résultats éloignés de la reconstitution de l'urètre par la méthode de la greffe autoplastique.

M. VINCENT. — Les résultats de M. Nové-Josserand sont très beaux, ils pourraient être étendus, en dehors des cas d'hypospadias, aux cas de pertes de substance étendues à la suite de traumatismes, comme dans un cas qu'il a eu à soigner : enfant tombé à califourchon sur un banc de fer ; rupture de l'urètre périnéal. Ce traumatisme nécessita de multiples opérations : urétrotomie externe, urétroplastie, le rétrécissement persistant toujours, ainsi que la fistule. Il semble que des cas semblables seraient justiciables de la méthode.

M. NOVÉ-JOSSERAND n'a jamais utilisé sa méthode pour les cas traumatiques ; il a traité un de ces cas par la greffe cutanée et a rapporté ce cas dans la dernière séance.

M. ROCHET. — Les dernières modifications apportées par M. Nové-Josserand à son procédé sont très importantes. Elles éviteront les ennuis de la fistule pénienne, ennuis que j'ai rencontrés dans un cas récent. Je me propose d'appliquer cette méthode, la première fois que j'aurai à traiter un hypospade.

*
**

TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ.

M. VINCENT. — Il m'est arrivé de soigner récemment un jeune homme atteint d'un double ongle incarné avec troubles fonctionnels très accentués. La phalange du gros orteil était très large, et je résolus de combiner le procédé de Th. Anger avec celui de Quénu.

Je fis donc l'ablation cunéiforme latérale comprenant la moitié de l'ongle correspondant et ses fongosités, puis l'ablation transversale presque totale de la matrice de l'ongle ; enfin, suture en surjet au catgut et pansement à l'alcool fixé avec du leucoplaste. Le malade rentra chez lui et pendant deux jours ne se plaignit d'aucune douleur. Je fis le pansement au cinquième jour et je fus très étonné de trouver sur chaque orteil une tache noire de gangrène ; cette gangrène s'étendit du côté droit et m'obligea à pratiquer l'amputation de l'orteil ; de

l'autre côté, la cicatrisation put s'effectuer spontanément. A quoi attribuer cette gangrène ? A l'alcool ou à une compression trop grande par le leucoplaste ? L'alcool n'était pas à un titre où il peut être bien caustique ; le leucoplaste avait été placé sans compression, mais le gonflement des tissus ne trouvant pas d'élasticité dans le tissu du leucoplaste a pu jouer un rôle.

Il y avait une cause d'ordre général : des varices considérables du membre inférieur, donc une circulation très paresseuse.

Ce qui ressort de ce fait, c'est que l'on devra se méfier des bandes de leucoplaste dans les pansements circulaires des membres et surtout des extrémités.

M. ROCHET, étant interne à la Croix-Rousse, opéra d'ongle incarné un vieillard par la méthode habituelle et fit un pansement humide. Au bout de quelques jours on trouva du sphacèle des parties molles ; la cicatrisation fut si longue à venir qu'on termina par l'amputation.

Dans ce cas, le pansement s'était resserré par dessiccation, et c'était à cette constriction qu'était évidemment due la gangrène ; peut-être aussi le cordon élastique destiné à l'hémostase, qui serre les collatérales sur l'os, n'est-il pas inoffensif. Il faut le supprimer ; il faut aussi faire toujours un pansement 24 heures après l'opération.

*
* *

RADIOGRAPHIE DE COXALGIE.

M. VINCENT. — Je vous présente des radiographies concernant une jeune fille soignée depuis un an pour coxalgie. Elle n'a aucun signe clinique de coxalgie, pas d'attitudes vicieuses, de contractures, de douleur fixe, etc. Malgré cette radiographie après laquelle on a dit abcès ossifluent et angine coxale, je me refuse à croire à une coxalgie vraie. Je crois plutôt à une synovite qu'on peut rattacher à un rhumatisme. Ce rhumatisme est-il tuberculeux, je n'en sais rien ; mais en tout cas il n'y a pas la coxalgie avec suppuration.

M. NOVÉ-JOSSERAND ne voit pas non plus trace de suppuration, mais déclare indispensable d'avoir la radiographie du côté sain pour comparaison.

Le Gérant, D^r VALLAS.

MÉMOIRES

PRÉSENTÉS A LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

M. B. J. O. L. I. E. R. S.

SOUS LE DIRECTION DE M. B. J. O. L. I. E. R. S.

DE LYON

Sur un cas de plaie pénétrante du crâne et de l'encéphale

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Par M. CANTAS.

Professeur agrégé de chirurgie et de médecine opératoire à l'Université d'Athènes,
Chef des travaux d'anatomie topographique et de médecine opératoire.

Les plaies pénétrantes du crâne et de l'encéphale intéressent le chirurgien au double point de vue clinique et physiologique. N'est-ce point par des données physiologiques qu'il arrive à déterminer le lieu et l'étendue des lésions causées par le projectile et à trouver une raison pour intéresser ou justifier une intervention? Elles l'intéressent par leurs résultats immédiats et surtout éloignés, et contribuent ainsi à mettre au point certaines conclusions de physiologie cérébrale encore en suspens.

Enfin par leur évolution et leurs résultats opératoires, elles sont encore intéressantes en nous ouvrant parfois de nouveaux horizons sur le meilleur traitement qui leur convient.

A ce double point de vue, notre cas, pensons-nous, est intéressant.

OBSERVATION.

Le 19 avril 1897, pendant la guerre gréco-turque, est transporté dans notre service de l'hôpital de la Croix-Rouge, à Volo, le nommé Antoine Chronis, âgé de 24 ans, soldat au 8^e régiment d'infanterie, blessé la veille à la bataille de Velestino, à la tête, par une balle de fusil Martini. La balle a pénétré à 1 centimètre au-dessus de la partie moyenne du sourcil droit et est sortie à 1 centimètre au-dessus et en arrière de l'ex-

trémité supérieure du pavillon de l'oreille droite. Un peu de matière cérébrale s'écoule par les deux orifices. Une vaste ecchymose couvre la région fronto-temporale correspondante, ainsi que la paupière supérieure droite qui est fortement œdématiée.

L'orifice d'entrée, à bords contus, déchiquetés, présente 1 centimètre environ de diamètre, l'orifice de sortie est un peu plus grand. Dans l'intervalle le cuir chevelu paraît sain, la palpation de la région fronto-pariétale droite permet de constater qu'elle est complètement défoncée. La moindre pression est suivie d'un enfoncement de toute la susdite région avec issue de matière cérébrale par les deux orifices. Elle est en outre accompagnée d'un bruit particulier entendu à distance, et dû au frottement de nombreuses esquilles osseuses.

Le blessé est sans connaissance, dans la résolution la plus complète, la face pâle, les yeux à demi-clos. Les membres soulevés retombent inertes, les sens et la sensibilité sont si obtus, qu'un appel éclatant reste sans réponse et un violent pincement laisse le blessé indifférent.

La respiration est régulière quoique un peu stertoreuse et ralentie (14 mouvements respiratoires à la minute), le pouls plein, régulier, est également ralenti (55 pulsations à la minute), la température rectale est à 36°,5.

Les sphincters relâchés laissent s'écouler l'urine et les matières fécales. Le blessé est dans le coma.

• En soulevant les paupières, on constate que les pupilles sont dilatées et ne réagissent point à la lumière.

A l'œil droit, qui semble blessé, on constate une vaste ecchymose sous-conjonctivale et un peu de sang dans la chambre antérieure. Cependant la cornée est saine. En présence d'un état si grave, nous décidons séance tenante d'intervenir.

Opération. — Pas d'anesthésie. La région soigneusement savonnée et lavée, toutes les précautions antiseptiques et aseptiques prises, nous essayons par une incision au bistouri de réunir les deux orifices d'entrée et de sortie. Mais la pression nécessaire est accompagnée d'un tel affaïssissement de la région avec issue de matière cérébrale (10 grammes environ), que nous abandonnons le bistouri pour les ciseaux.

Une des branches introduites par l'orifice frontal, nous coupons d'un seul trait jusqu'à l'orifice de sortie la paroi crânienne dans toute son épaisseur. On voit d'après cela que la voûte osseuse à ce niveau n'existait pour ainsi dire plus.

La paroi à peine incisée, les lèvres de la plaie s'écartent d'elles-mêmes de 2 cent. 1/2 environ, et de la bouillie cérébrale que nous avons recueillie et pesée (50 grammes) s'écoule au dehors.

L'exploration attentive de la plaie cérébrale nous permet d'extraire une trentaine d'esquilles dont la plus grande a 3 centimètres carrés de surface environ, et la plus petite les dimensions d'un grain de blé.

Plusieurs d'entre elles sont profondément situées dans la pulpe cérébrale qui encombre le fond de la plaie, et l'index y plonge presque en totalité, surtout en arrière.

Afin de débarrasser la plaie de cette pulpe et des esquilles qui peuvent avoir échappé à l'exploration, nous faisons un abondant lavage, sous très faible pression, à l'eau stérilisée.

Nous avons évalué à 15 grammes la pulpe vaccinale ainsi entraînée.

Enfin avec l'index, nous constatons que la voûte orbitaire droite est légèrement défoncée.

Après avoir régularisé les bords de la plaie osseuse, bords distants de 3 centimètres à 3 centimètres 1/2 environ, nous tamponnons légèrement la plaie à la gaze simple stérilisée.

Pas de sutures ; pansement légèrement compressif.

Durée de l'opération, 20 minutes.

Le blessé, transporté dans son lit, est soigneusement réchauffé ; piqûres d'éther, de caféine.

Pouls, 60 à la minute ; respiration, 15 mouvements à la minute ; l'un et l'autre sont réguliers.

Température rectale, 36°,8.

Quatre heures après, le pansement est complètement mouillé par le liquide céphalo-rachidien, et le soir à 9 heures, c'est-à-dire douze heures après l'intervention, le traversin et le matelas le sont également. Le pansement est changé toutes les douze heures et dans l'intervalle renforcé.

Le blessé est toujours dans le coma, et cet état reste invariable pendant les cinq jours que nous le gardons dans notre ambulance, c'est-à-dire jusqu'au 24 avril, où nous le perdons de vue, l'ennemi étant aux portes de la ville et les blessés évacués sur Athènes.

Dans cette dernière le blessé est immédiatement admis dans le service du médecin-major Papathéodoron à qui nous devons les renseignements suivants :

« Le blessé est toujours dans le coma.

« Le traitement consiste en pansements simples, aseptiques, légèrement compressifs deux fois par 24 heures et en soins hygiéniques minutieux.

« A chaque pansement, de petites parcelles de substance cérébrale né-
« crosée s'éliminent, de temps en temps on trouve au milieu d'elles de
« petites esquilles.

« Petit à petit, la plaie entière se déterge, la cicatrisation devient ma-
« nifeste, et au bout de quatre mois environ, elle est complète. L'écou-
« lement du liquide céphalo-rachidien a persisté abondant pendant une
« semaine encore, puis a commencé petit à petit à diminuer, et 25 jours
« après son admission dans le service (c'est-à-dire un mois après son
« opération) était complètement tari.

« Le blessé resta fort longtemps dans un état de paralysie presque
« complète et les sens très obtus.

« A la fin du deuxième mois un appel éclatant le laissait indifférent
« et un violent pincement déterminait à peine un semblant de mouve-
« ment. Ce n'est que vers la fin d'août 1897, c'est-à-dire vers la fin du
« quatrième mois, que devant un appel éclatant et souvent répété le
« blessé a commencé à ouvrir les yeux et à murmurer quelque chose
« d'incompréhensible.

« A ce moment, le regard était encore vague, hébété.

« A la fin du cinquième mois, les mouvements étaient plus étendus,
« et pour ainsi dire volontaires, le blessé avait l'air de mieux comprendre
« les questions qu'on lui posait, il était facilement tiré de son in-
« différence.

« La vessie et le rectum étaient continents.

« Pendant les deux premiers mois le blessé fut nourri à la sonde oeso-
« phagienne ; à partir de la fin du deuxième mois, la déglutition, quoique
« difficile, était possible, la sonde fut abandonnée.

« C'est dans cet état et sur l'insistance de ses parents que le blessé
« quitta le service pour être transporté dans son village natal.

« Pouls, respiration, température normaux. »

Ici s'arrêtent les renseignements fournis par notre collègue de l'armée
et le blessé était ainsi perdu de vue, quand en février 1899, c'est-à-dire
deux ans après, quel ne fut pas notre étonnement en voyant notre
blessé se présenter chez nous, afin, disait-il, de nous témoigner son
inaltérable reconnaissance pour les soins que nous lui avons prodigués.

Rien dans son attitude, ni dans sa parole, ne témoignait d'un homme
qui avait perdu 75 grammes environ de substance cérébrale.

Pas l'ombre du moindre trouble moteur, sensitif, psychique, évident.

Pas l'ombre de la moindre asthénie musculaire, de la moindre gêne
dans les mouvements, normaux par leur étendue et par leur intensité.

Pas d'hyperesthésie ou d'anesthésie quelconque, les réflexes étaient
normaux, la vessie et le rectum parfaitement continents.

La mémoire est parfaite ; nous le mîmes à faire des additions, des
soustractions, des multiplications et des divisions, ce qu'il fit avec la
plus grande facilité.

Il avait souvenance de tous les événements antérieurs à sa blessure
qu'il reçut, dit-il, au moment où il recevait un ordre de son officier. Il
se souvenait également des événements survenus autour de lui à partir
de la fin du 5^e mois après sa blessure, mais il ne se souvenait absolu-
ment de rien de ce qui s'était passé dans cet intervalle de cinq mois
environ.

Au début, il avait eu de la confusion dans les idées, et ce n'est que
petit à petit que l'ordre se rétablit.

Enfin, rien ne dénotait en lui une tare manifeste ; rien du côté de

l'ouïe. Pas de surdité verbale. Il distinguait nettement les différents sons, les différents objets qui les émettent, il entendait, répétait et écrivait ce qu'on lui disait à haute voix.

En 1900, c'est-à-dire trois ans environ après sa blessure, l'état général était toujours excellent. Cependant le blessé se plaignait de temps en temps de vertiges, surtout dans les actes nécessitant une certaine tension d'esprit. Ces vertiges étaient de peu de durée, et le sens du déplacement des objets était plutôt dans un plan horizontal.

État actuel : Actuellement, c'est-à-dire près de huit ans après, l'état général reste parfait.

La cicatrisation de la plaie est parfaite. La cicatrice est animée de mouvements expansifs dus à la transmission des mouvements analogues de l'encéphale, synchrones des pulsations cardiaques. Aucune tendance à la hernie cérébrale.

La cicatrice n'est point le siège de bourdonnements.

Pas l'ombre de troubles moteurs ou sensitifs manifestes.

Les réflexes sont normaux.

Aucun trouble du côté des organes des sens en général, cependant l'unique œil sain (1) est légèrement hypermétrope.

L'examen de l'ouïe du côté blessé n'a pu être fait avec le diapason.

Les deux tampons sont normaux, et un examen attentif ne révèle aucune différence dans l'acuité auditive des deux oreilles.

Le blessé distingue également bien des deux oreilles les différents sons et leur origine. Pas de surdité verbale.

Pas l'ombre d'épilepsie essentielle ou jacksonienne.

Mais le blessé se plaint assez souvent de vertiges, de céphalées, d'insomnies, de palpitations.

Il n'y a pas de trouble psychique manifeste, mais le malade accuse un léger affaiblissement de la mémoire.

Cela ne l'empêche point cependant de mener une vie en apparence tout à fait normale.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une plaie pénétrante du crâne et de l'encéphale de la région fronto-temporale droite, remontant à 8 ans environ, avec perte de 75 grammes de substance cérébrale, et n'ayant été suivie d'aucun trouble moteur sensitif ou psychique manifeste. Trois ans après sa blessure, le blessé a commencé à se plaindre de légers vertiges persistant encore, actuellement devenus un peu plus intenses et se manifestant principalement à la suite de fortes tensions d'esprit.

Il se plaint, en outre, récemment, de céphalées, d'insomnies, de palpitations et d'un léger affaiblissement de la mémoire.

(1) Quatre mois après, l'œil droit blessé étant devenu phthisique avait dû subir l'énucléation.

Et maintenant différentes questions d'ordre anatomique, physiologique et clinique se posent à nous.

Au point de vue anatomique : Quelles sont les circonvolutions cérébrales atteintes par le projectile ?

Au point de vue physiologique : Comment peut-on expliquer l'absence de troubles moteurs sensitifs psychiques, auditifs évidents ? Quelle est la cause de vertige, du léger affaiblissement de la mémoire ?

Au point de vue clinique : Notre conduite était-elle justifiée ?

Autant de questions auxquelles nous tâcherons de répondre.

Pour déterminer exactement le trajet suivi par le projectile, nous nous sommes servis, en dehors des données fournies par l'anatomie topographique (Tillaux, Testut et Jacob, Poirier, etc.), de la méthode indiquée par Nimier dans son excellent ouvrage sur les blessures du crâne et de l'encéphale. Nous avons fait sur plusieurs cadavres, à la région frontale et temporale, deux orifices situés exactement comme ceux de notre blessé et avons passé à travers un fil qui, après ablation de l'encéphale, nous a montré exactement le trajet suivi par le projectile. Ce trajet est le suivant :

En face de son point d'entrée, à 1 cent. au-dessus de la partie moyenne du sourcil, le projectile a rencontré la partie antéro-inférieure de la deuxième circonvolution frontale droite, puis la partie antéro-inférieure et inféro-externe de la troisième frontale droite au niveau de son cap, a franchi la scissure de Sylvius au point où se détache sa branche ascendante, rencontré alors la première temporale à sa partie moyenne, enfin la deuxième temporale, plus superficiellement à l'union de son tiers postérieur avec son tiers moyen et finalement est sorti à 1 cent. au-dessus et en arrière de l'extrémité supérieure du pavillon de l'oreille droite.

Si c'est là le trajet suivi par le projectile, il est évident que, vu l'étendue des lésions, celles-ci ne sont point limitées à ce seul trajet, mais qu'elles se sont également étendues de part et d'autre d'au moins 1 cent.

L'opération terminée, en effet, et la substance cérébrale détruite, évacuée, le sillon tracé par le projectile dans le lobe frontal et temporal, présentait 3 cent. de profondeur sur 2 cent. 1/2 à 3 cent. de largeur environ.

D'après ces données, sur certains cadavres, l'extrémité toute inférieure de la frontale ascendante aurait été touchée. Mais rien dans notre cas ne nous autorise à l'accepter, car aucun trouble moteur de la face ne vient le confirmer. Aussi, accepterons-nous que la frontale ascendante, en aucun point, n'a été lésée.

*
**

Connaissant maintenant d'une façon suffisamment exacte le trajet suivi par le projectile dans l'encéphale, cherchons à expliquer l'absence de troubles moteurs, sensitifs, psychiques et auditifs évidents, ainsi que les vertiges, la céphalée, et le léger affaiblissement de la mémoire.

L'absence de troubles moteurs sensitifs évidents, est due au fait que la zone rolandique sensitivo-motrice, que le lobe pariétal et le lobe limbique, centre de sensibilités spéciales, se sont tous trouvés en dehors de la trajectoire du projectile.

Ils n'ont pas eu à subir de perte de substance et comme tels, s'ils ont été momentanément inhibés à la suite de la terrible commotion subie par l'encéphale entier, ils ont pu, plusieurs mois après, recouvrer petit à petit leur fonction. Ils sont revenus à l'état normal.

Pouvons-nous en dire autant pour expliquer l'absence de trouble psychique manifeste? Certes non!

On ne peut invoquer la légère diminution de mémoire survenue actuellement, c'est-à-dire près de huit ans après. Celle-ci n'a aucune relation directe avec la perte de substance considérable du lobe frontal droit, car s'il en était autrement, pourquoi a-t-elle attendu si longtemps pour se manifester?

Et cependant, d'après certains physiologistes, il y a prédominance des lobes frontaux sur les autres au point de vue psychique.

Ferrier, Nimier, rapportent de nombreux cas de perte de substance des lobes frontaux sans aucun trouble psychique évident :

« Je pourrais, dit Ferrier, multiplier les observations
« montrant toutes le même fait, savoir que, des blessures
« soudaines, étendues, peuvent être faites à la région pré-
« frontale, qu'il peut se produire d'abondantes pertes de
« substance, sans qu'il y ait pour cela affaiblissement de la
« motilité, de la sensibilité, sans même qu'il y ait de trouble
« évident d'aucune sorte, mental ou physique surtout si la
« lésion est unilatérale. »

C'est là un fait reposant en particulier sur le résultat de l'expérience et que notre cas vient absolument de confirmer.

L'intelligence, d'après Nimier, est fonction non seulement des cellules nerveuses, mais encore des fibres d'association.

Comme l'enseigne Meynert, c'est une fonction des faisceaux d'association, ou, comme l'a montré Fleschig, des centres d'association unissant au milieu d'une complexité inouïe, les divers éléments dont se compose une perception, une image, un groupe d'images, un concept, un jugement, un raisonnement (Nimier).

En d'autres termes il n'existe pas de centre distinct de l'intelligence.

L'intelligence, d'après Munck, a son image partout dans l'écorce cérébrale et nulle part en particulier.

Toute lésion de l'écorce cérébrale entraîne donc fatalement pour son compte un rétrécissement du champ de l'intelligence. Si la partie de l'écorce détruite est le siège de représentations ou groupes d'images très simples, le déséquilibre de l'intelligence pourra être si léger, qu'il ne tombera pas sous nos sens ou bien très difficilement. A la longue même, la guérison pourra survenir complètement par la formation, grâce aux fibres d'association d'un nouveau centre de suppléance. Dans notre cas, il semble donc, ou que la région lésée était le centre de représentations tout à fait secondaires pour l'intelligence, ce qui est le plus probable,

ou qu'un nouveau centre a suppléé les fonctions de celui qui a été détruit, ce qui est, vu l'étendue des lésions, difficile à admettre.

En d'autres termes, le lobe frontal ne semble pas être le centre exclusif de l'intelligence, cette dernière a son siège partout dans l'écorce.

Cette conclusion est la seule qui puisse convenir à notre cas, et nous expliquer comment notre blessé, après être resté si longtemps dans le coma, a pu finalement recouvrer ses facultés.

L'ébranlement transmis par le projectile à l'encéphale entier a été si violent, que les centres corticaux moteurs, sensitifs, et psychiques, ont été complètement inhibés pendant les quatre mois environ qu'il est resté dans le coma. Cette inhibition petit à petit a cédé, et avec elle, ont reparu les mouvements, la sensibilité et les fonctions psychiques. Celles-ci se sont établies petit à petit, d'où la confusion dans les idées avant de revenir à l'état normal.

Malheureusement le docteur Papathéodoron n'a pas déterminé l'ordre suivant lequel les différentes idées se sont succédé dans leur retour à l'état normal, ce qui aurait été fort intéressant.

Encore une fois notre cas cadre avec les idées soutenues par Ferrier, Meynert, Munck, Nimier, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de centre distinct de l'intelligence, que la prédominance psychique accordée par certains physiologistes aux lobes frontaux n'est pas confirmée par la clinique, et que l'intelligence est fonction de toute l'écorce cérébrale.

Quel est donc la cause de l'affaiblissement de la mémoire ? C'est ce que nous allons chercher à déterminer, et nous verrons que c'est cette même cause qui donne lieu, en même temps, aux vertiges en dehors de toute lésion cérébelleuse ou de l'oreille interne.

Diverses hypothèses ont été émises. Et tout d'abord on a invoqué la compression due à une dépression méningée. Mais ceci ne peut être dans notre cas. Aucun signe extérieur n'indique un affaissement de la paroi, et de plus pourquoi ces

phénomènes auraient attendu deux ans et demi et plus pour se manifester ? Pourquoi après ce laps de temps seulement se serait-il produit une modification dans la position ou la grosseur de l'agent compressif ?

On a invoqué également la gêne circulatoire par suite de l'oblitération des voies anastomotiques entre le système intracrânien et péricrânien au niveau de la cicatrice.

Mais encore ici cette oblitération aurait attendu deux ans et demi et plus pour manifester ses effets ? Est-ce qu'au contraire ce laps de temps ne devait pas être invoqué en faveur du développement d'une circulation complémentaire ?

Non ! Ces hypothèses ne sont pas satisfaisantes, et c'est dans une lésion encéphalique même qu'il faut en chercher la cause.

A un moment donné (deux ans et demi dans notre cas), la cicatrice cérébrale deviendrait une épine irritative, qui, en se rétrécissant, entraînerait par sa seule rétraction des troubles circulatoires progressivement croissants dans les parties avoisinantes de l'écorce cérébrale.

Or, toute tension d'esprit exigeant du côté de l'encéphale une suractivité fonctionnelle, entraînera fatalement une suractivité circulatoire, qui, ne pouvant être satisfaite normalement, aboutira, soit à de l'anémie, soit à de la congestion, dont la résultante sera le vertige.

De plus, d'après Sachs et Gerster cités par Nimier, cette cicatrice déterminerait par son action irritative un état de gêne fonctionnelle qui provoquerait, dans les parties voisines, [une dégénération progressive de proche en proche, et déterminerait ainsi l'extension graduelle du tissu de remplissage névroglie. Il y aurait à la longue diminution de la capacité fonctionnelle du cerveau, et, comme conséquence, affaiblissement de la mémoire.

L'ordre des faits serait donc le suivant : rétraction cicatricielle, trouble circulatoire, vertige. A la longue, dégénération progressive de proche en proche du tissu encéphalique précicatricielle, diminution de la capacité fonctionnelle du cerveau, affaiblissement de la mémoire.

Le vertige apparaîtrait d'abord, l'affaiblissement de la mémoire après.

C'est bien là l'ordre d'apparition des faits chez notre blessé.

Les enseignements qui découlent de ce cas ne s'arrêtent point là. Le lobe temporal, en effet, a été également atteint. Or, qu'on assigne comme centre de la surdité verbale l'écorce de la première temporale au 3/5 ou 4/5 postérieurs de cette circonvolution, comme le veulent les uns, ou les 2/3 postérieurs des première et deuxième temporales, comme le veulent les autres, chez notre blessé sûrement ce centre a été détruit en très grande partie, sinon en totalité. Et cependant il n'a jamais accusé et n'accuse encore aucun trouble de l'ouïe soit d'un côté soit de l'autre. Il distingue nettement aussi bien à droite qu'à gauche, les différents sons, leur direction et les différents objets qui les émettent.

Il entend, répète et écrit ce qu'on lui dit à haute voix. Il n'y a donc pas eu de surdité psychique. Ceci s'explique par l'absence de lésion du côté du lobe temporal gauche, et confirme bien que ce lobe est le centre unique des images auditives verbales, l'unique centre sensoriel du langage entendu.

Le lobe gauche a suppléé le centre auditif droit détruit, chaque nerf acoustique étant en rapport, comme on le sait, avec les deux centres auditifs droit et gauche. Ceci est d'autant plus facile pour le lobe gauche, qu'il joue le rôle principal dans le phénomène de l'audition.

Absence de lésions du lobe temporal gauche, phénomène de suppléance, voilà les deux raisons pour lesquelles notre blessé ne présente aucun trouble auditif manifeste.

Arrivé à ce point de notre travail, il ne nous reste plus qu'à nous demander si notre conduite était justifiée. La réponse, pensons-nous, s'impose.

La large incision, sans sutures, était tout indiquée, car c'était là le seul moyen qui permettait une élimination ra-

pide et large de toute cette pulpe cérébrale, de toutes ces esquilles infectées. Sans cette large incision, sans cette plaie laissée béante, les phénomènes de compression cérébrale, de méningo-encéphalite diffuse, n'auraient pas tardé à se manifester et à enlever rapidement le blessé.

Le danger de hernie cérébrale n'était pas immédiat, il fallait courir au plus pressé, quitte, plus tard, par une opération complémentaire, ou quelque appareil prothétique, à combattre cette complication, si elle venait à se produire.

Huit ans après, la cicatrisation reste parfaite, solide.

L'écoulement du liquide céphalo-rachidien n'est pas une complication, et dans les cas comme le nôtre où les dégâts étaient considérables, où les parties mortifiées et appelées à s'éliminer étaient abondantes, il constitue un précieux avantage en drainant largement au dehors les microbes et toxines qui encombraient la plaie, il s'oppose à leur résorption, c'est enfin une véritable saignée blanche cérébrale, et c'est à cet écoulement abondant, à travers une plaie béante, que nous devons en partie, pensons-nous, d'avoir sauvé notre blessé.

CONCLUSIONS.

I. — Les lobes frontal et temporal droits peuvent être le siège de lésions assez étendues, sans donner lieu à aucun trouble immédiat moteur, sensitif, psychique ou auditif évident.

II. — La prédominance au point de vue psychique, accordée par certains physiologistes aux lobes frontaux n'est pas confirmée par notre cas.

III. — L'intelligence est fonction de toute l'écorce cérébrale.

IV. — Le centre de la surdité verbale du lobe temporal droit peut être détruit sans aucun trouble manifeste de l'ouïe du côté correspondant.

V. — La prédominance du lobe temporal gauche, au point de vue de l'audition, est confirmée par notre cas.

VI. — Les vertiges tardifs en dehors de lésions du cervelet ou de l'oreille interne sont fonction de troubles circulatoires d'origine cicatricielle.

VII. — L'affaiblissement tardif de la mémoire est fonction de l'extension du tissu de remplissage névroglique précicatricielle qui diminue ainsi la capacité fonctionnelle de l'encéphale.

VIII. — L'incision large, la crâniectomie sans sutures est indiquée dans les plaies pénétrantes infectées du crâne et de l'encéphale avec lésions étendues de ce dernier.

IX. — L'écoulement du liquide céphalo-rachidien peut être très abondant et d'assez longue durée sans donner lieu à aucune complication grave.

X. — Loin d'être une complication, il constitue souvent un avantage en drainant largement la plaie.

RUPTURE SUS-ROTULIENNE DU QUADRICEPS

TRAITÉE PAR LA SUTURE

Par M. E.-J. DEBRIE,

Médecin principal de 2^{me} classe à l'École d'application de l'Artillerie et du Génie de Fontainebleau.

OBSERVATION.

Charpentier, 19 ans, mineur, engagé le 10 février 1904 à 18 ans au 4^{me} hussards, passé le 17 septembre à la 5^{me} compagnie de remonte, détachement de l'École d'application de l'Artillerie et du Génie.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu, mère bien portante.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure à l'incorporation. Est allé deux fois seulement à la visite pendant son séjour au 4^{me} hussards, pour une bronchite légère. Au détachement de la remonte, n'a eu que deux jours d'exemption de service pour courbature.

Accidents récents et traumatismes successifs. — Le 26 novembre étant au pansage, Ch... reçoit, à moins d'un mètre de distance, un coup de pied de cheval qui frappe « en plein » sur le devant de la cuisse droite, au-dessus de la rotule. Après un premier pansement à l'infirmerie, Ch... regagne seul sa chambre et revient le lendemain à la visite, d'où il est renvoyé d'urgence à l'hôpital avec le diagnostic « contusion de la cuisse ».

A l'hôpital on constate un peu de gonflement de la région traumatisée, et dans le genou un épanchement de moyenne abondance qui se résorbe en moins de vingt jours.

Le 26 décembre, Ch... se disposait à partir en convalescence, lorsque son pied droit ayant glissé sur le verglas de la cour, il fit un brusque effort pour le retenir et tomba à la renverse, la jambe droite dans l'extension. Il eut la sensation qu'un craquement douloureux se produisait dans le genou, resta quelques secondes étendu, mais finit par se relever et par regagner son lit sans aucune assistance.

Le lendemain, le genou était redevenu le siège d'un épanchement beaucoup plus abondant que le précédent, de plus, l'impotence du membre était absolue. Dès ce moment, la rupture de l'appareil rotulien fut soupçonnée, mais non vérifiée par la palpation qui ne fit constater aucune fissure.

De plus, la rotule se mobilisait en masse sous l'influence des contractions du droit antérieur. Aussi le membre fut-il simplement placé dans une gouttière, le genou recouvert d'un pansement résolutif et compressif.

L'amélioration fût rapide; dès le lendemain le talon se détachait du lit et le 12 janvier le blessé se levait pour aller au réfectoire.

En s'y rendant d'une allure rapide, le 14 janvier au soir, il accrocha par mégarde la manche de sa capote à la serrure de la porte d'entrée. Cet accroc lui fit faire une brusque conversion au cours de laquelle le genou droit subit une violente torsion et fléchit ensuite sous le poids du corps. Ch... s'affaissa et ne put se relever.

Le lendemain, nous constatons l'impotence complète du membre, un gonflement énorme du genou, une fissure sous-cutanée de trois centimètres et demi au niveau du bord supérieur de la rotule.

Ces constatations commandaient le diagnostic de « rupture de l'appareil rotulien ». De plus, l'écartement des parties rompues fit juger nécessaire une opération qui fut pratiquée le lendemain.

Précautions minutieuses d'antisepsie commencées dès la veille. Anesthésie générale.

Opération. — Taille d'un large lambeau à convexité inférieure dont la dissection et le prélèvement découvrent toute

la région antérieure du genou. Constatation de visu d'une large effraction constituée non par une fracture transversale de la rotule, mais bien par l'arrachement du tendon rotulien dont l'os s'est séparé à l'instar d'un verre de montre sorti de sa sertissure. Le bord supérieur de la rotule est luxé en haut et en avant et sur le bord désinséré du tendon on constate à la vue et on perçoit au toucher la rainure dans laquelle était enclavé le rebord osseux rotulien. L'écartement est de trois centimètres et demi. Dans le sens transversal, la brèche mesure cinq centimètres. Dans la profondeur, les condyles du fémur apparaissent recouverts de caillots et baignés de sérosité hématique. Dans la brèche plongent des débris effilochés du surtout fibreux prérotulien. Pour arriver à mettre au net la jointure, nous devons pratiquer des débridements aux extrémités de la déchirure accidentelle. La synoviale asséchée nous relevons soigneusement les débris fibreux, et nous essayons même de former un lambeau de leur base commune en la détachant de la rotule à la rugine. A ce moment, nous constatons que l'os n'offre à l'instrument aucune résistance et qu'il est d'une friabilité telle qu'il risquerait de se fragmenter sous la pression d'un perforateur. Renonçant alors à notre intention première de réunir la rotule au tendon par une suture métallique, nous décidons de tenter le rapprochement par la simple suture au tendon des tissus fibreux péri et prérotuliens. En conséquence, douze sutures à points séparés et au gros catgut sont jetées de l'une à l'autre des lèvres de la déchirure. Au niveau de la rotule, l'aiguille traverse, en rasant l'os, la base du lambeau formé après relèvement de franges fibreuses ; elle pénètre ensuite dans l'épaisseur du tendon en avant de la dépression laissée par le bord rotulien.

Ces sutures terminées, la réunion est complète et la rotule a pris sa place primitive.

L'opération s'achève alors par la suture du lambeau cutané au crin de Florence sous drainage. Pansement aseptique et compressif ; gouttière immobilisant le membre inférieur.

Les suites opératoires furent complètement apyrétiques.

Le 1^{er} pansement fut levé le 28 janvier, A ce moment le lambeau cutané était cicatrisé par première intention sur ses deux côtés, mais son extrémité inférieure était sphacélée sur un centimètre environ de hauteur. Hâtons-nous de dire que cette zone mortifiée s'élimina rapidement et sans aucune réaction fébrile, et quelques bourgeons charnus de bonne nature ne tardèrent pas à réparer complètement cette perte de substance occasionnée très probablement par un tour de bande trop serré.

La mobilisation de la jointure et le massage sont commencés le 6 février et les séances sont continuées régulièrement chaque jour jusqu'au 18 avril.

Dès le 24 février, le blessé peut détacher son talon du lit.

Le 6 mars il marche seul; le 15 mars il peut monter et descendre les escaliers.

Sorti le 28 avril.

A ce moment, le blessé se trouva dans l'état suivant: il marche toute la journée sans appui d'aucune sorte. Il gravit et descend les escaliers avec si peu de difficultés qu'il s'est attaché bénévolement au service d'un officier en traitement au 1^{er} étage.

Localement, on ne constate plus ni craquement ni épanchement intra-articulaire. La circonférence du genou opéré prise au niveau du milieu de la rotule mesure 0^m02 centimètres de plus que celle du côté opposé, mais cette augmentation de volume tient exclusivement à l'ancienne infiltration œdémateuse des tissus périphériques. Pas d'atrophie de la jambe, atrophie de 0^m04 centimètres de la cuisse. L'appareil rotulien fonctionne bien sous l'influence des contractions volontaires du quadriceps. Le blessé peut, en se tenant debout sur sa jambe saine, étendre son membre opéré et en soulever le talon jusqu'à un mètre au-dessus du sol. La flexion de la jambe sur la cuisse est encore limitée, mais elle atteint facilement l'angle droit. État général florissant.

REMARQUES. — MM. Quénu et Pierre Duval ont publié dans la *Revue de Chirurgie* du 10 février 1905 un mémoire

sur le traitement opératoire des ruptures sus-rotuliennes du quadriceps. Ces auteurs font remarquer que jusqu'à l'époque listérienne, ce traitement n'était possible que par le repos et les appareils. En 1878, Lister appliqua le traitement sanglant, et depuis cette date Quenu et Duval ont compté 19 opérations auxquelles Quenu ajoute 3 observations personnelles. A ces 22 cas, G. Gross en a ajouté deux nouveaux qu'il a communiqués récemment à la Société de Médecine de Nancy. Notre observation porterait donc à 25 le nombre de cas publiés jusqu'à ce jour.

Dans la grande majorité de ces cas rapportés, les ruptures ont eu lieu par des causes indirectes, c'est-à-dire dans une violente contraction du membre extenseur pour éviter une chute, en s'opposant à une flexion possible de la jambe sur la cuisse. Dans notre cas, la pathogénie semble un peu plus complexe. Le trauma initial a été une contusion violente du tendon du droit antérieur au voisinage immédiat de la rotule. Dans la chute sur la glace, il y a bien eu un brusque mouvement d'extension rejetant le corps en arrière, mais dans la chute à la porte du réfectoire, le mouvement dominant semble avoir été une violente torsion de la cuisse sur la jambe. De plus, au moment de ce dernier accident, le genou était malade depuis dix semaines ; il avait été à deux reprises le siège d'épanchements abondants qui avaient distendu la synoviale et la capsule fibreuse.

Enfin, la friabilité de la rotule, prédisposait à l'arrachement du tendon au voisinage immédiat de l'os.

La luxation en avant du bord rotulien, l'écartement de trois centimètres et demi qui séparait ce bord du tendon, les caillots et les franges fibreuses qui occupaient la solution de continuité, toutes ces conditions rendaient le rapprochement spontané difficile et justifiaient l'intervention dont le résultat nous semble aussi bon que possible.

ARTHRITE AIGUË PURULENTE DU GENOU

*Consécutive à une carie avec perforation de la rotule
chez une enfant de 11 ans.*

ARTHROTOMIE ;
RÉSECTION INTRA-ÉPIPHYSAIRE SECONDAIRE ;
GUÉRISON.

Par M. le Dr **KAEPPELIN** (du Puy).
Ex-interne des Hôpitaux de Lyon.

Les indications opératoires de l'arthrite aiguë suppurée du genou offrent chez l'enfant un intérêt tout spécial. D'une part, l'importance et la possibilité fréquente de conserver les mouvements de la jointure par la simple ouverture, d'autre part, le danger, au point de vue d'une intervention osseuse, du voisinage des épiphyses actives, du fémur et du tibia, font que l'arthrotomie et la résection sont ici très discutées par les chirurgiens et que la seconde de ces opérations ne jouit, auprès du grand nombre, que d'une faveur limitée. Ces considérations nous ont engagé à publier un cas où, après arthrotomie large, nous avons été amené à réséquer secondairement le genou pour établir un drainage suffisant.

Voici l'observation de la petite malade :

Marie C..., 11 ans, m'est apportée le 2 octobre 1904. Depuis trois jours, elle souffre de douleurs violentes ayant débuté brusquement dans le genou droit qui était antérieurement malade.

L'histoire que nous racontent les parents est la suivante : L'enfant, dont la santé a toujours été excellente, se plaignait du genou depuis environ un an. Au début on ne remarquait extérieurement aucune différence avec le côté opposé. Elle ne boitait pas, même après la marche et la station debout prolongées. Peu à peu cependant on s'aperçut que la région prérotulienne devenait plus saillante à droite sans modification des téguments.

En 1904, on conduisit la malade chez un rebouteux. Celui-ci proposa aussitôt l'écrasement de cette saillie grosse comme une noix, nous dit-on, et parvint, séance tenante, à l'affaisser par des pressions énergiques. L'opération fut brutale et douloureuse. Pendant une huitaine la patiente dut garder le lit, puis la marche redevint possible sans claudication, mais le genou restait tuméfié. La fillette se plaignait d'élançements fréquents, elle se mit à pâlir et à maigrir. A la longue, la région prérotulienne sur laquelle avaient porté les manœuvres, devint le siège d'un gonflement nettement limité, de teinte rouge, puis violacée et finalement suppura. Le 15 août, il se fit une première ouverture par laquelle s'écoula une certaine quantité de pus mêlé de sang. Puis, successivement, on vit se créer deux orifices semblables au voisinage du premier.

A partir de ce jour, l'état général, qui avait décliné, s'améliora progressivement et rapidement, l'enfant reprit son embonpoint et ses couleurs, elle allait et venait, courait avec les autres enfants sans paraître souffrir. Les trois orifices s'étaient réunis en un seul, la suppuration se vidait bien, et les parents ne s'inquiétaient plus de cette plaie qu'ils pensaient devoir se fermer bientôt spontanément.

Les choses en étaient là, lorsque brusquement, le 30 septembre au matin, éclatèrent les symptômes graves pour lesquels je fus appelé à soigner la malade. Elle se réveilla en poussant des cris, arrachés, disait-elle, par le mal au genou. Le moindre mouvement, le moindre changement de position avait un retentissement douloureux dans l'articulation, le simple contact des draps était insupportable. Dans la journée, la fièvre fut intense avec agitation, céphalée, vomissements, inappétence absolue.

Le lendemain, cet état ne fit qu'empirer, et c'est alors que les parents, enfin émus, se décidèrent à transporter leur fille à la ville pour voir un médecin.

J'examine la malade le 2 octobre. Le genou droit est très globuleux, la peau lisse et tendue, chaude au toucher, n'offre pas de coloration anormale. La fluctuation est manifeste. A la partie antérieure, exactement au devant de la rotule, on voit une plaie un peu plus large qu'une pièce de deux francs, à bords irréguliers, violacés et surélevés, à fond grisâtre, sanieux, plein de pus. Les tentatives de mobilisation sont rendues presque impossibles par la douleur. Avec des précautions infinies, je parviens, en soulevant la cuisse et la jambe, à détacher le membre du plan du lit; mais il est inutile de songer à fléchir le genou, le moindre mouvement fait pousser des cris. Le stylet, introduit dans la plaie prérotulienne, arrive sur la rotule dénudée. Assez facilement, il s'engage dans un orifice percé au centre même de l'os et pénètre dans l'interligne articulaire profondément.

La température est à 40°,3, le pouls très rapide à 140, la langue sèche et rôtie, l'état déjà profondément altéré, malgré la récente apparition de la complication actuelle.

Il s'agit d'une arthrite aiguë suppurée, grave; en présence de l'imminence du danger, je propose l'intervention immédiate qui est acceptée et pratiquée le jour même.

Sous anesthésie à l'éther, je procède à l'arthrotomie large très postérieure. Ces deux incisions latérales rétro-condyliennes remontent bien au-dessus de la base de la rotule; le pus s'échappe à flots, jaunâtre, épais, sans odeur. La cavité synoviale est décapée avec des tampons de gaze stérilisée montés sur pinces. Grand lavage à l'eau oxygénée pure suivi de cautérisation à la solution de chlorure de zinc 1/10°. Deux gros drains sont placés transversalement sous la rotule. La plaie antérieure est agrandie par une incision longitudinale. Avec les ciseaux on arrive à disséquer une sorte de poche lardacée, véritable membrane pyogénique adhérente à l'os, garnie de fongosités à sa face interne; les bords cutanés sont cruentés à la curette, cautérisation au chlorure de zinc.

Grand pansement humide à l'eau bouillie et gouttière plâtrée postérieure.

Le soir, la température est 38°,7; le lendemain matin 37°,3, le soir 37°,9, mais les jours suivants l'apyrexie ne se maintient pas. Pendant une huitaine les oscillations se produisent entre 37°,6 et 38°,5, puis entre 37°,6 et 39°, 39°,2. L'enfant ne peut rien manger, la langue est très saburrale, le teint terreux, l'amaigrissement progresse. Pas d'albumine.

Localement, l'état n'est pas plus satisfaisant. Les pansements sont répétés tous les jours et chaque fois précédé d'un grand lavage par les drains à l'eau oxygénée dédoublée. L'eau du lavage ressort en partie à travers la fente rotulienne. Celle-ci s'est d'ailleurs un peu agrandie par l'ablation d'un séquestre retiré quelques jours après l'arthrotomie au centre de l'os. La suppuration est peu abondante, le genou reste globuleux, les bords des incisions sont éversés, exubérants, ils prennent l'aspect chair d'huître avec consistance cartilagineuse.

Pour compléter le drainage, j'incise le cul-de-sac supérieur où un drain est placé. Malgré l'écoulement d'une certaine quantité de pus fétide et un abaissement passager de la température, l'hecticité progresse. Il s'est fait des infections secondaires, l'articulation se vide mal, il y a rétention et résorption de produits septiques. L'arthrotomie remonte à un mois.

Devant cet état persistant la résection me parut être le seul moyen de drainage efficace, et après avoir hésité à cause de l'âge de la malade, je me décide à la pratiquer.

Le 7 novembre, incision en H antérieure, ablation sous-périostée de la rotule, issue d'une certaine quantité de pus fétide qui paraît provenir spécialement du cul-de-sac supérieur. Les extrémités articulaires luxées sont saines, sauf un point d'ulcération du cartilage fémoral, large d'un demi-centimètre à la partie antéro-externe de la trochlée. Section

des extrémités articulaires à la scie fine dans le tissu spongieux, en deçà des cartilages diaépiphysaires qui ne sont pas entamés. Le tissu osseux est parfaitement sain. Excision des rebords proliférés des plaies d'arthrectomie qui sont utilisées pour le drainage. Un gros drain est placé verticalement de chaque côté, un troisième oblique glisse entre les extrémités osseuses réséquées; enfin, un dernier, très long, est passé longitudinalement de l'incision du cul-de-sac sous-quadricipital à la plaie rotulienne. Sutures de la ligne d'incision. On applique directement sur la peau une attelle plâtrée postérieure, étroite au niveau du creux poplité, renforcée par deux bandes plâtrées qui se croisent au-dessus et au-dessous du genou sur la face antérieure du membre, afin de parfaire l'immobilisation. Un pansement sec à l'iodoforme est appliqué par dessus, de façon à pouvoir être changé sans toucher l'appareil.

Après l'intervention, la température est tombée et n'a plus dépassé 38°.

Premier pansement au bout de cinq jours. La suppuration est modérée.

Huit jours plus tard, la température restant normale, le drain qui était placé entre les extrémités osseuses est supprimé. Un nouveau plâtre semblable au premier fixe les os en contact pour obtenir le plus vite possible l'ankylose nécessaire.

Dès le lendemain de l'opération, l'appétit est revenu. Grâce à la suralimentation, la petite malade a reconquis à vue d'œil son embonpoint et ses joues roses. Quand j'enlève le plâtre, le 18 janvier, c'est-à-dire près de deux mois et demi après la résection, l'ankylose est déjà solide, les drains sont retirés. Les orifices laissés par eux ont donné lieu à des fistules que des cautérisations répétées à la teinture d'iode et au nitrate ont tari successivement.

Fin mars la fillette, qui revient de la campagne, est toujours dans un état prospère, la cicatrice est complète, adhérente à l'os, la soudure osseuse est parfaite, la marche est possible. Les mensurations donnent les chiffres suivants :

| | Côté droit | Côté gauche |
|---|------------|-------------|
| Circonférence du mollet à sa partie moyenne..... | 19 | 19 |
| — de la cuisse au-dessus du genou.... | 24 | 24 |
| — de la cuisse au tiers supérieur..... | 27 | 28 |
| Longueur mesurée de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole externe..... | 63,5 | 65 |

Les parents affirment que l'enfant a grandi pendant sa maladie; il n'y aurait donc pas eu de différence, au moins sensible, de l'accroissement entre les deux côtés.

L'attitude est celle de la flexion légère qui a été donnée primitivement. Pas de déviation latérale. Il semble permis d'espérer que l'ostéogénèse se continuera régulière au niveau des épiphyses actives du membre opéré.

Actuellement, la petite malade porte un appareil orthopédique confectionné sur elle par M. Aubert (de Lyon), destiné à renforcer l'ankylose.

Mais il s'agit là d'une simple mesure de prudence, la marche sans tuteur étant parfaite. En somme, le résultat fonctionnel, toutes réserves faites pour l'avenir, est aussi bon qu'il était possible de le désirer ; notre malade est guérie et conserve un membre solide, sans raccourcissement.

Nous avons vu tout récemment (20 septembre) notre opérée. Elle a grandi, et à deux reprises l'appareil a dû être allongé d'un cran. La différence entre les deux membres est toujours de 1 centimètre 1/2.

L'intérêt de ce cas nous a paru résider en plusieurs points :

Dans l'étiologie de cette arthrite aiguë par perforation rotulienne à la suite d'un hygroma suppuré probable, dans la conduite chirurgicale que nous avons dû tenir, la résection s'étant ici présentée comme opération de choix, préférable à l'amputation, après une arthrotomie inefficace, enfin, dans le résultat, au moins immédiat, de cette intervention si redoutée des chirurgiens d'enfants.

La cause directe de la suppuration articulaire fut, bien évidemment, l'ouverture de l'article par le travail de carie rotulienne qui aboutit à la perforation. La notion d'une suppuration de la région datant de deux mois lorsque éclatèrent subitement les symptômes, l'existence du trajet osseux constaté au stylet au premier examen, ne permettent à ce sujet aucun doute, une question plus délicate à résoudre est celle de savoir quel a été le processus initial. Il est certain qu'obligés de nous en rapporter au récit des parents, nous ne saurions trancher par l'affirmative.

L'évolution même de l'affection autorise, je crois, à rejeter délibérément la tuberculose articulaire. Une tuméfaction au début limitée au-devant de la rotule, une suppuration primitivement extérieure, avec intégrité de la fonction, possibilité de la marche sans aucune claudication, nous forcent bien à songer à une lésion d'abord extra-articulaire compliquée secondairement d'infection de la synoviale par l'établissement d'une communication avec la cavité séreuse à travers la rotule. La tumeur blanche n'est pas admissible.

Nous ne savons pas qu'on ait signalé l'existence d'ostéites primitives de la rotule avant suivi cette marche. Le

traumatisme pourrait à la rigueur en rendre compte. Or les parents de la fillette disent bien qu'elle reçut à deux reprises des chocs au devant du genou; mais la fréquence habituelle de ces contusions ordinairement sans conséquences ne permet pas d'attacher trop d'importance à cette cause.

Reste l'hygroma suppuré. L'histoire clinique nous a d'emblée suggéré cette hypothèse et l'intervention, en nous montrant une poche lardacée prérotulienne que nous avons excisée, nous a confirmé dans cette idée première. S'il faut en croire les auteurs, l'arthrite purulente se voit exceptionnellement en tant que complication d'une inflammation de la bourse séreuse. Tillaux note la possibilité du fait, bien qu'il ne l'ait pas observé : « On constate, dit-il, au devant de la rotule l'existence d'une tumeur circonscrite présentant tous les caractères d'un abcès chaud, comme à la suite d'une plaie; moins souvent cependant l'inflammation dépasse les limites de la cause et donne naissance à un phlegmon périarticulaire. Ces affections ne mériteraient une mention spéciale qu'en raison du voisinage de l'articulation du genou. Ce n'est pas toutefois que l'infiltration se propage à la jointure, car bien que le fait puisse à la rigueur se produire, je le crois très exceptionnel et ne l'ai pour mon compte jamais observé. »

D'autres chirurgiens en citent pourtant des exemples, tel celui de Desahyes (th. de Paris, 1898) rapporté dans la thèse de Gautier (Lyon, 1902). En tous cas cette évolution est fort rare, et quoique nous n'ayons qu'une quasi-certitude, méritait à ce titre d'être relevée.

En présence de cette suppuration articulaire grave, c'est à l'arthrotomie, à l'exclusion de toute autre intervention, que nous avons songé, et nous l'avons pratiquée d'urgence. Nous n'avons pas osé, devant l'intensité des symptômes généraux, nous contenter du drainage sous-quadricipal avec inclinaison du membre à 45° recommandé par Jaboulay dans la thèse de son élève Gautier. Ce procédé aurait donné à notre maître trois succès dans des cas de gravité moyenne.

Nous ne savons pas qu'on l'ait dirigé jusqu'ici contre les arthrites s'accompagnant de signes généraux aussi sérieux. Le professeur Maurice Pollosson, dont l'avis est rapporté par Gautier, a employé plusieurs fois l'ouverture du cul-de-sac supérieur, mais reste partisan de l'arthrotomie classique dans les formes suraiguës : « Beaucoup d'arthrites suppurées du genou sont justiciables de l'ouverture du cul-de-sac sous-quadricipital.

Les formes bénignes de l'adulte, et surtout de l'enfant, les formes moyennes guérissent bien par ce procédé. Dans les formes graves, septiques, avec état général très alarmant, il fait et ferait les deux incisions latérales rétro-condyliennes ; mais cette arthrotomie lui a en général donné de mauvais résultats ; les malades sont morts pour la plupart, ce n'est pas une arthrotomie quelle qu'elle soit qui peut les sauver, seule l'amputation haute précoce de la cuisse peut arriver à conjurer la gravité très grande de ces formes malignes. » (Gautier, loc. cit.).

Nous avons donc pratiqué l'arthrotomie large postérieure et suivant les règles tracées par Broca dans ses Cliniques : « N'ayez jamais recours à l'incision très antérieure qui longe le bord de la rotule. Il faut que de chaque côté, à la partie postérieure des faces latérale du genou vous traciez une longue incision qui atteigne en haut la limite du cul-de-sac sous-tricipital, qui en bas dépasse l'interligne articulaire. Puis, sous la rotule, vous mettez un gros, très gros drain transversal, rarement vous aurez à faire une contre-ouverture. Cela vide peut-être incomplètement l'articulation ; mais, en pratique, cela m'a toujours suffi chez l'enfant, sans même que j'aie eu besoin de recourir aux lavages. » (Broca, *Presse médicale*, 1900.)

Nous étions en droit d'attendre le succès de cette opération devenue classique depuis le plaidoyer de Jalaguier. Ce résultat n'a pas réalisé nos espérances : la température s'est abaissée d'abord sans tomber à la normale, pour présenter bientôt les oscillations de la fièvre hectique, le genou est resté globuleux, les plaies opératoires sont devenues atones sans ten-

dance à la réparation. Malgré la contre-ouverture tardive du cul-de-sac supérieur, la suppuration se vidait mal. Une seconde intervention s'imposait pour enrayer la septicémie et prévenir une mort fatale.

Nous avons l'amputation et la résection. L'amputation était formellement repoussée par la famille; la résection nous parut présenter le double avantage de pouvoir sauver la malade du péril imminent par l'établissement d'un drainage parfait et de lui conserver un membre relativement utile, pensions-nous, à condition bien entendu de respecter les cartilages diaépiphysaires.

Le principal intérêt de notre cas nous paraît justement résider là. Le traitement opératoire des suppurations du genou, surtout chez l'enfant, divise encore les chirurgiens. Les uns, Jalaguier, Broca estiment que l'arthrotomie est applicable à tous les cas, guérit à peu près toujours et sans raideur consécutive. Les autres : Poncet, X. Delore, pensent qu'il faut recourir d'emblée, au moins dans les arthrites par plaies pénétrantes (et nous croyons pouvoir ranger la nôtre dans cette catégorie) à la résection.

Broca s'exprime ainsi : « Assez souvent on observe chez l'enfant, en bas âge surtout, et principalement dans le genou, des arthrites suppurées de cause inconnue, probablement liées à un petit point d'ostéomyélite et s'accompagnant d'un état général grave. Pour ces cas, je ne dirai pas comme je l'affirme pour l'arthrite suppurée traumatique, qu'aucun de mes malades n'est mort, mais *après simple arthrotomie la guérison est la règle*; la guérison est à coup sûr moindre que pour l'ostéomyélite des enfants en bas âge. J'ajouterai que, à plusieurs reprises, sur des enfants de tout âge, j'ai observé des arthrites suppurées du genou consécutives à des ostéomyélites évidentes, soit du fémur en bas, soit du tibia en haut, *jamais je n'ai fait la résection*, et chez les sujets qui ont succombé, j'ai l'impression qu'il faut faire intervenir l'infection osseuse primitive, soit en raison d'une acuité immédiate excessive, soit en raison des foyers multiples. En somme, le pronostic est alors celui de l'ostéomyélite et non pas celui de l'arthrite suppurée du genou. »

Pour Broca, la résection n'est donc jamais applicable à l'enfant atteint de suppuration du genou. Il ne faut pas pratiquer de brèche osseuse, l'unique intervention c'est l'arthrotomie.

X. Delore juge de la conduite à tenir de façon bien différente : « Cette conduite (l'arthrotomie), qui réalisait la première idée du drainage articulaire, constituait un réel progrès à cette époque où ses indications se substituaient à celle de la ponction articulaire. Elle établissait alors une heureuse transition entre le traitement insuffisant, la ponction, et les méthodes vraiment chirurgicales alors, aujourd'hui encore, l'arthrotomie, qui est une opération simple et bénigne, rendrait des services incontestables au praticien que n'effrayeraient pas l'anesthésie et le bistouri. »

Il la réserve comme inefficace aux cas d'allure bénigne, parce qu'elle ne réalise pas un drainage articulaire parfait, quels que soient la ligne des incisions et le siège des contre-ouvertures. L'interligne reste serré, les cartilages semi-lunaires sont en contact, les drains introduits dans le replis articulaires, et à plus forte raison entre les os, ne jouent pas et s'oblitérent. Il y a, en un mot, stagnation du pus dans les recoins de la synoviale, notamment autour des ménisques et dans les régions déclives postérieures. Le pus, retenu dans cette cavité articulaire, qui a des rapports très étendus avec le système lymphatique, amène des accidents graves : fusées purulentes et souvent septicémie généralisée. Les lavages mêmes sont illusoires, le pus se reforme. Que si on invoque la mobilité retrouvée dans la moitié des cas, Delore répond : « Avant de sauver la fonction gravement compromise, il faut assurer le salut du blessé. »

Pour la *synovectomie*, recommandée par Albertin et Tollet (thèse de Lyon, 1896), il lui voit une supériorité réelle dans ce fait que les larges incisions que nécessite ce procédé découvrent l'articulation tout entière.

L'*arthrectomie* n'est bonne que si elle n'est pas parcimonieuse, et alors c'est une résection déguisée.

La *résection* représente l'intervention idéale ; elle réalise la « plus haute expression du drainage articulaire »

Si chaque méthode a donné des succès, c'est qu'il y a toute une échelle de gravité; mais on risque d'être impuissant si l'on n'applique pas à temps une méthode énergique. « Pour conserver le membre et vie de l'individu, la meilleure méthode de traitement des arthrites infectieuses par plaie pénétrante du genou doit consister dans la résection précoce. » X. Delore cite les cas heureux de Lagoutte; il recommande l'incision en H de Moreau, antérieure, et le drainage potéro-latéral par deux incisions postérieures, complété par l'incision poplitée facultative et différemment appréciée (Berger-Monod).

Ce qui est surtout important à retenir pour nous dans son travail, c'est que ces considérations s'appliquent à l'enfant comme à l'adulte : « Chez l'enfant, la résection pratiquée au couteau ostéotome sera beaucoup moins étendue et ménagera toujours les cartilages de conjugaison. A cet âge du reste la cavité articulaire a des dimensions réduites, des drains d'un calibre plus mince réalisent alors un drainage efficace; il n'est pas nécessaire de pratiquer une grande brèche interosseuse pour les insinuer (1). » On ne réunira pas les os par la suture. Immobilisation dans un appareil plâtré.

Tel est, d'après MM. Poncet et Delore, le traitement de choix : la résection précoce prématurée avant l'essai de toute autre intervention chirurgicale, la clinique ayant démontré que, dans les cas sérieux, la taille antérieure est insuffisante et incapable de sauver le malade menacé de septicémie.

L'observation que nous avons longuement rapportée paraît justifier ces conclusions. L'arthrotomie, précoce et large, n'a pas enrayé la septicémie, parce qu'elle n'a pas assuré le drainage articulaire parfait, malgré les lavages répétés tous les jours et la contre-ouverture supérieure. Le pus se reformait, et nous avons pu voir au cours de la seconde opération qu'il séjournait dans les parties déclives. La résection que nous avons faite secondairement en pleine hecticité a donné plein succès, nous lui attribuons une double efficacité,

(1) DELORE. De la résection précoce dans les arthrites infectieuses par plaies pénétrantes du genou. (*Gaz. des hôp.*, 9 nov. 1899.)

estimant qu'elle a eu pour conséquence d'établir l'écoulement total du pus articulaire, de supprimer un foyer infectieux permanent par l'ablation de la rotule nécrosée.

Mis à part, le résultat vital, indiscutable, le résultat fonctionnel primitif est excellent. Que faut-il présumer des suites éloignées, de l'avenir de ce membre réséqué chez une fillette en pleine croissance ? Broca, adversaire de la résection, la considère comme déplorable : L'importance est grande de ne pas réséquer le genou de l'enfant. Ici, je le sais, on pourra respecter les cartilages conjugaux, malgré cela on n'évitera probablement pas toujours ces raccourcissements, ces déviations secondaires qui font que dans la tumeur blanche du genou la résection, même intra-épiphysaire, donne à longue échéance un résultat fonctionnel déplorable. Mais supposez que cette crainte soit chronique, reste l'inévitable ankylose. Or si je mets à part les ostéomyélites où il faut compter avec l'action mécanique des hyperostoses, mes opérés d'arthrotomie pour arthrite suppurée du genou ont presque tous guéri sans aucune raideur. Aucun d'eux n'a subi dans la suite une ankylose complète. Le retour des mouvements est ici bien plus fréquent que chez l'adulte. »

Et encore l'ankylose regrettable est-elle, pour Broca, un résultat heureux bien rarement obtenu chez l'enfant, et beaucoup plus fréquente est, d'après lui, la pseudarthrose avec membre ballant complètement inutile. Si donc on ajoute les arrêts d'accroissement qui produisent à la longue ces différences énormes entre la longueur des deux membres et les déviations de l'ostéogénèse susceptibles d'amener l'incurvation latérale de la flexion, atteignant parfois l'angle droit, on trouve bien sombre l'avenir fonctionnel pour l'enfant réséqué.

Le professeur Ollier lui-même ne conseille chez l'adulte l'opération qu'avec d'extrêmes réserves. « Si donc on constate des dénudations des cartilages, des érosions et des poils nécrosés, il vaut mieux faire de suite la résection typique qui sera le meilleur des drainages.

La résection pratiquée au milieu d'un foyer purulent sera faite dans des conditions défavorables pour la réunion des os,

La désinfection de la plaie opératoire et des foyers périphériques sera difficile, et malgré les nombreux pansements qu'on pourra faire dans les premiers jours, on ne sera pas sûr de réussir. Aussi, quand on trouvera des altérations osseuses diffuses et profondes, fera-t-on mieux d'en venir immédiatement à l'amputation. »

Chez notre petite malade, nous avons obtenu une ankylose solide qui permet la marche avec raideur, mais sans boiterie. Nous n'avons encore, après huit mois, ni déviation, ni raccourcissement, nous gardons l'espérance de voir grandir le membre dans la rectitude, persuadés d'avoir respecté intégralement les cartilages conjugaux et non convaincus de l'action que peut avoir sur eux la section osseuse opérée dans leur voisinage lorsqu'ils sont exempts d'ulcérations et de destructions partielles comme dans la tuberculose et lorsqu'ils n'ont été entamés en aucun point par l'intervention.

CONCLUSIONS.

De ces faits cliniques et de ces résultats, nous croyons devoir tirer les conclusions suivantes :

1° Dans les formes graves d'arthrite aiguë suppurée de l'enfant, l'arthrotomie précoce et large peut être insuffisante et ne pas réaliser le drainage parfait.

2° A ce point de vue la résection représente l'intervention idéale et nous paraît préférable. Cependant, devant l'importance qu'il y a à ne pas réséquer le genou de l'enfant (ankylose fatale, danger de pseudarthrose, raccourcissements et déviations), et devant le résultat fonctionnel ordinairement parfait que donne l'arthrotomie (Jalaguier, Broca), nous pensons que même dans les cas sérieux elle doit, dès l'abord, être essayée.

3° Si l'infection persiste, quoique atténuée, il ne faut pas hésiter à recourir à la réaction qui, intraépiphysaire, conservera un membre utile, solide et peu raccourci.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

ET HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE SUBTOTALE.

Par M. Dr Robert SOREL (de Dijon).

Dans ces dix dernières années, la voie abdominale a repris la place que la voie vaginale a perdue. Les raisons en sont que par la laparotomie le chirurgien peut voir clairement ce qu'il fait, et qu'ensuite il peut limiter son action à l'étendue des lésions. La voie vaginale ne semble plus guère réservée qu'aux cancers limités de l'utérus et aux suppurations pelviennes aiguës.

I. L'hystérectomie abdominale totale est applicable :

a) Aux tumeurs de l'utérus dont le type le plus fréquent est le fibrome. Cette opération est devenue bénigne, grâce à la technique, qui s'est très perfectionnée dans ces derniers temps ; les différents procédés décrits permettent au chirurgien de mener à bien l'opération en variant la technique suivant les cas. Elle a l'avantage d'être une opération complète.

b) L'hystérectomie abdominale totale a été appliquée comme opération complémentaire dans les cas de tumeurs ou lésions suppuratives des annexes. J'ai indiqué ainsi au Congrès de 1901 (C.-R., p. 821), quelles étaient les indications de cette hystérectomie abdominale totale.

1° Lorsqu'il existe des lésions utérines, suppuration, sclérose, fibrome, etc.

2° Lorsqu'il y a nécessité d'assurer un drainage à la partie déclive du petit bassin, après rupture de poche suppurée, dans le cas de fausse membrane tapissant le petit bassin, etc.

3° Lorsque les surfaces cruentées sont étendues, pour les recouvrir (autoplastie de Snéguizef), le grand lambeau utéro-vésical que donne l'hystérectomie permettant facilement cette autoplastie.

II. L'accord semblait fait lorsqu'une nouvelle venue, l'hystérectomie abdominale subtotale, est venue remettre en question cette question des indications. Il est certain que la subtotale a gagné beaucoup de terrain ces temps-ci. Quelles en sont les raisons ? La majorité de ceux qui s'en sont montrés partisans ont déclaré que leur préférence est due à ce que la subtotale était d'une exécution plus facile, et à ce qu'elle exposait moins aux hémorragies.

J'ai pratiqué l'année dernière six hystérectomies subtotale pour fibrome avec succès. Je n'ai donc pas été impressionné défavorablement par cet essai ; je reconnais que le premier argument donné en faveur de la subtotale est juste dans une certaine mesure. Cependant il ne faut pas exagérer la difficulté de la totale, et la différence entre les deux n'est pas bien grande à ce point de vue ; elle me paraît suffisante pour trouver une des indications de la subtotale dans les cas difficiles, par exemple dans les cas de parois abdominales très épaisses qui rendent les manœuvres profondes dans le petit bassin très pénibles ; dans les cas où les malades sont affaiblies, ou bien encore si la malade dormant mal, les intestins viennent encombrer le champ opératoire. Même dans ce cas, elle me semble contre-indiquée, si on a affaire à des lésions infectieuses nécessitant le drainage. Mon avis est formel, le seul drainage efficace est celui qui est fait en partie déclive au fond du petit bassin, par le vagin laissé largement ouvert. Le drainage abdominal n'offre pas de sécurité, de plus il irrite le péritoine qui se défend par une sécrétion plus ou moins abondante qui vient souiller le pansement et risque d'infecter ainsi la grande cavité abdominale.

On a déjà cité des cas où on a été obligé de faire secondairement des ouvertures des culs-de-sac vaginaux ou des ablations du col.

Lorsqu'on est en présence d'un fibrome de l'utérus, il est rationnel de faire l'ablation totale de l'organe pour éviter des récidives dans le moignon ou les dégénérescences cancéreuses secondaires signalées par Richelot.

Mais le plus souvent les fibromes utérins s'accompagnent de métrite, et dans ces cas, l'ablation du col s'impose. Tous les classiques nous ont appris que les lésions les plus étendues et les plus tenaces de la métrite résidaient dans le col, au point qu'on a imaginé des opérations pour extraire le col comme méthode de guérison de ces métrites. Le type de ces opérations est le Schröder. Or, aujourd'hui qu'on opère par le ventre, on vient nous dire qu'il faut justement laisser ce col !

Pour répondre à cette objection, quelques partisans de la subtotale ont déclaré qu'ils détruiraient la muqueuse du col, en faisant dans le canal cervical une thermocautérisation. Je considère cette pratique comme antiscientifique pour les raisons suivantes :

1° Les lésions de la métrite du col ne sont pas des lésions de la surface de la muqueuse, mais des lésions profondes siégeant dans et autour des culs-de-sacs glandulaires, le passage du thermocautère à l'entrée du moignon ne détruit pas ces lésions profondes.

2° Les microorganismes siègent également en abondance dans les parties profondes, et on ne peut pas dire que le col est stérilisé par le thermocautère.

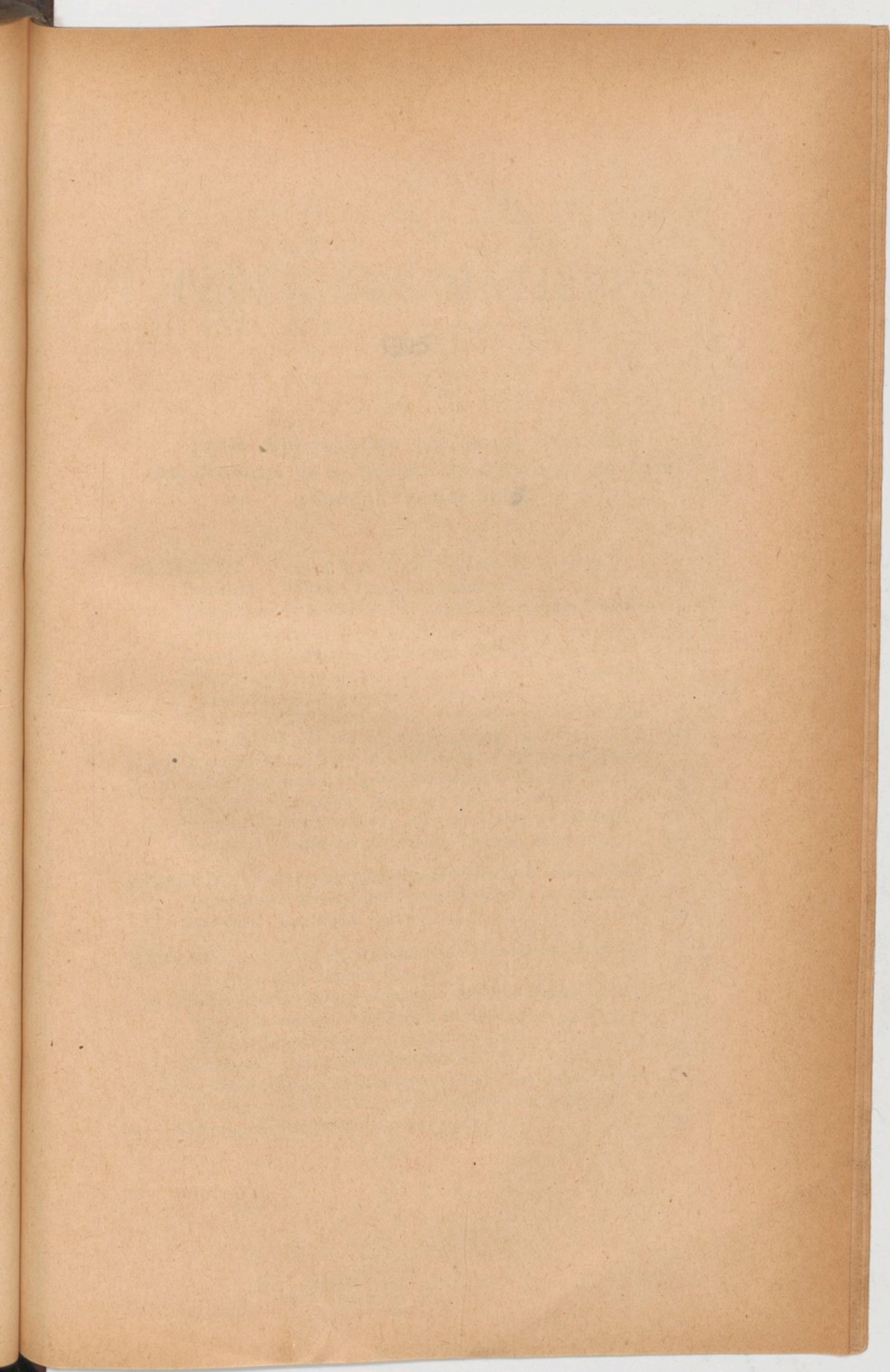
3° Le but de la chirurgie scientifique est d'obtenir des réunions par première intention, et pour cela il faut faire des sections nettes ; c'est aller contre ce but que de faire une nouvelle lésion qui produira une eschare, facilement infectée, qui s'élimine plus ou moins bien.

4° Enfin la manœuvre du thermocautère expose à l'infection de la plaie et prolonge inutilement l'opération.

Comme conclusion, je considère l'hystérectomie abdominale totale comme l'opération de choix, et dans les cas de lésions utérines et dans les cas de lésions péri-utérines, quand l'ablation de l'utérus est indiquée.

L'hystérectomie abdominale subtotale est l'opération d'exception. Elle est indiquée dans les cas où les manœuvres au fond du bassin sont rendues difficiles, et à ceux seulement où les lésions ne nécessitent pas le drainage.

Le Gérant, D^r VALLAS.



1302

10

137695

TABLE DES MATIÈRES

1905

Table alphabétique par noms d'auteurs
des Travaux de la Société de Chirurgie de Lyon
pendant l'année 1905.

| | |
|---|-----|
| ALBERTIN. — A propos de la gastro-entéro-anastomose..... | 23 |
| DISCUSSION : Vallas, Gangolphe, Albertin..... | 24 |
| — Tuberculose utéro-annexielle ; hystéro-ovariotomie ; extériorisation du foyer drainé par le Douglas..... | 174 |
| DISCUSSION : Condamin, Goullioud, Albertin..... | 177 |
| — Pyloroplastie partielle pour néoplasme, suivie de pylorectomie totale avec gastro-entéro-anastomose..... | 178 |
| — Tumeur rénale extrêmement vasculaire, solide et fluctuante ; ablation par la voie abdominale ; guérison..... | 178 |
| — Gastrostomie appliquée au traitement d'un rétrécissement cicatriciel infranchissable ; dilatation rétrograde..... | 286 |
| DISCUSSION : Gangolphe, Bérard, Gayet, Albertin..... | 289 |
| — A propos des hydro-salpinx et de la torsion du pédicule.. | 262 |
| DISCUSSION : Condamin, Goullioud, Vincent, Albertin..... | 294 |
| ARNAUD. — Double entérectomie pour ulcérations tuberculeuses sténosantes multiples de l'intestin grêle et du cæcum... | 163 |
| DISCUSSION : Goullioud, Bérard..... | 164 |
| BÉRARD. — Hernie crurale étranglée ; pincement latéral de l'intestin grêle à signes latents..... | 75 |
| — Mastoïdite avec thrombo-phlébite du sinus latéral et de la jugulaire interne ; trépanation du sinus après ligature et résection de la jugulaire ; pyohémie..... | 81 |
| DISCUSSION : Tixier, Nové-Josserand | 89 |
| — Sur deux cas d'entéro-anastomose pour lésions inextirpables de l'intestin grêle et du cæcum (tuberculose et cancer)... | 205 |
| DISCUSSION : Goullioud | 209 |

| | |
|--|--------|
| BÉRARD. — Tumeurs végétantes des deux ovaires ; torsion du pédicule de l'une de ces tumeurs avec transport du cæcum dans le flanc gauche..... | 296 |
| DISCUSSION : Condamin, Goullioud, Bérard, Durand, Albertin | 299 |
| — Grossesse tubaire et pyosalpinx ; rupture de la poche tubaire au cours de l'anesthésie ; castration abdominale ; guérison..... | 319 |
| CONDAMIN. — Deux observations d'hystérectomie vaginale pour cancer du col sur utérus gravide..... | 13 |
| DISCUSSION : Goullioud..... | 18, 19 |
| — Cancer du col et grossesse..... | 153 |
| DISCUSSION : Goullioud, A. Pollosson..... | 150 |
| DESTOT. — Fracture du scaphoïde directe..... | 56 |
| — Dislocation du carpe..... | 261 |
| — De la perte des mouvements de pronation et de supination dans les fractures du radius..... | 308 |
| DISCUSSION : Gangolphe, Durand..... | 310 |
| DURAND. — Cicatrices vicieuses de la face et des deux mains. | 71 |
| DISCUSSION : Bérard, Tixier, Rollet, Durand..... | 73 |
| — Fracture limitée du crâne ; infection ; hémiplegie et épilep-jacksonienne croisée ; trépanation..... | 112 |
| — Symphyse staphylo-pharyngée syphilitique..... | 180 |
| DISCUSSION : Vallas, Martin..... | 182 |
| — Cholécystectomie sous-séreuse..... | 227 |
| DISCUSSION : Tixier..... | 231 |
| — Appendicite aiguë ; appendicectomie 15 heures après le début des accidents, guérison..... | 264 |
| DISCUSSION : Bérard, Goullioud..... | 267 |
| — La castration abdominale dans les tuberculoses utéro-an-nexielles..... | 279 |
| DISCUSSION : Condamin, Tixier..... | 285 |
| ECOT. — Corps étranger de l'œsophage..... | 121 |
| DISCUSSION : Bérard, Vincent..... | 133 |
| — Tixier, Destot, Ecot..... | 144 |
| ÉLECTIONS : Nomination de M Gangolphe comme vice-pré-sident ; de MM. Gayet et Vignard comme secrétaires des séances ; de M. Fabre. comme membre titulaire ; de MM. Cantas (d'Athènes), Kaepelin (du Puy), Sorel (de Dijon), comme membres correspondants..... | 286 |

| | |
|---|----------|
| GANGOLPHE. — Ostéo-sarcome de l'utérus..... | 21 |
| DISCUSSION : Bérard, Gangolphe..... | 21 |
| — Grossesse double intra-utérine et extra-utérine..... | 40 |
| DISCUSSION : A. Pollosson..... | 43 |
| — Des résections diaphysaires ou diaphyso-épiphysaires des os de la jambe..... | 46 |
| — Recherches à ce sujet par MM. Molin et Viannay..... | 46 |
| — Ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du péroné ; résection hâtive ; résultats 11 mois après..... | 279 |
| DISCUSSION : Albertin, Bérard, Gangolphe..... | 277 |
| — Fracture itérative du fémur ; consolidation imparfaite liée à la fragilité pathologique de l'os, traitée par le décollement étendu et l'enfoncement de chevilles d'ivoire..... | 301 |
| DISCUSSION : Vincent..... | 303 |
| — Résection anaplastique du calcaneum ; ses indications..... | 306 |
| — Fracture spontanée du col du fémur chez un garçon de quinze ans ; rapports de ces lésions avec les faits groupés sous le nom de coxa-vara..... | 313 |
| DISCUSSION : Nové-Josserand, Bérard, Durand, Destot..... | 317 |
| — Radiographie d'une fracture du col du fémur..... | 324 |
| — Genu varum de l'adolescence ; considérations sur la nature de certaines déviations..... | 333 |
| DISCUSSION : Nové-Josserand..... | 336 |
| | |
| GAYET. — Ligature de l'artère axillaire sectionnée par une balle de revolver..... | 5 |
| DISCUSSION : Gangolphe, Vallas, Villard..... | 10 |
| — Un cas de tumeur, dite mixte, de la glande sous-maxillaire..... | 89 |
| — Ostéomalacie localisée..... | 258 |
| DISCUSSION : Destot..... | 259 |
| | |
| GOULLILOUD. — Kyste de l'ovaire tuberculeux..... | 45 |
| — De l'étalement pelvien du colon terminal et de l'occlusion post-opératoire par adhérence..... | 193 |
| DISCUSSION : Vincent, Condamin, Goullioud..... | 202 |
| — Torsion intra-ovarienne d'un kyste de l'ovaire..... | 325 |
| DISCUSSION : Bérard..... | 327 |
| | |
| HORAND (M.). — Discours à la Société en prenant le fauteuil de la présidence..... | 269 |
| | |
| HORAND (R.). — Tumeur congénitale de la région sus-hyoïdienne latérale droite ; hémolympangiome probable... DISCUSSION : Albertin, Condamin, Villard, Durand, Nové-Josserand..... | 19 21 |

| | |
|---|----------|
| HORAND (R.). — Chondro-dystrophie ou achondroplasie et nanisme dysthyroïdien myxœdémateux..... | 94 |
| KAEPPELIN. — Hémorragie grave par ulcération de la carotide interne au cours d'une otite ; ligature de l'artère carotide primitive ; guérison..... | 329, 342 |
| DISCUSSION : Tixier, Vallas, Bérard, Rochet..... | 331, 342 |
| LATARJET. — Du traitement de l'asphyxie par l'aspiration intra-trachéale bronchique..... | 231 |
| DISCUSSION : Vallas, Vincent, Goullioud, Gangolphe, Durand, Tixier..... | 235 |
| — Cancer oro-pharyngé..... | 268 |
| DISCUSSION : Albertin..... | 268 |
| LECLERC. — Radius curvus..... | 115 |
| DISCUSSION : Nové-Josserand, Albertin, Ecot..... | 119 |
| — Paralysie du sciatique poplité externe consécutive à un accouchement laborieux..... | 184 |
| DISCUSSION : Patel, Vincent..... | 188 |
| MARTIN (Cl.). — Fractures du nez traitées par les appareils du docteur Martin..... | 162 |
| DISCUSSION : Vincent, Martin..... | 162 |
| — Sur quelques déformations de la face et de la bouche consécutives aux résections du maxillaire inférieur..... | 169 |
| DISCUSSION : Tixier, Vallas, Martin..... | 170, 172 |
| — De l'hémirésection du maxillaire inférieur avec prothèse immédiate..... | 244 |
| DISCUSSION : Vincent, Vallas, Martin..... | 248 |
| NOVÉ-JOSSERAND. — Ostéomyélite du bassin ; ablation de l'ilion ; réparation complète de l'os..... | 48 |
| DISCUSSION : Vallas, Nové-Josserand..... | 50 |
| — Fracture ancienne du nez ; redressement avec l'appareil du docteur Martin..... | 63 |
| DISCUSSION : Cl. Martin, Bérard..... | 64 |
| — Deux cas de chirurgie urinaire..... | 318 |
| — Hypospadias périnéo-scrotal guéri par le procédé de la greffe autoplastique..... | 343 |
| DISCUSSION : Vincent, Nové-Josserand, Rochet..... | 347 |
| PATEL. — (Voir Bérard)..... | 205 |
| — Paralysie du sciatique poplité externe..... | 263 |
| — Pyo-salpinx tuberculeux bilatéral ; salpingectomie double.. | 321 |

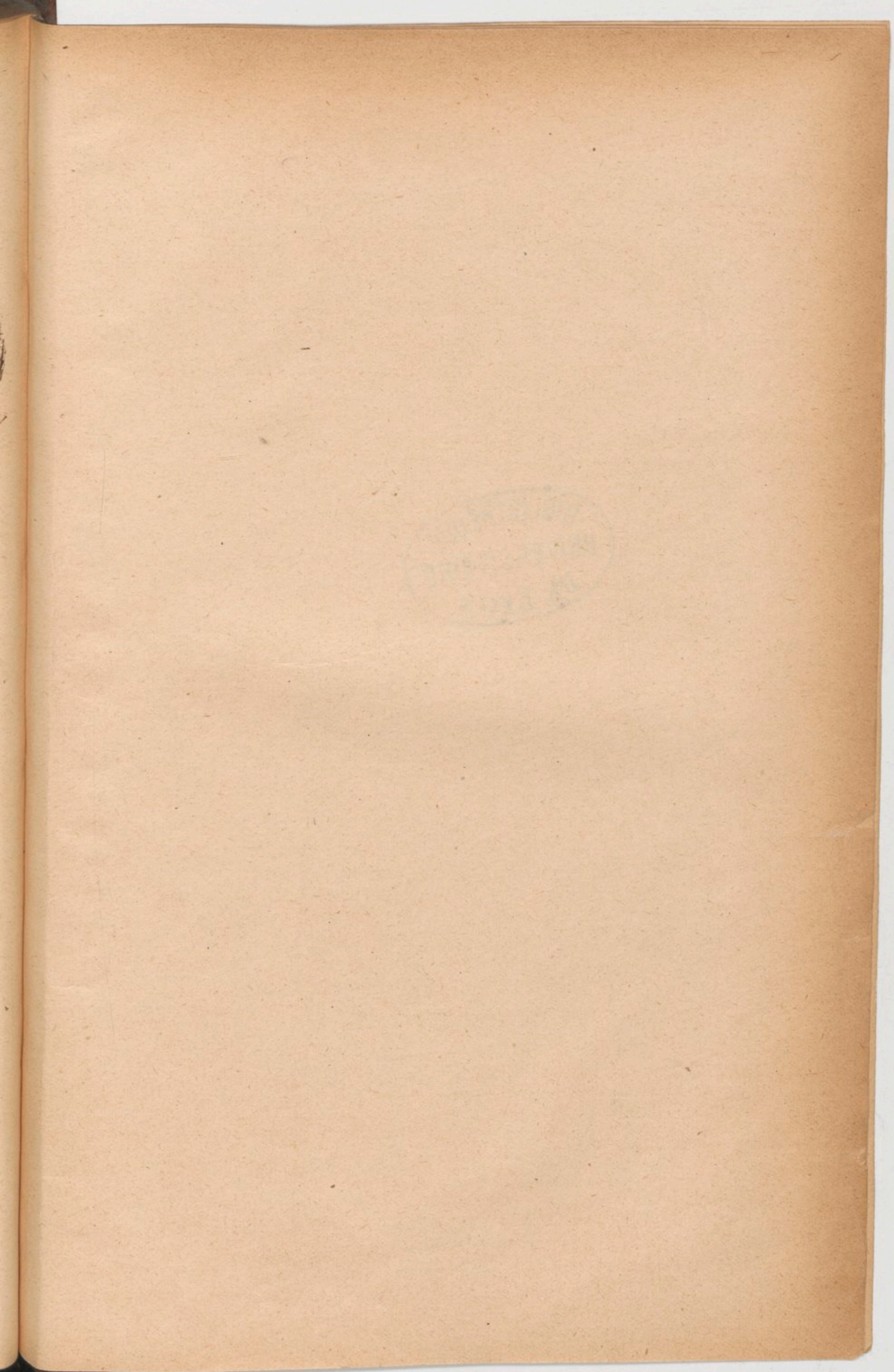
| | |
|--|-----|
| POLLOSSON (A.) — Deux cas de tuberculose des kystes de l'ovaire..... | 32 |
| DISCUSSION : Goullioud, Tixier..... | 38 |
| — Kyste de l'ovaire sans pédicule..... | 78 |
| DISCUSSION : Vallas, Condamin, Goullioud, Pollosson..... | 80 |
| — Cancer du col et grossesse ; hystérectomie abdominale..... | 139 |
| ROCHET — Sutures urétrales..... | 57 |
| DISCUSSION : Nové-Josserand..... | 61 |
| — Des prolapsus de l'extrémité inférieure de l'uretère dans la vessie (urétocèles vésicaux)..... | 210 |
| ROLLET . Tumeur vasculaire de la région frontale..... | 68 |
| DISCUSSION : Destot..... | 70 |
| Société de Chirurgie . Composition de la Société pour l'année 1905..... | 3 |
| TAVERNIER — (Voir Vignard)..... | 11 |
| — (Voir Albertin.....) | 174 |
| TIXIER — Occlusion intestinale par coudure de l'angle droit du côlon..... | 105 |
| DISCUSSION : Bérard, Gayet, Patel, Tixier..... | 108 |
| — Sur cinq cas d'hémi-résection du maxillaire avec prothèse immédiate du docteur Martin..... | 236 |
| DISCUSSION : Gangolphe, Martin..... | 239 |
| — Pylorectomie avec gastrectomie étendue..... | 275 |
| VALLAS — Résections partielles de l'estomac ; résection en V ; résection cylindrique..... | 26 |
| — Gastro-entéro-anastomose pour ulcère..... | 77 |
| — Résection totale du maxillaire inférieur ; prothèse..... | 131 |
| DISCUSSION : Martin..... | 132 |
| — Hémi-résections du maxillaire inférieur pour tumeurs bucco-pharyngées ; présentation de 20 pièces..... | 240 |
| VIGNARD — Prostatectomie..... | 11 |
| DISCUSSION : Goullioud, Gayet..... | 13 |
| — Section du cubital par un fragment de verre ; suture ; guérison..... | 295 |
| DISCUSSION : Bérard, Goullioud..... | 296 |
| — De l'intervention chirurgicale dans certaines fractures du coude chez l'enfant..... | 303 |
| DISCUSSION : Gangolphe, Albertin, Destot, Goullioud, Vignard..... | 305 |

| | |
|---|-----|
| VIGNARD. — Présentation d'appareils chirurgicaux..... | 337 |
| — Présentation d'un tuteur pour coxalgiques, et de corsets en celluloïd pour maux de Pott..... | 336 |
| DISCUSSION : Gangolphe, Vignard..... | 341 |
| VILLARD. — Kyste du ligament large ; torsion ; ablation par voie vaginale..... | 29 |
| DISCUSSION : A. Pollosson..... | 31 |
| — De l'extirpation transanale du rectum cancéreux avec con- servation du sphincter..... | 216 |
| DISCUSSION : Vallas, Tixier, Goullioud, Bérard, Villard..... | 224 |
| VINCENT. — Sur l'ostéomalacie locale, le rachitisme et divers aperçus sur l'ostéogénèse provoquée, etc..... | 249 |
| — Discours prononcé en prenant le fauteuil de la présidence de la Société..... | 273 |
| — Guérison d'une septicémie puerpérale par les abcès de fixa- tion..... | 323 |
| — Fistule vésico-vaginale..... | 328 |
| DISCUSSION : Durând, Rochet..... | 328 |
| — Traitement de l'ongle incarné..... | 347 |
| DISCUSSION : Rochet..... | 348 |
| — Radiographie de coxalgie..... | 348 |
| DISCUSSION : Nové-Josserand..... | 348 |

Mémoires présentés à la Société.

(fascicule du mois d'août).

| | |
|--|----|
| CANTAS. — Sur un cas de plaie pénétrante du crâne et de l'encéphale..... | 3 |
| DEBRIE. — Rupture sus-rotulienne traitée par la suture..... | 17 |
| KAEPPELIN. — Arthrite aiguë purulente du genou consécutive à une perforation de la rotule chez un enfant de 11 ans ; arthrotomie, résection intra-épiphysaire ; guérison..... | 23 |
| SOREL. — Hystérectomie abdominale subtotale..... | 35 |



BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE
DE LYON

